

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE F. LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

SOIXANTE-DIXIÈME ANNÉE

1897

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1897

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 janvier 1897.

A la fin de l'année scolaire 1894-1895, le nombre des étudiants inscrits à la Faculté de médecine était de 5239. A la fin de l'année 1895-1896, le nombre de ces mêmes étudiants était de 4940, soit une diminution de 299.

Cette diminution est-elle un acheminement vers le désencombrement de nos études médicales? Permet-elle d'augurer pour la profession un avenir meilleur? Nous ne le croyons pas, et c'est sur ces présages peu consolants qu'il faut commencer l'année 1897.

La diminution n'est, en effet, qu'apparente, elle tient au fonctionnement du nouveau régime d'études exigeant que la première année d'études médicales se passe à la Faculté des sciences et non à la Faculté de médecine. Nombre de familles de province préfèrent, en effet, garder leurs fils près d'eux, dans une Faculté des sciences voisine, ne les envoyant à Paris qu'après l'obtention du certificat d'aptitude qui leur permet l'accès de la Faculté de médecine.

C'est de cette façon qu'on explique comment 144 étudiants seulement ont pris leur première inscription au lieu de 342, l'année précédente. La rentrée à la Faculté de Paris sera plus forte pour la seconde année d'études; c'est ce qui a déjà lieu. Tout nous porte même à croire que, dès aujourd'hui, le nombre des étudiants parisiens a déjà atteint le chiffre habituel des années précédentes. Nous avions donc raison de dire que le désencombrement n'était qu'apparent.

La diminution tient encore à deux autres causes : 1° le nombre des aspirants à l'officiat de santé va en diminuant pour s'éteindre ; 2° la Faculté de Paris n'ouvre plus ses portes à l'étudiant étranger qu'à titre d'exception.

Sur les 4940 élèves docteurs ou officiers de santé, il y a 3976 français et 964 étrangers, soit 810 hommes et 154 femmes. La proportion des étudiants étrangers est donc encore de 1 pour 4 étudiants français, soit 25 p. 100.

Cette année, 40 étrangers seulement ont été autorisés à faire leurs études à la Faculté de Paris. Il y a là une diminution notable sur le nombre habituel. Ces étudiants, ainsi que permet de le supposer le silence du rapport au Conseil académique, sont inscrits au même titre que les étudiants français, c'est-à-dire que leur diplôme leur conférera le droit d'exercer en France. Ils appartiennent aux nationalités suivantes : 19 russes, 9 turcs, 4 roumains, 2 anglais, 2 autrichiens. L'Allemagne, la Hollande, la Belgique, l'Italie, la Grèce, la Suisse, l'Amérique, l'Afrique, n'ont chacun qu'un seul étudiant autorisé.

Trente de ces étrangers appartiennent à l'ancien régime d'études; 25 ont été dispensés des deux baccalauréats, 4 ont obtenu l'équivalence des diplômes, 1 seul avait ses deux baccalauréats réglementaires.

Dix appartiennent au nouveau régime ; 6 possédaient un baccalauréat et le certificat d'aptitude P. C. N., 3 avaient le baccalauréat ès lettres. Un a été dispensé du baccalauréat et du certificat d'études des sciences physiques, chimiques et naturelles.

Cette année, la Faculté a reçu 594 nouveaux docteurs, dont 95 étrangers.

Tel est le bilan officiel. On peut en conclure que l'encombrement des études médicales persiste et, avec lui, l'encombrement ultérieur de la profession. Tout le monde en parle, tout le monde le constate et le regrette. Mais jusqu'ici on n'a rien fait ou presque rien fait pour le combattre. On ne s'est attaqué qu'aux étudiants étrangers, voulant avec raison ne leur conférer le doctorat qu'à titre honorifique. Mais la porte n'était pas fermée que déjà elle s'entr'ouvrait à certains privilégiés, et, d'ici quelques années, le règlement violé avant d'être appliqué sera chose non avenue et lettre morte. Il nous semble qu'il y a autre chose à faire.

APPLICATION DE LA RADIOSCOPIE
AU DIAGNOSTIC DES MALADIES DU THORAX (1),

Par M. le professeur Ch. BOUCHARD (de l'Institut).

Depuis mes dernières communications sur ce sujet (2), j'ai eu l'occasion de vérifier, bien des fois, la concordance qui existe dans l'exploration des maladies du thorax entre les données que fournit la percussion et celles que donne la radioscopie, l'ombre portée sur l'écran phosphorescent marquant en teintes sombres les régions où l'on constate la matité. Plusieurs fois, la radioscopie a révélé ce que les autres moyens de l'exploration physique avaient laissé inaperçu, ce que même ils ne révélaient pas après un nouvel examen.

(1) Communication à l'Académie des sciences.
(2) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1408 et 1139.

Il m'est arrivé, en examinant à l'aide des rayons Röntgen un thorax suspect, de découvrir vers l'une des bases une teinte un peu obscure et inégalement obscure : l'oreille, appliquée sur la zone ainsi signalée à l'attention, constatait l'existence de frottements.

Un malade m'est présenté sans renseignements, sans que je puisse le voir dans l'obscurité de la chambre noire. Un côté du thorax est brillant; l'autre côté, le gauche, est ombré dans toute la hauteur. Je conclus qu'il s'agit soit d'un épanchement pleurétique, soit d'une infiltration tuberculeuse de tout le poumon gauche. La remarque que le médiastin n'est pas dévié à droite me fait repousser l'idée de pleurésie. Les autres modes de l'exploration confirment le diagnostic d'infiltration tuberculeuse de tout le poumon gauche.

J'ai montré également, avec une netteté parfaite, la tumeur que formait à droite de la colonne, chez une petite fille, la masse d'une adénopathie trachéo-bronchique.

Un malade qui venait d'être admis à l'hôpital et qui n'avait encore été soumis qu'à un examen sommaire, m'est amené parce qu'il présente des battements à droite du sternum et parce que, au cas où il s'agirait d'un anévrisme de l'aorte, on est curieux de savoir ce que donnerait la radioscopie. Je constate, dans la portion droite du thorax, en continuité avec l'ombre du sternum, une zone sombre, anormale. Mais, en même temps, je reconnais l'absence, à gauche, de l'ombre du cœur. Je conclus non à un anévrisme de l'aorte, mais à une ectopie du cœur qui, ne se trouvant pas à gauche, doit battre à droite. La palpitation, la percussion, l'auscultation confirment ce diagnostic séance tenante.

Sur un autre malade chez lequel, par les procédés accoutumés, j'avais diagnostiqué un anévrisme de la crosse de la aorte, l'écran phosphorescent m'a montré la tumeur avec son siège, sa forme, son volume.

En dehors de l'anévrisme, j'ai pu voir les dilatations aortiques dessiner à droite et à gauche du sternum, par une courbe un peu moins éclairée que le fond du thorax, les portions débordantes du vaisseau.

De même, j'ai reconnu les hypertrophies du cœur, compensatrices des scléroses artérielles ou rénales et j'ai vu, dans ces cas, les oreillettes battre à droite du sternum.

Ces faits, joints à ceux que j'ai communiqués antérieurement, montrent que l'emploi des rayons de Röntgen, qui rend au chirurgien de si grands services pour l'étude des lésions osseuses ou pour la recherche des corps étrangers métalliques, est tout aussi précieux pour le médecin. La démonstration est faite pour les maladies du thorax. L'application de la radioscopie à l'étude des maladies de l'abdomen m'a, jusqu'à ce jour, donné des résultats moins satisfaisants. Je vois très nettement la voûte que forme la face convexe du foie, mais j'arrive rarement à délimiter la partie inférieure de cet organe. Je ne vois pas les reins. Je n'ai pas pu distinguer un volumineux cancer de l'estomac. Une seule fois j'ai entrevu, d'une manière incertaine, la tête du fœtus dans un cas de grossesse. Mais l'estomac apparaît nettement comme une tache claire sur le fond sombre de l'abdomen, à la condition, toutefois, qu'il contienne du gaz.

En faisant usage de bobines puissantes, qui élèvent la tension des courants alternatifs au point de fournir des étincelles de 40^{cm}, j'ai pu triompher de la résistance que le thorax de l'adulte oppose aux rayons invisibles et j'ai fait apparaître sur l'écran phosphorescent le détail des organes de la poitrine. J'espère, en augmentant encore la puissance de pénétration des rayons, traverser aussi la masse des organes beaucoup plus résistants de l'abdomen.

NOTE SUR UN CAS DE MALADIE DE MORTON

Par le docteur G. Lasserre,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La maladie de Morton ou névralgie métatarsienne antérieure a été assez rarement observée en France. En dehors du travail de M. Bosc (de Montpellier), paru, en 1894, dans les *Archives générales de médecine*, basé sur une observation personnelle très complète, et de l'article publié récemment (juin 1896) par le docteur Lamacq, dans la *Revue de médecine*, article qui renferme trois faits nouveaux, nous ne connaissons pas, dans la littérature médicale française, d'autre travail sur cette question.

Aussi, ayant eu l'occasion d'observer un cas de cette singulière affection, croyons-nous devoir le faire connaître. Il présente, d'ailleurs, quelques particularités intéressantes.

Observation. — Mme X..., âgée de vingt-cinq ans, est robuste, bien bâtie, et d'une santé générale parfaite.

Depuis cinq ans, elle souffre de douleurs brusques et violentes dans le pied gauche, survenant par accès, et dans lesquels nous retrouverons tous les signes de la maladie de Morton.

Ses antécédents héréditaires nous révèlent des faits intéressants. Nous savons seulement de son père qu'il est robuste et bien portant. La mère de Mme X... est maigre, nerveuse, et présente des signes nets d'arthritisme (migraines, névralgies faciales, douleurs articulaires). En outre, elle est atteinte, depuis de longues années, de maladie de Morton. Nous n'avons pu avoir de renseignements sur la façon dont a débuté et évolué chez elle cette affection, mais nous savons que ses accès, peu fréquents d'ailleurs, avaient toujours pour siège le quatrième orteil droit, survenaient très brusquement et étaient parfois d'une intensité telle qu'ils provoquaient des syncopes.

Une sœur, plus jeune que Mme X..., a aussi des accès analogues, mais beaucoup moins violents (elle n'est jamais obligée de se déchausser), ces accès siègent toujours également dans le quatrième orteil et au même pied, sans que nous ayons pu savoir s'il s'agissait du pied droit ou gauche. Un frère a de temps en temps, paraît-il, des élancements douloureux dans la plante du pied, très passagers et peu intenses. Il peut, sans en être incommodé, faire son service militaire. Il s'agit probablement, chez lui, d'un cas fruste de cette même maladie.

Enfin, ajoutons qu'un enfant de la malade, âgé de deux ans, est atteint de gravelle urique.

Les antécédents personnels de notre malade sont peu chargés. Nous n'y relevons que quelques névralgies faciales peu intenses. Mme X... se plaint pourtant de ressentir parfois dans la hanche droite une douleur très violente. « C'est comme si on me traversait la hanche avec un fer rouge, » dit-elle. Cette douleur a débuté vers l'âge de quinze ans. Elle apparaissait surtout pendant les mouvements lorsque Mme X... dansait, par exemple. Elle devait alors s'arrêter, et un court repos faisait disparaître cette douleur. L'examen de la hanche, pratiqué à plusieurs reprises, a toujours été négatif. Depuis deux ou trois ans, cette douleur brusque a à peu près disparu; mais, à certains moments, apparaît à la partie antéro-supérieure de la cuisse une douleur moins aiguë, mais durant plusieurs jours et rendant la marche

difficile. L'examen du membre à ce moment nous a montré l'existence d'une névralgie crurale.

La maladie de Morton a débuté à l'âge de vingt ans, et dans le cours d'une première grossesse gémellaire. Aucune fatigue n'a pu en être la cause ; M[me] X... faisait alors une longue traversée, et c'est pendant qu'elle se promenait sur le pont du bateau, que soudain le premier accès a apparu. Brusquement, elle a été arrêtée par une douleur lancinante, très violente, siégeant au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du quatrième orteil du pied droit, douleur s'accompagnant d'une sensation de gonflement imaginaire, constrictive. Elle ne disparaissait pas immédiatement par le repos, mais était exacerbée quand le pied touchait par terre. Au bout de quelques instants, elle était assez calmée pour permettre à la malade de marcher, ce qu'elle faisait, d'ailleurs, en contractant son pied en griffe.

Ces accès, depuis lors, sont survenus assez fréquemment et généralement pendant la marche, après quinze à vingt minutes de marche environ. Ils ont toujours le même caractère, le même siège. La douleur n'irradie ni vers le cou-de-pied, ni vers les orteils. Son intensité est variable ; parfois la sensation de gonflement est telle que la malade doit se déchausser, où qu'elle se trouve.

La durée varie d'une demi-heure à quelques heures. Dans ces moments, le pied ne présente cependant rien d'apparent : ni gonflement, ni rougeur, ni douleur à la pression, nous a-t-elle dit. Dans l'intervalle des accès, en tout cas, la marche est très facile. Le pied, parfaitement conformé, n'est le siège d'aucune sensibilité. Aucune pression, aucun mouvement, ni la flexion, ni l'extension des orteils ne réveillent la douleur. Les tendons fléchisseurs et extenseurs n'ont aucune trace de synovite ; la palpation de la tête du quatrième métatarsien ne révèle rien d'insolite ; aucune tendance à la subluxation dans l'articulation.

La sensibilité du pied est normale dans ses différents modes, ainsi, d'ailleurs, que dans tout le reste du corps où l'examen ne décèle aucun stigmate nerveux.

Enfin, ajoutons que la malade porte des chaussures larges bien qu'à talon élevé, et que jamais l'usage de chaussures neuves n'a paru influer sur l'apparition des accès.

La maladie ainsi constituée a suivi une évolution assez particulière chez notre malade. Jusqu'à la fin de la grossesse les accès ont été assez fréquents, survenant au moins une fois par semaine, parfois tous les quatre ou cinq jours, et souvent une crise se composait de plusieurs accès. Après l'accouchement, pendant le temps que M[me] X... est restée couchée, aucun phénomène douloureux n'a apparu. Quand elle a recommencé à marcher, les accès ont reparu au bout de quelques jours, mais étaient moins intenses et beaucoup moins fréquents ; elle restait jusqu'à un mois sans en avoir.

Une deuxième grossesse survint dix-huit mois après. Dès ce moment la maladie reprit la même intensité que pendant la première pour arriver à la même amélioration après l'accouchement.

Enfin, pendant une troisième grossesse, les choses se passèrent encore de même, et, appelé à examiner M[me] X... dans le cours de cette grossesse, nous avons constaté l'existence de varices aux deux membres inférieurs qui en sont indemnes dans l'intervalle des grossesses. Enfin, après ce dernier accouchement qui eut lieu en août 1896, lorsque la malade se leva, quelques jours après, elle fut fort surprise de voir survenir pendant une marche un accès analogue aux antérieurs, mais siégeant à l'articulation métatarso-phalangienne du quatrième orteil gauche qui avait toujours été indemne, et dès lors, c'est toujours ce pied qui a été intéressé.

Aucun traitement n'a été suivi.

L'hérédité est des plus nettes dans cette observation. Elle avait déjà été signalée, d'ailleurs, par S. K. Morton qui dit : « Je connais plusieurs familles dans lesquelles plusieurs membres, surtout des femmes, sont affectés de cette maladie. » (Cité par Bosc.)

Bosc donne, comme caractérisant la maladie de Morton, quatre grands faits :

1° La douleur soudaine ;

2° La localisation de la douleur à la base du quatrième orteil ;

3° La coexistence d'un état cérébral particulier ;

4° L'absence de toute lésion locale.

Nous retrouvons trois de ces symptômes avec la plus grande netteté dans l'observation précédente. Seule, la coexistence d'un état cérébral particulier manque absolument, les accès n'ayant sur l'état cérébral ou moral de notre malade aucune répercussion ; M[me] X... ne présente, d'ailleurs, aucun signe de neurasthénie. Ce symptôme était, au contraire, des plus nets chez le malade de M. Bosc, nettement neurasthénique.

Du reste, les conditions pathogéniques dans lesquelles se produit la maladie de Morton chez les différents sujets, peuvent en faire varier les symptômes et ont permis à M. Lamacq d'adopter la classification suivante :

Forme atténuée passagère,
— névralgique (pas de neurasthénie, ni diathèse),
— neurasthénique,
— diathésique (rhumatisme, goutte),
— traumatique,
Hystérie (?)

Notre cas rentrerait comme symptômes dans la forme névralgique ; ou à ceux des signes d'arthritisme relevés chez les ascendants et les descendants dans la forme diathésique : ces deux formes ayant d'ailleurs entre elles bien des points de contact, et leur séparation étant tout artificielle et provisoire comme le reconnaît l'auteur lui-même.

Sa symptomatologie si nette ne présente aucun point digne de remarque, le passage du siège de la douleur d'un pied à l'autre ayant déjà été observé ; notons cependant la recrudescence pendant les trois grossesses. Il est probable que, dès la première grossesse, les membres inférieurs étaient le siège des varices constatées pendant la troisième, d'autant plus que cette première grossesse fut gémellaire. Il est bien possible que cet état variqueux ait une influence sur l'aggravation de la maladie, mais ce n'est là qu'une simple hypothèse ; nous n'avons trouvé signalée la coexistence de varices que chez le malade de Bosc qui était porteur de varices légères des membres inférieurs.

Au point de vue pathogénique, nous voyons que, dans notre cas, la maladie de Morton ne repose sur aucune des lésions matérielles (ténosynovite, subluxation, laxité ligamenteuse) qui ont été observés parfois. Les symptômes décrits et l'examen du pied éloignent ces causes.

Les phénomènes douloureux de l'articulation métatarso-phalangienne sont très probablement du même ordre que ceux qui se sont produits antérieurement dans l'articulation coxo-fémorale. Ils sont purement névralgiques ; cette névralgie présentant, d'ailleurs, des caractères particuliers ; l'absence de toute irradiation, de toute douleur à la pression sur un trajet nerveux, son acuité même la rapprochent des accidents si bien décrits par Blocq sous le nom de topoalgies.

Quant à la localisation de la douleur au niveau de la qua-

trième articulation métatarso-phalangienne, elle est en rapport avec les conditions anatomiques normales; cette région du pied étant plus riche en filets nerveux; et en outre, dans la marche (et c'est toujours pendant la marche que l'accès se produit chez notre malade), le cinquième orteil, pressé par la chaussure, appuie contre l'articulation métatarso-phalangienne du quatrième orteil qui, mobile aussi, vient buter contre le plan immobile formé par les trois premiers orteils. Il s'ensuit une compression répétée qui fait de cette région un lieu de moindre résistance et explique pourquoi la maladie de Morton s'y localise si fréquemment.

REVUE DE LA PRESSE

Le périnée et la bicyclette. — M. Aldhuy résume ainsi ses études sur ce sujet (Thèse de Lyon, 1895-1896, n° 1164) :

« Les accidents produits par la bicyclette sur le périnée sont de nature et de gravité très diverses.

Nous signalons en passant certaines lésions du périnée : érythème cutané, abcès, hématome, etc., enfin une anesthésie plus ou moins profonde, s'expliquant aussi par des pressions répétées. On a signalé également certains troubles fonctionnels, tels que la rétention d'urine plus souvent observée chez l'homme, et chez la femme la pollakiurie.

L'existence d'uréthrites produites par la pression de la selle n'est pas démontrée, mais il est certain que des inflammations chroniques du canal et certaines complications inflammatoires (abcès urineux), etc., ont pu être produites ou éveillées par l'exercice de la bicyclette.

Parfois la stase veineuse, due à la compression du périnée, provoque l'érection. Cependant, le fait est assez rare; plus souvent, au contraire, le massage périnéal continuel de la selle produit une impuissance momentanée.

Quant aux excitations génésiques chez la femme, on a sûrement beaucoup exagéré. La bicyclette n'a pas les inconvénients de la machine à coudre.

La plupart des faits signalés jusqu'ici sont dus à une position mauvaise ou à une selle défectueuse.

Les véritables accidents auxquels est exposé le bicycliste sont les accidents traumatiques. Ils relèvent de la projection en avant du cavalier sur le bec de la selle et de la chute sur la roue de derrière ou le cadre. La projection sur le bec est produite par le ressaut causé par une secousse, par le passage au niveau d'une inégalité de terrain, par exemple. Ces chutes sont très bénignes; on peut parfois observer une légère déchirure de l'urèthre qui guérit très vite sans la moindre complication. La chute à califourchon est causée par un arrêt brusque de la machine ou encore par une fausse manœuvre du bicycliste, s'y prenant mal pour sauter à terre et tombant les cuisses écartées sur la roue de derrière.

Dans une observation très curieuse, qui a été le point de départ de notre thèse, la chute sur la roue a déterminé un hématome énorme du périnée et du scrotum. La tumeur sanguine augmentait à vue d'œil et le malade, pâle, présentait des signes d'hémorragie interne. M. Poncet constata, par le cathétérisme, l'intégrité du canal. Une incision très large, au milieu du foyer sanguin, permit de découvrir une déchirure de l'artère transverse du périnée. L'hémorragie fut arrêtée par une ligature.

Mais, le plus souvent, l'urèthre est intéressé, parfois complètement rompu. On peut alors observer toutes les complications qui suivent les ruptures du canal.

Cependant, comme la section de l'urèthre est ordinairement ici très nette, la suture des deux bouts peut être suivie d'une réunion par première intention. M. Poncet a obtenu un succès très remarquable; sept ans après une rupture complète de l'urèthre périnéal, le malade n'a pas encore le moindre symptôme de rétrécissement. » (*Gaz. hebd.*)

Reflets moirés de la rétine. — M. le docteur Louis Dor résume ainsi le travail qu'il publie dans la *Province médicale* sur les reflets moirés de la rétine chez les enfants :

« On rencontre quelquefois, chez les enfants de dix à dix-huit ans, des reflets moirés autour des vaisseaux de la rétine. Ces reflets paraissent tenir à une tension insuffisante de la membrane rétinienne, trop grande pour tapisser la coque oculaire; ils disparaissent lorsque la sclérotique a acquis son entier développement. Les froncements légers qui se produisent ainsi sont compatibles avec une acuité visuelle normale, mais, en général, l'acuité visuelle est abaissée, aussi bien pour la vision à distance que pour la vision rapprochée. La plupart des enfants qui ont des rétines moirées ont eu une croissance générale irrégulière, mais non pas un développement irrégulier de l'œil, car la moire ne paraît pas plus fréquente chez les hypermétropes que chez les myopes. Le pronostic de la rétine moirée est très favorable; on peut même dire que ce n'est pas une maladie, mais il importe de connaître cet aspect si particulier de certaines rétines, pour ne pas prononcer les mots de rétinite, de stase papillaire ou d'anomalie congénitale. »

THÉRAPEUTIQUE

Métrorragies

Ergotinine	20 centigrammes
Alcool	2 grammes.
Eau de laurier-cerise. . .	10 —
Eau distillée stérilisée . .	q. s. p. fr.

100 grammes de solution, pour injections hypodermiques.

Dans les vingt-quatre heures, le quart ou la moitié d'une seringue de 1 gramme. (*Abeille Médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 décembre 1896. — Présidence de M. Delens.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LA PATHOGÉNIE DE L'APPENDICITE

M. Reynier, répondant à l'argumentation de M. Championnière, dit avoir toujours vu survenir les accidents après l'administration des purgatifs, d'autres fois ces accidents s'exagérer après la purgation.

Il est donc partisan de l'application de la glace et de l'administration de l'opium dès le début de l'appendicite.

M. Brun rappelle que MM. Bazy et Lucas-Championnière ont cherché à réhabiliter l'ancienne typhlite. Or, M. Brun proteste contre cette réhabilitation. Toutes les fois qu'on observe des signes cliniques de typhlite et de pérityphlite, on trouve à l'opération des lésions d'appendicite et de péri-appendicite. Quand on trouve d'autre part des ulcérations sur le cæcum, l'appendice est toujours malade en même temps. Donc les lésions de l'appendicite coïncident toujours avec des lésions du cæcum quand celles-ci existent.

L'oblitération de l'appendice a été battue en brèche comme point de départ des accidents de l'appendicite. La théorie du vase clos n'est plus défendue que par MM. Routier et Pozzi. M. Pozzi se fonde surtout sur son observation dans laquelle l'appendicite a coïncidé avec un ictère catar-

rhal pour admettre un bouchon muqueux au niveau de l'appendice. Mais cette observation prouve seulement qu'il s'est agi dans ce cas d'une infection générale de l'intestin.

En somme, la pathogénie de l'appendicite s'explique par l'infection intestinale donnant de l'infection du canal appendiculaire. On peut observer souvent, il est vrai, de l'oblitération de l'appendice, mais ces cas sont graves. En général cette oblitération coïncidant avec l'infection donne lieu à de la gangrène de l'appendice. L'oblitération se fait, en général, par un gros calcul.

M. POZZI. L'oblitération de l'appendice est rarement le phénomène initial des accidents. Il y a infection de l'intestin, puis infection du canal appendiculaire. L'oblitération est consécutive à cette infection, à cette inflammation; la muqueuse est gonflée; il se produit un bouchon muqueux. De nombreuses expériences ont prouvé (Roger et Josué) que toutes les fois qu'une cavité est close, les microbes qui y sont contenus exaltent leur virulence.

M. Dieulafoy, il est vrai, va trop loin; il admet que dans une cavité close, contenant des microbes indifférents normalement, ces microbes acquièrent une grande virulence et deviennent pathogènes.

Il faut admettre plutôt que, lorsqu'une cavité close contient des microbes déjà pathogènes, ces microbes acquièrent une virulence exaltée. Il faut donc admettre que, dans l'appendicite, c'est l'inflammation qui commence; l'oblitération de l'appendice donne une gravité de plus à l'affection.

Mais quand les tissus résistent, une cavité close peut guérir. On peut donc voir parfois un kyste suppuré être un processus de guérison. Mais ce n'est pas là un fait général. Le plus souvent, au contraire, quand une cavité devient close, l'affection est notablement aggravée.

La vascularisation de l'appendice rend compte encore de la gravité spéciale des affections de l'appendice. L'appendice n'est nourri que par de maigres vaisseaux contenus dans un méso qui souvent peut être coudé. Un appendice mal nourri résiste donc moins aux infections qu'un organe bien vascularisé. Enfin, il faut tenir compte, dans l'évolution des accidents appendiculaires, de la virulence spéciale des microbes qu'on peut rencontrer dans l'appendice.

M. ROUTIER rappelle les principaux points de son rapport qui est devenu le point de départ de cette discussion. (Sera publié.)

M. BAZY veut répondre seulement à M. Brun.

Il y a deux ans déjà qu'il a revendiqué pour le cæcum le droit de produire des lésions inflammatoires pouvant faire croire à l'appendicite.

Il a trouvé souvent des lésions du cæcum sans lésions appendiculaires concomitantes. D'ailleurs, quand on trouve une perforation à la base de l'appendice, celle-ci appartient-elle à l'appendice ou au cæcum?

Dans un cas récent de M. Tillaux, on a noté d'ailleurs une large perforation du cæcum; l'appendice était seulement adhérent au niveau de son extrémité. Dans ce cas, donc, la lésion du cæcum semble prédominante.

M. RECLUS. Personne à la Société de chirurgie n'a dit que, dans une cavité close, la virulence des microbes ne se trouve exaltée. Mais ce qu'on a affirmé, c'est que la théorie de la cavité close ne pouvait être une théorie générale applicable à tous les cas.

De plus, le bouchon muqueux admis par M. Pozzi est une simple vue de l'esprit.

RAPPORTS

Trépanation préventive dans les fractures du crâne. — M. CHAUVEL fait un rapport, au nom de M. Chupin, sur un cas de trépanation préventive dans les fractures du crâne avec enfoncement.

Il s'agit d'un malade blessé par un coup de pied de cheval. Le frontal est enfoncé dans une profondeur de 1 centimètre environ. Il y a en même temps fracture des deux tables de l'os. M. Chupin a fait la trépanation et a relevé les fragments. Le malade a très bien guéri.

Observations de tumeur sacro-coccygienne. — M. PHOCAS (de Lille) rapporte deux observations de tumeur sacro-coccygienne. Dans un de ces cas, la tumeur était animée de battements rythmiques. M. Phocas n'a opéré le second malade qu'au bout de vingt-deux mois avec succès.

PRÉSENTATIONS

Gastro-entérostomie. — M. PICQUÉ présente un malade opéré par M. Souligoux par son procédé de gastro-entérostomie. Le malade a été opéré le 3 décembre. Il est aujourd'hui en bon état. L'opération a duré de quinze à dix-huit minutes.

Plaie de l'annulaire droit; névrite cubitale. — M. DELORME présente un malade qu'il a soumis à la compression forcée, digitale, pour une névrite cubitale datant de dix-neuf mois et consécutive à une plaie de l'annulaire droit. Ce malade avait presque épuisé les ressources de la thérapeutique médico-chirurgicale. Sous l'influence de la compression, la main éléphantiasique, enraidie, hyperesthésiée au point que le moindre attouchement était des plus douloureusement ressenti, est insensible lorsqu'on la palpe ou lorsqu'on la presse.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séance du 29 décembre. — Questions orales posées : Creux poplité. — Arthrite blennorragique.

Notes. — MM. Monsseaux, 23 + 14 = 37. — Maréchal, 23 + 6 = 29. — Lœvy, 24 + 16 = 40. — Tesson, 23 + 14 = 37. — Rellay, 23 + 14 = 37. — Le Meignan, 23 + 12 = 35. — Ch. Michaut, 25 + 16 = 41. — Polle, 20 + 9 = 29. — Clément, 22 + 12 = 34. — Laubry, 23 + 14 = 37.

Séance du 30 décembre. — Questions orales posées : Veine jugulaire interne. — Signes de l'hémorragie cérébrale.

Notes. — MM. Ferrand, 20 + 17 = 37. — Bacaloglu, 25 + 18 = 43. — Nollet, 23 + 13 = 36. — Jules Lévi, 25 + 14 = 39. — Max. Bertrand, 20 + 13 = 33. — Clermont, 24 + 16 = 40. — Zadok, 27 + 15 = 42. — Fernique, 21 + 14 = 35. — De Fouhéaulx, 25 + 16 = 41.

— Par décret, en date du 31 décembre 1896, MM. les docteurs Montané, médecin de la Société française de bienfaisance à la Havane; Lafage, médecin de première classe du corps de santé des colonies; Jacob de Cordemoy (de La Réunion); Léger (de la Guadeloupe) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 30 décembre 1896 ont été nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Delmas, maintenu comme médecin chef de l'hôpital militaire de Rennes, en remplacement de M. Breton, retraité. — Boppe, en remplacement de M. Gavoy, retraité; maintenu comme médecin chef de l'hôpital mixte de Nantes.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Rigal, en remplacement de M. Bertelé, retraité; maintenu comme médecin chef de l'hospice mixte du Mans. — Moine, en remplacement de M. Delmas, promu; maintenu à l'hôpital Saint-Martin. — Forgemol, en remplacement de M. Boppe, promu; désigné pour l'hôpital du Dey, à Alger.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe hors cadre Béchard, en remplacement de M. Comte, retraité; maintenu au 2e régiment du génie. — M. le médecin-major de deuxième classe Godet, en remplacement de M. Huchart, retraité; maintenu au 130e d'infanterie. — M. le médecin-major de première classe hors cadre Malinas, en remplacement de M. Baillif, retraité; désigné pour l'hôpital de Versailles. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Boutry, en remplacement de M. Cruzel, retraité; maintenu au 105e d'infanterie. — Petit, en remplacement de M. Florance, retraité; maintenu au 2e régiment de tirailleurs algériens. — Salesses, en remplacement de M. Grosse, retraité; maintenu au 139e d'infanterie. — Kaufmann, en remplacement de M. Bienvenue, retraité; maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger. — Zimmermann, en remplacement de M. Redon, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 44e d'infanterie. — Reboud, en remplacement de M. Rouget, retraité; maintenu au 42e d'infanterie. — Lemarchand, en remplacement de M. Rigal, promu; maintenu au 55e d'infanterie. — Ollivier, en remplacement de M. Moine, promu; désigné pour le 23e d'infanterie; — Colin, en remplacement de M. Forgemol, promu; maintenu au 79e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Friant, en remplacement de M. Baradat, destitué; maintenu à l'École de Rambouillet. — M. le médecin aide-major de première classe Blanc, en remplacement de M. Faivre, mis hors cadre; maintenu au 53e d'infanterie. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Lemoine, en remplacement de M. Lorin, démissionnaire; maintenu au 51e d'infanterie. — M. le médecin aide-major de première classe Gilliard, en remplacement de M. Bréan, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 1er régiment étranger. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Soula, en remplacement de M. Saintin, démissionnaire; maintenu au régiment des sapeurs-pompiers de Paris. — M. le médecin aide-major de première classe Castaing, en remplacement de M. Foy, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 115e d'infanterie. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Castelli, en remplacement de M. Forgue, mis hors cadre; maintenu comme surveillant au Val-de-Grâce. — M. le médecin aide-major de première classe Claude, en remplacement de M. Basin, retraité; maintenu au 159e d'infanterie. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Delahouste, en remplacement de M. Godet, promu; maintenu aux batteries à cheval de la 7e division de cavalerie. — M. le médecin aide-major de première classe Ribierre, en remplacement de M. Boutry, promu; maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Prieur, en remplacement de M. Petit, promu; maintenu au 87e d'infanterie. — M. le médecin aide-major de première classe Julia, en remplacement de M. Salesses, promu; maintenu provisoirement au 12e d'infanterie. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Alvernhe, en remplacement de M. Zimmermann, maintenu aux batteries alpines du 19e d'artillerie. — M. le médecin aide-major de première classe Verdierre, en remplacement de M. Reboud, promu; maintenu au 136e d'infanterie. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Moingeard, en remplacement de M. Lemarchand, promu; maintenu membre externe de la section technique du service de santé et au 19e escadron du train. — M. le médecin aide-major de première classe Ollier de Vergèze, en remplacement de M. Olivier, promu; désigné pour les hôpitaux de la division de Constantine. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Benoît, en remplacement de M. Colin, promu; maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie.

— Par décision ministérielle, en date du 30 décembre 1896, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Catrin, pour le 127e d'infanterie; Dubrulle, pour l'emploi de major à l'école du Val-de-Grâce; Mignon, pour le 27e d'infanterie; Cahier, pour l'hôpital de Bayonne; Hassler, pour le 71e d'infanterie; Laydeker, pour les hôpitaux de la division de Constantine.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Védel, pour le 11e d'infanterie; Loup, pour le 125e d'infanterie; Bourbon, pour le 114e d'infanterie: Darré, pour le 147e d'infanterie; Pitois, pour le 4e dragons; Berthier, pour le 16e bataillon de chasseurs à pied; Duhaut, pour le 76e d'infanterie; Dupeyron, pour le 30e dragons; Dumoutier, pour le 74e d'infanterie; Bonnamy, pour le 6e dragons; Delorme, pour le 132e d'infanterie; Vincent, pour le 5e dragons; Fradet, pour le 27e dragons; Mitry, pour le 116e d'infanterie; Renaud, pour le 39e d'infanterie; Spillmann, pour la direction du service de santé du 3e corps d'armée, à Rouen; Cuvier, pour le 10e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Deumier, pour le 62e d'infanterie; Vielle, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Gasser, pour le laboratoire de bactériologie de l'hôpital de Marseille; Azam, pour le 6e chasseurs d'Afrique; Mariau, pour le 136e d'infanterie; Mathieu, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Haury, pour le 7e d'artillerie; Delmas, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lamoureux, pour le 1er chasseurs à cheval; Melot, pour le 8e chasseurs à cheval; Daireaux, pour le 82e d'infanterie; Lévêque, pour le 115e d'infanterie; Pla, pour le 23e d'artillerie; Baumelou, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied; Auguin, pour le 20e chasseurs à cheval; Gauthier, pour le 5e chasseurs à cheval; Blanchard, pour le 16e dragons.

— A la suite du concours ouvert le 14 décembre 1896, ont été nommés médecins stagiaires à l'école du Val-de-Grâce : MM. les docteurs Thiébaut, Mendy, Ehrmann et David.

— A la suite d'une décision récente du Conseil municipal de Paris, ayant réduit à un taux dérisoire les honoraires des médecins du service de nuit, les médecins du XIe arrondissement ont refusé d'accepter cette situation.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 6 janvier 1897 :

Suite de la discussion sur le traitement chirurgical du cancer du foie (MM. Terrier, Ricard, Quénu, Routier, Le Dentu, Poirier).

Rapports : 1° Expériences sur les lésions produites par la cartouche Lebel, tir à blanc (M. Chupin), par M. Michaux. — 2° Sur un cas d'anévrysme circoïde (M. Roux), par M. Nélaton.

Communication : Traitement chirurgical des tumeurs du foie, par M. Auvray.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris, vient de constituer son bureau, pour l'année 1897, de la manière suivante :

Président : M. Séailles; premier vice-président : M. Gourichon; deuxième vice-président : M. Bimsenstein; secrétaire général : M. Le Coin; secrétaire général adjoint : M. Billon; trésorier : M. Kinzelbach; archiviste : M. Meugy; premier secrétaire annuel : M. Pascal; conseil de famille : MM. Rotillon, Dusseaud, de Pradel.

— Les élèves et amis de M. le docteur Huchard lui offrent un banquet à l'occasion de sa récente élection à l'Académie de médecine.

Ce banquet aura lieu le mardi 26 janvier 1897, au restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Élysées, à sept heures et demie, sous la présidence de M. le professeur Potain, membre de l'Institut.

Le prix de la cotisation est de 20 francs. Les adhésions seront reçues jusqu'au 16 janvier, par M. Baillet, interne à l'hôpital Necker.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après les discours d'usage prononcés par M. Hervieux, en quittant le fauteuil présidentiel, et par M. Caventou, en y prenant place, l'Académie a procédé à l'élection de deux membres correspondants étrangers dans la seconde division. MM. Demosthen (de Bucarest) et Jacques Reverdin (de Genève) ont été élus.

Parmi les présentations, il en est une qui, contre tous les usages, a été écoutée avec intérêt. Il est vrai que le présentateur est de ceux qui savent captiver l'attention; c'est M. Magnan qui, en présentant le livre de M. Toulouse sur la recherche de l'état mental des gens éminents, a fait de cette question un court historique. Il a rappelé que Réveillé-Parise avait publié un travail sur les troubles intellectuels des hommes célèbres. Plus tard, Moreau de Tours a cherché à démontrer que le génie est une névrose. Enfin, plus récemment, Lombroso a écrit que le génie était une épilepsie larvée. M. Magnan fait observer que les faits invoqués par ces auteurs se rapportent à des hommes anciens, morts depuis plus ou moins longtemps. Il en résulte que, dans les jugements portés sur ces hommes, il y a forcément des inexactitudes ou tout au moins des exagérations qui faussent ces jugements. C'est pourquoi M. Toulouse a eu l'heureuse idée, pour éviter cet écueil, de porter son enquête sur des hommes éminents vivants. M. Zola est le premier auquel il se soit adressé. Fidèle à son amour de la recherche de la vérité, le célèbre romancier s'est prêté avec une parfaite bonne grâce à toutes les enquêtes physiologiques ou psychologiques et à la publication des résultats de ces enquêtes : c'est donc son observation complète que présente M. Toulouse. La conclusion à laquelle il est arrivé est intéressante à retenir : il constate d'abord que M. Zola n'est ni un épileptique, ni un aliéné. Mais il reconnaît qu'il présente une certaine déséquilibration du système nerveux. C'est, en un mot, un dégénéré supérieur.

Lorsque M. Magnan a prononcé ces mots, il s'est élevé dans l'auditoire une sorte de protestation plus ou moins ironique. L'Académie semble ne s'être pas bien rendu compte que, somme toute, cette qualification n'est pas pour déplaire à ceux qu'elle vise. N'est pas « dégénéré supérieur » qui veut. N'a-t-on pas soutenu que Napoléon Ier était également un dégénéré supérieur? Sans aller jusqu'à admettre que le génie c'est de la folie, il semble bien démontré aujourd'hui qu'on ne peut être véritablement supérieur qu'à la condition d'être quelque peu dégénéré par certains côtés. Cela ne vaut-il pas mieux que d'être relégué au rang des pondérés sans talent?

M. Toulouse continuera ses enquêtes. Cela nous promet quelques surprises.

M. Laveran a lu un rapport sur un travail de M. Matignon relatif à l'intoxication par l'arroche.

M. Auffret (de Brest) a fait une communication sur les lésions traumatiques et tuberculeuses du rachis.

Enfin, la séance s'est terminée par une communication de M. Tuffier sur un cas d'ablation totale de la vessie chez un homme atteint d'épithélioma de cette cavité.

Les ablations totales de la vessie sont assez rares, et le succès opératoire obtenu par M. Tuffier mérite d'être enregistré.

HOPITAL NECKER. — M. ROUTIER.

L'appendicite (1).

I

La dernière phrase de mon rapport à la Société de chirurgie a provoqué une vraie levée de boucliers; c'était, il est vrai, une véritable profession de foi. Je ne le regrette pas, et ne puis que me réjouir d'avoir ainsi mobilisé le ban et l'arrière-ban : c'est, dit-on, du choc des idées que vient la lumière, il faut espérer qu'elle éclatera.

Laissez-moi, cependant, me plaindre de ce que personne n'ait donné son opinion sur un point que je considérais aussi comme capital, je veux dire l'étranglement de l'appendice dans la hernie. Pour moi, à cause de l'absence totale des symptômes cliniques, je continue à croire que cet appendice n'était pas étranglé.

Mais laissons là cette observation et passons à ce qui

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 5.

vous a tous plus particulièrement intéressés, à la pathogénie des appendicites.

Si j'ai bien compris, les orateurs qui m'ont fait l'honneur de discuter ce point de mon rapport, il me semble que la plupart ont paru, dans cette pathogénie, faire deux chapitres qu'on pourrait intituler :

Pathogénie de la maladie ;

Pathogénie des accidents. Je les suivrai dans cette division.

Pour beaucoup d'entre vous, l'appendicite est une maladie secondaire, qui suivrait le plus souvent des accidents intestinaux d'ordre divers, des entérites, des entérocolites, qui suivrait même des maladies semblant, au premier abord, avoir peu de rapports étroits avec elle : l'angine, la rougeole, la varicelle, les oreillons.

Je ne veux pas nier les faits observés par des collègues que je sais très bons observateurs ; mais j'ai vu, je crois, à l'heure qu'il est, assez d'appendicites, et les ai toujours observées avec assez de soin, pour qu'il me soit permis d'avoir une opinion personnelle ; or, je n'hésite pas à vous affirmer que, sauf dans les cas où l'appendicite vient à la suite d'une fièvre typhoïde, j'estime que c'est une maladie primitive, et à ceux qui disent qu'elle se développe au cours d'accidents intestinaux, je répondrais volontiers que ces accidents doivent être mis à l'actif de l'appendicite elle-même ; c'est la lésion de l'appendice qui les cause, qui les entretient, je n'en veux pour preuve que la cessation de ces désordres intestinaux, observée précisément après l'ablation de l'appendice malade.

Je tiens, en effet, à insister particulièrement sur ce point et crois très utile de ne pas laisser s'établir la légende que quelques-uns semblent vouloir répandre, à savoir : que les opérés d'appendicite sont encore des malades qui doivent être soumis à un régime, à un traitement.

J'affirme hautement, après en avoir beaucoup vu et beaucoup suivi, que les malades opérés d'appendicite, et auxquels on a enlevé l'appendice, sont des sujets guéris et bien guéris.

J'aurai l'occasion d'y revenir, l'appendice est tout, le cæcum n'est pour rien dans la maladie.

En voici des exemples, car je ne veux rien affirmer sans preuves à l'appui.

Le premier cas que j'ai opéré à froid, il y a sept ans, et dont je vous ai montré les pièces ici, cas qui fut vu par M. Bucquoy et le professeur Tillaux, était précisément de cet ordre.

Outre les quatre crises aiguës qu'avait eues cette enfant de douze ans, elle avait les fonctions intestinales les plus irrégulières, sentait toujours son ventre et n'allait jamais à la selle sans éprouver, plus ou moins fort, comme une douleur syncopale qu'elle localisa bien lorsqu'on eût attiré son attention vers sa fosse iliaque droite.

Je vous rappelle que son appendice était plié en S, avait 12 centimètres, adhérait à la terminaison du grêle, de telle sorte que je crus pouvoir, à cette époque, expliquer ces douleurs par la traction que cet appendice devait exercer sur l'intestin grêle quand le cæcum était plein ou se contractait.

Depuis son opération, cette enfant est devenue une belle jeune fille qui n'éprouve plus aucun de ces symptômes et qui se porte parfaitement bien.

Dans le même ordre d'idées, je vous citerai le cas d'un jeune confrère qui, toutes les fois que je le rencontre, me dit avec joie : « Depuis mon opération, je n'ai plus à m'occuper de mon ventre. »

D'après ce que j'ai pu observer, je vous le répète, il me paraît absolument certain que la plupart des troubles intestinaux sont sous la dépendance de l'appendicite ; c'est là, à mes yeux, ce qui justifie d'autant mieux l'intervention chirurgicale. Les erreurs de diagnostic n'engagent que ceux qui les font.

Quant à ces accidents de rectite ou de colite pseudo-membraneuse dont on a parlé, je suis plus habitué à les rencontrer chez les nerveux que chez les malades atteints d'appendicite, c'est le cortège habituel des douleurs pelviennes chez les femmes qui ont peu ou pas de lésions utéro-ovariennes.

La fièvre typhoïde, au contraire, peut, par des lésions de voisinage ou par des lésions folliculaires dans l'appendice lui-même, provoquer l'appendicite, c'est incontestable.

J'en ai vu un seul cas qui se termina par un abcès que j'ouvris, je n'ai donc pas vu l'appendice ; la jeune personne est guérie ; depuis juin dernier, époque de son opération, elle n'a plus souffert de son ventre.

M. Reclus vient de nous citer le cas fort intéressant de sa malade qui se donne mécaniquement une violente inflammation de la muqueuse du gros intestin, et qui, après quinze jours de guérison, a une attaque d'appendicite.

Je veux bien, dans ce cas particulier, admettre la relation de cause à effet, je puis aussi bien l'expliquer par le gonflement inflammatoire propagé à la muqueuse de l'appendice qui, du coup, a été bouché ; mais je suis sûr que si sa malade avait dû garder le lit pour toute autre cause, pour une fracture, et qu'elle eût continué son régime alimentaire, d'autres lui diraient que ce sont les fermentations intestinales qui ont causé ce qu'il a pris et ce que je prends avec lui pour une crise d'appendicite.

Quelques-uns d'entre vous ont dit que l'abcès était un mode de guérison, c'est possible dans quelques cas, mais ces cas, je les crois moins nombreux qu'on ne le dit ; je ne saurais cependant établir de proportion exacte.

Un de mes jeunes compatriotes, que j'ai vu avec les docteurs Ferrand et Marciguey, est un exemple bien net de ce que j'avance.

L'attaque d'appendicite pour laquelle je fus appelé se termina par un énorme abcès que j'ouvris, cet abcès remplissait tout le petit bassin, et par mon incision il sortit beaucoup de tissu cellulaire sphacélé ; mais une fistule persista, et six mois après, pour guérir cette fistule, j'allais, par une seconde opération, chercher l'appendice qui était perforé et contenait deux calculs stercoraux. Cet appendice fut très difficile à trouver.

Il y avait, en outre, près de la base de l'appendice, une perforation du cæcum que je suturai, je suis convaincu que cette perforation cæcale était secondaire, ce jeune homme est aujourd'hui parfaitement guéri.

Lui aussi avait des troubles intestinaux, c'était un très gros mangeur, très constipé, il ne s'occupe plus de son ventre.

Vous citerai-je encore un jeune garçon de dix-sept ans qui avait eu un abcès ouvert, puis cicatrisé, mais qui souffrait toujours ; j'allai chercher son appendice par une seconde opération quatre mois plus tard, il était très malade, dans une cavité fongueuse qui, avant peu sans doute, se serait réchauffée et aurait donné lieu à des accidents.

Dans les cas où il y a abcès, il faut bien le dire, l'appen-

dice est souvent très endommagé, je l'ai vu séparé du cæcum, je l'ai vu plus tard réduit à un rudiment.

Il ne faudrait pas croire que ce rudiment d'appendice soit quantité négligeable, ce n'est pas la dimension de cet organe qui le rend dangereux, mais la façon dont il se comporte.

En voici un exemple frappant chez un jeune Saint-Cyrien, que j'opérai à froid, neuf ans après une crise aiguë qui s'était terminée par un abcès, sept mois après une seconde crise aiguë qui l'avait obligé de quitter l'école presque dès son entrée.

Ce jeune homme, après cette seconde crise, avait été soumis à un régime sévère, il fit deux saisons à Salies, mais au bout de sept mois, souffrant toujours de désordres intestinaux, sentant toujours une gêne dans son côté droit, il vint me trouver.

Je lui conseillai s'il voulait reprendre en sécurité la vie commune de se soumettre à l'opération, il y consentit.

J'eus beaucoup de peine à trouver le corps du délit, l'appendice était représenté par un bout de 1 centimètre inséré sur le cæcum, auquel faisait suite un filament fibreux, lequel conduisait sur un petit corps ressemblant à un ganglion qui fut reconnu pour être l'extrémité du cul-de-sac appendiculaire.

Il me paraît cependant probable que ce rudiment d'appendice jouait un certain rôle dans la pathogénie des troubles ressentis par ce jeune homme, car depuis que je l'ai opéré, il a pu rentrer à Saint-Cyr, faire ses deux années, entrer dans la cavalerie, passer à Saumur, c'est-à-dire se livrer à tous les exercices physiques les plus violents, et tout cela, sans plus avoir à s'occuper de son ventre.

Dans d'autres cas, l'appendice est si bien caché qu'il est fort difficile de le trouver, mais j'affirme que toutes les fois qu'il y a appendicite, il y a un appendice.

Quand on opère à froid, on peut, on doit oser le chercher, et si on ose le chercher, on le trouve.

En juin 1895, je vous ai présenté ici un appendice appartenant à une jeune fille de vingt ans; cet appendice était tout particulièrement long et gros, et contenait trois noyaux de fèces durcies.

Or, quand j'eus pratiqué l'incision de l'abdomen, je ne trouvai pas cet appendice; je mis hors du ventre l'angle ilio-cæcal tout entier, toujours pas d'appendice, tout était lisse et uni, le péritoine revêtait l'ilion et le cæcum sans faire un seul pli.

Heureusement, il y allait de mon honneur d'avoir cet appendice; cette jeune fille, appartenant à une famille de nos amis, avait eu plusieurs attaques d'appendicite, deux notamment que j'avais connues : ce n'était que sur mes instances répétées et pressantes qu'on avait consenti à me la laisser opérer, je ne pouvais donc me représenter devant les parents qu'avec l'appendice de leur fille et avec son appendice malade.

Je dus, pour le trouver, je vous l'ai dit en vous le présentant, plisser entre mes doigts tout le pourtour du cæcum, et de cette façon, j'arrivai à sentir, non à voir, un cordon long et dur, beaucoup moins net qu'on ne pourrait le supposer quand on voyait ce gros appendice.

C'est le long de ce cordon que j'incisai le péritoine, mes aides, stupéfaits, croyaient que j'allais ouvrir le cæcum.

J'eus l'appendice, je le réséquai, et cette jeune fille est florissante de santé. On m'accordera que, si j'avais laissé l'appendice en place, elle serait encore malade.

A ceux qui ont voulu réhabiliter la vieille typhlite, malgré mon respect pour les choses anciennes, je dirai que je ne crois pas à son existence.

Toutes les fois que j'ai ouvert un ventre pour ce qu'on appelait une typhlite, j'ai pu montrer que le cæcum n'était pas malade, et que s'il l'était, c'était secondairement.

La fameuse tumeur en boudin, quand elle n'est pas due à un abcès, est factice, elle n'existe pas, elle est simulée par la contraction des muscles de l'abdomen. Je ne puis que répéter ce que j'ai dit si souvent, on ne peut jamais sentir l'appendice.

Je viens, ces jours-ci encore, pour mes nouveaux stagiaires, de prouver ce fait, une fois de plus, à propos d'une jeune femme que m'a envoyée mon collègue Rendu.

Cette malade avait la fameuse tumeur en boudin dans laquelle les grands cliniciens d'autrefois, qui n'ouvraient pas le ventre de leurs malades, reconnaissaient le cæcum gonflé, enflammé ou plein de matières.

Après avoir examiné cette malade et sa tumeur, j'ai cru pouvoir déclarer que cette tumeur était factice, due aux muscles contracturés.

Sous le chloroforme la tumeur a disparu, et j'ai pu faire constater avec moi, à ceux qui étaient présents, qu'il n'y avait pas l'ombre de lésion cæcale ni péri-cæcale, je leur ai montré le cæcum souple, de couleur et de consistance normales.

Bien mieux, l'appendice, qui était libre du reste, était rétro-cæcal, bien caché par le coussin d'air intestinal et par conséquent bien inaccessible à la palpation.

Mais cet appendice était couvert d'arborisations vasculaires, tendu, dur, comme en érection; et une fois réséqué, j'ai pu voir qu'il contenait trois calculs petits, logés dans des nids de la muqueuse très congestionnée à son niveau.

NOUVEAUX FAITS

DE RADIOSCOPIE DE LÉSIONS INTRATHORACIQUES (1)

Par M. le professeur Bergonié.

J'ai été assez heureux pour répéter avec le plus entier succès les curieuses expériences de M. le professeur Bouchard sur les applications des rayons de Röntgen au diagnostic de la tuberculose pulmonaire et des lésions intrathoraciques (2).

Les malades que j'ai pu examiner provenaient du service de M. le professeur Arnozan à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Ils avaient été préalablement très soigneusement percutés et auscultés soit par lui-même, par M. le docteur Cassaët, professeur agrégé à la Faculté, et par moi-même. A la suite de cet examen on avait d'abord tracé sur leur thorax les diverses zones de matité révélées par les moyens cliniques ordinaires, au moyen d'un crayon dermographique. Ils étaient ensuite soumis à l'examen radioscopique et l'on traçait encore dans l'obscurité une seconde courbe analogue limitant les zones claires des zones sombres. Il ne pouvait y avoir de cette façon aucune erreur, ni aucune tentative inconsciente de parfaire une coïncidence approximative. Des fils de plomb ont été également maintenus sur le thorax au moyen de collodion pour limiter par une ligne bien visible au radioscope les zones claires des zones sombres.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1408 et 1439.

Les résultats ont été toujours parfaits comme coïncidence : à une zone de matité a toujours correspondu une zone d'opacité plus ou moins complète. La coïncidence était parfois étonnante de précision.

Chez un tuberculeux dont les deux poumons étaient envahis, l'image sur l'écran radioscopique présentait des taches irrégulières sur un fond d'ailleurs bien moins lumineux que d'ordinaire. L'auscultation avait révélé chez lui une quantité de cavernules irrégulièrement distribuées.

Sur deux malades atteints de pleurésie unilatérale, une différence énorme a été constatée entre la transparence des deux poumons. Chez le premier malade, une femme atteinte de pleurésie purulente, le sommet du poumon apparaissait très transparent, mais la ligne de démarcation peu nette, comme à la percussion. Les seins assez développés formaient une ombre intense et limitée qui, tout d'abord, avait induit en erreur. Chez le second pleurétique, chez lequel une zone de matité très nettement limitée avait été trouvée, on détermina également une zone d'opacité, tracée comme je l'ai dit plus haut. La coïncidence fut absolue. Les mouvements respiratoires du diaphragme avaient une amplitude très diminuée du côté affecté par rapport au côté sain.

Chez une autre malade amenée par M. le docteur Péry et atteinte de kyste hydatique, les résultats ont été encore plus nets. L'écran radioscopique a révélé l'existence d'une zone opaque ayant envahi le côté gauche du thorax et laissant, aussi bien sur le bord externe que du côté de la colonne vertébrale et au sommet, une mince bande très claire dans laquelle des ponctions avaient pu être faites sans amener trace de liquide. L'opacité de l'ombre, vue en arrière, et ses bords bien nets ont prouvé que le kyste siégeait beaucoup plus près de la région postérieure du thorax que de la partie antérieure, ce que vérifiait la percussion. Ici encore la radioscopie, tout en permettant une précision beaucoup plus grande, a été absolument d'accord avec les autres moyens cliniques d'exploration.

INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX
SUR LES EFFETS OBTENUS PAR L'INJECTION DES SÉRUMS DE VACCINÉS (1)

Par M. Jacques de Nittis.

Sur les conseils et avec l'aide de M. Charrin, pour mettre en évidence le rôle du système nerveux dans la résistance conférée par les sérums thérapeutiques, l'auteur sectionne le sciatique d'un lapin; d'autre part, il injecte par les veines le sérum thérapeutique indiqué récemment par lui (Société de biologie, 13 juin 1896); enfin, il inocule des cultures vivantes de Proteus vulgaris et dans la patte normale et dans la patte énervée.

Tantôt l'injection de sérum a précédé l'énervation, tantôt elle l'a suivie; tantôt, enfin, elle a accompagné l'inoculation du virus.

Or, — si l'immunité conférée est relative, car, trop parfaite, elle annihilerait les différences, — les abcès avortent ou acquièrent un moindre volume du côté non opéré, tandis que la lésion des tissus énervés montre que la résistance contre un microbe, à la suite des injections de sérums, est une réaction des éléments anatomiques, sous la dépendance du système nerveux, dont l'intégrité est nécessaire.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

REVUE DE LA PRESSE

Adénite fébrile de Pfeiffer. — Le petit nombre de travaux publiés concernant cette affection, décrite pour la première fois par Pfeiffer, qui lui donna le nom de « Drüsenfieber », pourrait faire croire à sa rareté si l'on était sûr d'en connaître tous les cas qui ont pu se produire. Mais si les principaux éléments de diagnostic sont très caractéristiques dans les cas francs, il existe aussi, à coup sûr, des cas à peine ébauchés, dans lesquels la fièvre et la tuméfaction glandulaire sont assez insignifiants pour ne pas exiger le lit et sont méconnus. Ces cas peuvent être diagnostiqués au cours d'une épidémie familiale, quand d'autres enfants présentent les symptômes complets (1).

Le docteur Hesse (de Leipzig) a eu l'occasion d'observer, en octobre 1895, une petite épidémie familiale dans laquelle trois enfants furent atteints d'adénite fébrile, suivie de néphrite. Quelques points particuliers à cette observation pourront servir à éclairer le problème, posé par Pfeiffer, touchant l'idiopathie de cette affection.

Voici le résumé de l'observation de ces trois cas d'adénite :

Hesse affirme connaître la famille depuis de longues années et se porte garant de la bonne santé des parents, des conditions hygiéniques de lumière et d'air de l'habitation.

Le premier cas concerne un enfant de trois ans et demi, a eu plusieurs pneumonies, mais n'a eu ni la rougeole ni la scarlatine. En le conduisant à la Clinique le 14 octobre, la mère raconte que, dix jours auparavant, l'enfant fut pris tout d'un coup, sans raison appréciable, de fièvre, de douleurs de tête, de douleurs cervicales. Le lendemain, les ganglions du côté droit du cou étaient tuméfiés; la mère crut à une stomatite, mais ne remarqua rien dans la bouche. Le troisième jour, les ganglions du côté gauche se prenaient également; l'enfant se plaignait de douleurs de ventre et de douleurs articulaires, affectant surtout les articulations coxo-fémorales. Le quatrième jour l'enfant était rétabli et les ganglions rétrocédaient. Le neuvième jour, réapparition de la fièvre, tuméfaction douloureuse des ganglions situés derrière l'angle droit du maxillaire inférieur; la mère remarque la rareté des urines et leur couleur café foncé. Les selles sont quelque peu diarrhéiques; l'appétit n'est pas modifié.

L'examen du médecin (14 octobre) confirma les assertions de la mère : le visage de l'enfant était très pâle; les ganglions de l'angle droit du maxillaire étaient fortement tuméfiés; de plus, il existait un ganglion très douloureux au toucher, gros comme un œuf de pigeon, situé au niveau du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et dans le voisinage encore de nombreux ganglions plus petits, surtout au niveau de la nuque; des ganglions peu développés du côté gauche du cou; pas de tuméfaction glanglionnaire en d'autres points du corps. Raideur dans les mouvements de la tête. Température 39 degrés. Aucune éruption. L'urine fraîche, rare et trouble, présente une réaction acide, contient beaucoup d'albumine, et au microscope on y décèle la présence de cylindres granuleux en grande quantité et de globules sanguins disséminés.

L'anamnèse, l'absence de toute espèce d'éruption, le fait qu'il n'existait aucune épidémie ni dans le voisinage de l'habitation, ni parmi les compagnons de jeu de l'enfant, empêchaient de faire le diagnostic de scarlatine, bien que l'existence d'une néphrite ait pu y faire penser.

Le repos au lit et le lait suffirent à rétablir l'enfant qui, dès le lendemain (15 octobre), jouait sur son lit. Le 16, Hesse constate une légère tuméfaction du foie et de la rate,

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1331.

qui persiste deux jours. La fièvre tombait le 17. La tuméfaction glandulaire ne disparut que lentement en quinze jours. L'urine contint de moins en moins d'albumine, bien que, le 1er décembre, elle en contînt encore des traces. La néphrite avait été traitée par les bains chauds et la sudorification.

Le deuxième cas est celui d'une petite fille âgée de huit ans et demi qui, à l'âge de trois ans, avait eu la scarlatine. L'histoire de la maladie est calquée sur la précédente. Le début seul paraît avoir été plus dramatique : vomissements, douleurs vives dans tous les membres, dans les jambes surtout, douleurs abdominales au pourtour de l'ombilic ; il existe une légère rougeur, à peine sensible, au niveau de la voûte palatine. Hesse crut à du rhumatisme et prescrivit du salicylate de soude. Comme pour le frère, la mère constata la rareté et le foncé des urines, dès le second jour de la maladie (20 octobre). A ce moment déjà Hesse y constate la présence d'albumine et de cylindres. Pas d'œdème. Le 24 octobre, il se produisit une abondante hémorragie rénale qui persista trois ou quatre jours. Puis l'albumine alla en diminuant, pour disparaître complètement le 4 novembre.

Le troisième cas (24 octobre), très analogue, atteint un frère âgé de vingt et un mois : tuméfaction ganglionnaire ; pas d'éruption pharyngée ; néphrite dès le second jour. Le 9 novembre, l'urine ne contient plus ni albumine, ni cylindre. Légère tuméfaction du foie et de la rate. La température, dans ces deux derniers cas, comme dans le premier, tomba en trois ou quatre jours à la normale.

L'auteur fait remarquer, avec raison, que ces observations se séparent de celles qui ont trait aux angines ordinaires, à la diphtérie, etc., en ce que les ganglions le plus pris n'ont jamais été les sous-maxillaires, mais bien les ganglions situés en arrière du sterno-cléido-mastoïdien et à la nuque.

L'existence d'une néphrite dans les trois cas observés, assez intense dans le premier de ces cas pour persister sept semaines après le début, et pour provoquer une hémorragie sérieuse dans le second, suffit, à elle seule, pour permettre d'affirmer la nature infectieuse de la maladie. Quant à l'existence possible d'une scarlatine larvée, le fait que la petite fille qui fait l'objet de la seconde observation, a eu antérieurement la scarlatine ; que le troisième enfant, pas plus qu'elle, n'a eu trace d'éruption ; qu'enfin aucun des enfants n'a eu trace de desquamation ; permet de rejeter ce diagnostic. Ce pourrait être, à la rigueur, une manifestation de l'influenza, mais il n'en existait aucun cas à Leipzig ; du reste, si le catarrhe des voies respiratoires supérieures est fréquent dans cette affection, l'adénite cervicale y est exceptionnelle.

Il y a donc lieu d'admettre, avec la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, une affection idiopathique pour laquelle l'arrière-pharynx ou les amygdales ont pu, à la rigueur, servir de porte d'entrée, étant donné la rougeur légère constatée au niveau du voile du palais.

Un des caractères bien avéré de cette affection est son caractère endémique. En dehors des trois cas observés, Hesse apprit par la mère des enfants que, le 1er novembre, une petite fille de sept ans habitant la même maison, un étage plus haut, subit une affection analogue.

D'autres observateurs tels que Heubner, Itarck, Ranchfluss, Hörschelmann ont noté de l'albumine. Mais, dans aucun cas, on ne l'avait observée à une période aussi précoce du début de la maladie que dans les cas que nous venons de rapporter.

Cette néphrite si souvent mentionnée, jointe à la suppuration possible des ganglions et à la longueur de la convalescence, donne à cette affection un caractère de gravité assez sérieux. (*Jahrb. f. Kinderh.*, Band XLII, Heft I, 1896.)

P. VIOLLET.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la cystite blennorrhagique aiguë de l'homme.

Indépendamment des instillations de sublimé ou de nitrate d'argent qui deviennent souvent nécessaires dans la cystite blennorrhagique, le traitement général joue un rôle important et peut à lui seul amener la guérison. Un des élèves de M. Balzer, le Dr Marco Charalambief, indique dans sa thèse la formule des boissons qui sont généralement prescrites dans le service de l'hôpital du Midi et qui, associées au régime lacté et au repos au lit, constituent un élément important du traitement le plus généralement employé.

Le *biborate de soude* est fréquemment prescrit par M. Balzer à tous les malades atteints de cystite aiguë. Il le prescrit à la dose de 6 grammes en solution :

Biborate de soude.	30 grammes.
Bicarbonate de soude.	10 grammes.

Mêlez deux cuillerées à café dans un litre de limonade au citron à prendre dans la journée. Le biborate de soude s'élimine rapidement par les urines auxquelles il donne une coloration légèrement jaune-verdâtre ; il agirait simplement comme alcalin (Berlioz).

Le *salicylate de soude*, qui a été employé avec succès par un grand nombre d'auteurs, est surtout prescrit par M. Balzer dans la cystite compliquée de rhumatisme blennorrhagique. Il est prescrit le plus souvent en solution :

Salicylate de soude	4 à 6 grammes.
Sirop de limon	*ââ* 60 grammes.
Eau de menthe	

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

M. Balzer l'associe encore au bicarbonate de soude :

Bicarbonate de soude.	30 grammes.
Salicylate de soude.	10 grammes.

Mêlez deux cuillerées à café dans un litre de limonade au citron à prendre entre les repas dans les vingt-quatre heures. (*Journ. de méd. et de chir. pratique.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 janvier 1897. — Présidence de M. Caventou.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant étranger (deuxième division).

Au premier tour, M. Demosthen (de Bucarest), ayant obtenu 48 suffrages sur 58 votants, est élu.

Au deuxième tour, M. Jacques Reverdin (de Genève) est élu par 60 suffrages sur 61 votants.

LECTURE

Traumatisme et tuberculose du rachis. — M. AUFFRET (de Brest) lit un travail sur ce sujet.

RAPPORT

M. LAVERAN fait un rapport sur un travail de M. Matignon, relatif à l'intoxication par l'arroche.

COMMUNICATION

Ablation totale de la vessie. — M. TUFFIER communique l'observation d'un homme de quarante ans, qui avait des

hématuries, des mictions toutes les dix minutes et qui éprouvait des douleurs atroces de la vessie. M. Tuffier fit d'abord une cystostomie sus-pubienne dans le but de calmer les douleurs. Il put alors se rendre compte que la vessie était le siège d'une tumeur occupant toute sa cavité. Quelque temps après, il fit l'extirpation totale de l'organe.

Position de Trendelenburg, incision hypogastrique en T, dont l'extrémité inférieure effleure le milieu de la symphyse pubienne, et dont les deux branches latérales vont jusqu'aux orifices inguinaux, décollement progressif et tractions successives au dehors de la vessie avec des pinces à abaisser, maniées comme dans l'hystérectomie vaginale. Dissection soigneuse du péritoine au sommet de la vessie. La séreuse n'est pas ouverte ; le col est sectionné au ras de la prostate, deux clamps courbes sont placés sur les deux pédicules uretéro-artériels, et la vessie est enlevée. Ligature des vésicales inférieures, cathétérisme permanent des uretères et tentative infructueuse d'abouchement dans le rectum. Fermeture partielle et drainage de la plaie hypogastrique.

L'examen de la pièce de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un épithélioma alvéolaire généralisé à la muqueuse vésicale.

Les suites opératoires furent marquées par une phlébite de la jambe droite ; le cathétérisme des uretères fut supprimé au septième jour et remplacé par un tube-siphon hypogastrique ; le malade se lève le 4 décembre, et, le 23 décembre, il vaque à ses occupations avec un appareil collecteur hypogastrique. Il ne souffre plus, il a repris ses forces et a notablement engraissé. Son état général est très bon.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale, IIIe série, 1er fasc. (1), par J. Grasset.

Les leçons qui figurent dans ce fascicule portent sur trois sujets différents : les diverses variétés cliniques de l'aphasie, l'automatisme psychologique et les paralysies nucléaires des nerfs sacrés.

Nous avons lu avec un intérêt particulier les leçons consacrées à l'automatisme psychologique et à la théorie du polygone cortical, par lequel l'auteur l'explique. On connaît les tracés qui ont servi à diverses reprises à figurer le mécanisme anatomique et physiologique des diverses formes de l'aphasie. Ils représentent des centres de perception ou d'émission motrice, reliés les uns aux autres et communiquant avec l'extérieur par les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs.

M. Grasset, comme l'a fait M. Ferrand pour l'aphasie, suppose que la perception consciente ne siège pas aux mêmes points, il y aurait quelque part un centre de la conscience, qui serait uni lui-même à tous les centres moteurs et sensitifs dont il vient d'être question.

Des actes coordonnés, intelligents, peuvent être réalisés par la mise en œuvre de ces centres, sans que le centre conscient soit mis en activité ; il reste en dehors du processus. Dans ces conditions, il y a automatisme. La volonté n'intervient pas ou n'intervient plus, et la responsabilité du sujet est nulle. Par ce mécanisme cérébral inférieur, sous-jacent au centre de la conscience, s'expliquent l'automatisme ambulatoire, les actions faites pendant le sommeil hypnotique, le rêve, les actes exécutés avec distraction, lorsque l'esprit est dominé par une idée obsédante. Par lui s'explique encore le phénomène des tables tournantes, les faits attribués au spiritisme.

La théorie est certainement ingénieuse et très séduisante. Le schéma graphique se prête très bien à son exposition analytique et synthétique ; malheureusement on finit toujours par se trouver en présence de l'incognoscible. Qu'est-ce que la conscience? Avouons que nous n'en savons rien et que, sans doute, nous n'en saurons jamais rien.

(1) In-8o. — Montpellier, Ch. Bœhm.

Hygiène et traitement curatif du diabète (1), par le docteur E. Monin.

Ce volume, que son format, son style et son prix mettent à la portée de tous, constitue l'un des grands succès de la « Petite Encyclopédie médicale », publiée par la Société d'éditions scientifiques. Écrit par un spécialiste doublé d'un vulgarisateur émérite, le traitement du diabète doit être envisagé comme le bréviaire du diabétique et le catéchisme préventif de celui qui désire éviter un mal, aujourd'hui trop répandu !

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

71. M. Mendy. De la valeur comparée de l'expectation armée et de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. — 72. M. Pauchet. Hystérectomie vaginale et laparotomie, pour lésions des annexes de l'utérus. Résultats éloignés et comparés. — 73. M. David. Contribution à l'étude des accouchements prématurés artificiels. — 74. M. Turot. De l'antisepsie pré-opératoire de la conjonctive. — 75. M. Chevallier. Contribution à l'étude de la sérothérapie antidiphtérique dans le département de la Somme. — 76. M. Conturie. Sur l'hystérie chez les jeunes enfants. — 77. M. Argétoyano. Contribution à l'étude des névrites dans l'intoxication sulfo-carbonée. — 78. M. Rouger. De la rougeole ecchymotique. — 79. M. Herbert. Pathogénie des pleurésies traumatiques non purulentes. — 80. Mlle Reless. Valeur diagnostique de dureté du premier bruit dans le rétrécissement mitral.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Deroyer (de Fougères), Cazaux (d'Oloron), Juppé (d'Arudy), Veilleau, professeur à l'Association des dames françaises; Vollier (de Paris), Montignac (de Paris), Allary (de Leucate), Armet (de Sallèles d'Aude), Bellissent (de Sigean).

— Un concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 22 février 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 18 janvier 1897, sera clos définitivement le vendredi 5 février, à trois heures.

— Sur la proposition du Comité supérieur de protection des enfants en bas âge, des médailles de bronze ont été décernées à MM. les docteurs Allix, Berthelot, Blanche, Campion, Cristofini, Cruveillier, Déjamme, Faivre, Picard et Robin-Duvernet.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Albert Puech, médecin en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Nîmes. Une des dernières joies de notre regretté confrère a été de voir son fils, M. Paul Puech, nommé agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

(1) In-8o. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE...... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a présenté hier pour la chaire de pathologie interne : en première ligne, M. Hutinel; en deuxième ligne, M. Dejerine; en troisième ligne, M. Chauffard.

— Le concours pour la médaille d'or (chirurgie) s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Baudet. — Médaille d'argent : M. Lapointe. — Accessit : M. Marion.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 6 janvier. — Questions orales posées : Région antérieure du pli du coude. — Luxation du coude en arrière.

Notes. — MM. Sikora, 25 + 14 = 39. — Mesnard, 26 + 14 = 40. — N. Mauger, 25 + 16 = 41. — Jalaguier, 24 + 16 = 40. — Nass, 20 + 9 = 29. — Caboche, 26 + 16 = 42. — Em. Weil, 27 + 17 = 44. — M. Guillot, 25 + 18 = 43.

— Par décret, en date du 5 janvier 1897, M. le docteur Martin, ancien aide-médecin auxiliaire de la marine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 13 janvier 1897 :

Suite de la discussion sur le traitement chirurgical du cancer du foie (M. Segond), MM. Terrier, Ricard, Quénu, Routier, Le Dentu, Poirier.

Rapport : Sur un cas de tumeur cérébrale (M. Barette), par M. Broca.

Communication : Intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein, par M. Tuffier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pierre Couette (de Lyon); Fontrouge (d'Ouveillan); Lesnière (de Coutances); L.-F. Levrat (de Lyon).

— MM. A. Claisse-Decloux, Herbet, Lardennois, Roques et Sainton commenceront leur conférence d'internat le samedi 16 janvier, à trois heures et demie, à la Pitié, et la continueront les samedis suivants à la même heure.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion en Algérie et Tunisie, à Sousse et à Kairouan*, organisée avec le concours de l'agence des « Voyages économiques ». — Départ de Paris, le 19 janvier. Retour à Paris, le 20 février 1897.

Itinéraire. — Paris, Marseille, Alger, Blidah, Bougie, gorges du Chabet el Akhra, Sétif, Constantine, El Kantara, Biskra, Batna, Timgad et Lambessa, Hammam-Meskoutine, Bône, Tunis, Sousse, Kairouan, Tunis, Marseille, Paris. — Prix : 1re classe, 1 080 fr.; 2e classe, 980 fr.

Ces prix comprennent : les billets de chemins de fer; les transports en bateaux et en voitures, le logement, la nourriture, etc... sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber.

— *Excursion en Italie, en Sicile et sur le littoral de la Méditerranée*, organisée avec le concours de l'agence des « Voyages économiques ». — Départ de Paris, le 21 janvier 1897. Retour à Paris, le 15 février, ou facultativement le 19 mars 1897.

Itinéraire. — Paris, Turin, Gênes, Rome, Naples, Messine, Taormina, Catane, Nicolosi, Syracuse, Girgenti, Palerme, Naples, Rome, Gênes, San-Remo, Nice, Monaco, Monte-Carlo, Marseille, Paris. — Prix : 1re classe, 1 050 fr.; 2e classe, 930 fr.

Ces prix comprennent : les billets de chemins de fer; les transports en bateaux et en voitures, la nourriture, le logement, etc., sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

81. M. SEGUIN. De l'œdème aigu primitif du larynx. — 82. M. FOURMEAUX. Des injections sous-cutanées massives de solutions salines. — 83. M. CARRIÈRE. Contribution à l'étude des causes de l'incapacité maternelle. — 84. M. ROYER. Des hémorragies dans les cas d'expulsion d'enfants morts et macérés. — 85. M. BRIEND. Étude sur les vomissements de la grossesse et sur leur traitement; emploi de l'eau oxygénée. — 86. M. ANDREAU. Contribution à l'étude des résultats éloignés de la résection du coude, d'après la statistique de M. le docteur Lucas-Championnière. — 87. M. CROUTES. De la parotidite saturnine. — 88. M. MARIE. L'infarctus du myocarde et ses conséquences. Ruptures. Plaques fibreuses. Anévrysmes du cœur. — 89. M. FERRAEZ. Contribution à l'étude de l'ophtalmomalacie. — 90. M. BELLIN. Contribution à l'étude des rapports entre la mole hydatiforme et le déciduome malin. — 91. M. HELLEU. Procédé d'application du forceps, permettant de se passer d'aides expérimentés. — 92. M. LESAGE. De la mort subite dans l'aortite ou ses complications.

REVUE GÉNÉRALE

Les incontinences d'urine de l'enfance (étude pathogénique et thérapeutique).

Par MM. Rochet, agrégé de la Faculté de Lyon, et Jourdanet, interne des hôpitaux.

I

Quand on parle des enfants atteints d'incontinence d'urine, il importe de bien s'entendre. Deux grandes catégories sont, en effet, à distinguer tout d'abord :

1° Les enfants dont l'incontinence ne fait que traduire une lésion locale des voies urinaires, matérielle, bien précise, ou ne représente qu'un phénomène dans le cours d'une maladie qui domine la scène pathologique, et derrière laquelle elle disparaît comme importance en ne gardant que la valeur d'un symptôme. C'est la catégorie des *incontinences* dites *symptomatiques*.

2° Les enfants chez lesquels l'incontinence d'urine se montre, au contraire, comme l'unique maladie sans lésion locale appréciable, sans autres maladies apparentes. Ce sont les *incontinences dites essentielles*. Sans doute, le mot est mauvais, puisque l'incontinence n'est jamais essentielle, au sens propre du mot; elle dépend toujours, en réalité, d'une cause. Comme nous le verrons plus loin, ces incontinences essentielles sont toutes sous la dépendance de la *névropathie*; aussi pourrait-on peut-être plus justement les appeler les *incontinences névroses*.

Le mot d'*incontinence* lui-même est mauvais aussi, car s'il y a des cas où il s'agit bien d'un suintement plus ou moins continu d'urine, en général, cependant, ce sont de véritables *mictions* qui ont lieu, et, dans leur intervalle, l'urine ne s'écoule pas par le canal. On devrait donc dire plutôt *miction involontaire* qu'incontinence.

Nous laissons de côté, dans notre étude, toutes les incontinences symptomatiques, qui passent au second plan derrière la maladie première dont elles dérivent, dont la pathogénie est bien vite établie, dès qu'on a dépisté cette maladie première, et dont la thérapeutique est tout entière subordonnée à celle de cette maladie elle-même. Nous ne citerons donc que pour mémoire et pour fixer les idées sur ces incontinences très spéciales :

1° Les incontinences relevant de *maladies nerveuses bien typiques* ou de *lésions cérébro-spinales bien caractérisées* (incontinence de l'épilepsie, incontinence compliquant le spina bifida, le mal de Pott, la myélite transverse, l'ataxie locomotrice infantile, décrite par Remak (1), etc., etc.).

2° L'incontinence due à des *maladies de la vessie elle-même* (calculs vésicaux, qui se traduisent précisément chez l'enfant par le seul symptôme d'incontinence, parfois certaines tumeurs de la vessie; nous ne parlons pas, bien entendu, de l'exstrophie vésicale, dont l'incontinence s'explique trop aisément).

3° L'incontinence due à des malformations de l'urèthre ou du pénis [hypospadias, épispadias, phimosis, symphyse préputiale, atrésie du méat, etc., pouvant amener des mictions nocturnes ou diurnes involontaires (2)], ou à certaines tumeurs uréthrales chez la femme.

4° Les incontinences dues à des altérations de la qualité de l'urine elle-même (certaines albuminuries, acidité exagérée de l'urine dans le cours ou la convalescence de maladies fébriles, urine trop chargée d'urates chez les goutteux, etc.), tous ces états pouvant déterminer une irritation de la muqueuse vésicale amenant de la pollakiurie, puis, à la suite de celle-ci, de l'incontinence, par un mécanisme que nous étudierons longuement plus loin.

5° D'autres fois, ce sont des *lésions irritatives de voisinage* (oxyures du vagin ou de l'anus, polypes du rectum, etc.), qui retentissent sur la vessie et en augmentent l'excitabilité. Il faut que le praticien soit bien prévenu de ces faits, parce que, lorsqu'on les a reconnus, une thérapeutique très simple fait guérir rapidement parfois des enfants qu'on aurait pu prendre pour de vrais pisseurs au lit.

L'*incontinence dite essentielle n'est pas plus une que l'incontinence symptomatique;* cela vient, comme nous l'avons dit déjà, que tout en dépendant d'une *cause première unique*, l'hystérie ou la simple névropathie, elle est sous la dépendance de causes secondes très variées, suivant les cas cliniques auxquels on a affaire. Il y a d'abord toute une série de cas d'incontinence nocturne, qui correspondent à des pollakiuries. Ces pollakiuries sont elles-mêmes d'origines très diverses; ou plutôt, dans l'ignorance où l'on est souvent de leurs véritables causes, elles sont susceptibles d'interprétations très diverses.

Chez certains sujets, les fibres musculaires vésicales sont trop sensibles à la distension, et quand celle-ci dépasse certaine limite, elles réagissent énergiquement pour expulser le contenu de la vessie; cette excitabilité existe le jour aussi bien que la nuit; mais, pendant le jour, le sujet sent venir cette contraction, peut s'arranger pour lutter contre elle par son sphincter uréthral antagoniste, ou tout au moins peut prendre ses précautions pour ne pas uriner dans ses vêtements. Pendant la nuit, au contraire, l'engourdissement du sommeil rend plus obtuse la sensation du besoin d'uriner, et la volonté du malade ne venant pas lutter contre la contraction du *detrusor urinæ*, la miction s'opère dans les draps.

En définitive, dans ces cas qui sont des *pollakiuries en réalité*, l'incontinence est rarement *diurne;* le jour, les malades peuvent avoir des envies d'uriner plus ou moins impérieuses, mais ils peuvent éviter de souiller leurs vêtements.

La pollakiurie, amenant l'incontinence nocturne, peut reconnaître une autre cause que l'excitabilité excessive de la vessie elle-même. Elle pourrait parfois être rattachée à une *exagération anormale de la sensibilité de l'urèthre profond*, de cette région qui commande le besoin d'uriner quand quelques gouttes d'urine viennent à s'y engager.

L'*anesthésie de cette région*, signalée par certains auteurs comme cause de l'incontinence infantile, empêchant le passage de l'urine d'être senti dans l'urèthre, et ne permettant pas, par conséquent, au sujet de s'y opposer, est une erreur pathogénique, du moins pour l'incontinence dite essentielle; elle existe dans l'incontinence symptomatique de lésions médullaires vraies, mais dans l'incontinence névrose, ainsi que l'a déjà bien fait remarquer Guinon, les petits malades

(1) Remak. *Berl. Klin. Wochens.*, 1885.

(2) La pathogénie de l'incontinence, dans ces malformations, a été interprétée de trois différentes façons. Ou bien la malformation est le point de départ de réflexes rendant la vessie trop facilement excitable et amène la pollakiurie, ou bien elle joue le rôle de rétrécissement qui gêne plus ou moins la miction et détermine une certaine rétention. Celle-ci, le spasme uréthral aidant, peut s'accuser beaucoup et amener de la miction par engorgement.

ressentent parfaitement le besoin d'uriner, trop bien même, puisque le jour ils ont parfois une pollakiurie très marquée. Ce qui serait vraisemblable donc, dans quelques cas, ce serait au contraire une certaine hyperesthésie de l'urèthre postérieur, plus ou moins analogue à celle qu'on observe chez des adultes névropathes et pollakiuriques, chez lesquels la muqueuse uréthrale est extrêmement sensible, douloureuse même au passage de la sonde, et que des cathétérismes réguliers avec de gros Béniqué, arrivent à guérir de leur pollakiurie. Sans doute, beaucoup de ces malades sont d'anciens blennorragiques, avec reliquat inflammatoire du côté de la prostate, mais chez bon nombre d'entre eux aussi, la névropathie doit jouer le principal rôle dans la production des troubles fonctionnels dont ils se plaignent. Pourquoi ne pas admettre pareille hyperesthésie chez des enfants névropathes, dont l'incontinence nocturne, suite de la pollakiurie, est améliorée ou guérie par le passage régulier de bougies dans le canal?

Il y a, enfin, des pollakiuries d'*origine psychique*, que les auteurs ont également interprétées de différentes façons, suivant les cas et suivant aussi leurs idées personnelles.

J.-L. Petit avait déjà parlé de ces enfants qui pissent au lit « parce qu'ils *rêvent pisser* quelque part ». Janet a bien étudié, dans ces dernières années, ces *psychopathes urinaires*, plus fréquents sans doute chez les névropathes adultes, mais qu'on peut aussi rencontrer chez les petits nerveux héréditaires. Ce sont des malades qui, consciemment ou non, ont toutes leurs idées orientées vers leur système urinaire, et ce sont des pollakiuriques au premier chef, parce que la pensée d'ordre urinaire, la préoccupation mictionnelle réagit sur la vessie et l'entretient dans un état permanent d'excitabilité. Si le sujet n'est pas assez malade pour ne pas oublier sa vessie la nuit, et s'il peut se distraire de cette pensée la nuit, la pollakiurie ne sera que diurne. Si la pensée urinaire persiste la nuit, au contraire (sous forme de rêves, par exemple), la pollakiurie sera nocturne aussi bien que diurne; et alors, dans l'espèce, si on a affaire à des enfants un peu paresseux ou à sommeil profond, la miction se fera facilement dans les draps.

Parfois le rêve ne s'adresse pas directement à la miction, mais à un objet ou à un phénomène qui la rappelle et ressemble plus ou moins au jet de la miction elle-même; c'est ainsi que certains malades pissent au lit en rêvant au bruit que fait l'eau dans un tuyau de descente un jour de pluie, au liquide qui s'échappe d'un robinet ouvert, etc.

A côté de ces incontinents, très mal dénommés ainsi, puisqu'ils ne sont, en réalité, que des *pollakiuriques très marqués*, il y a d'autres catégories de malades qui n'ont évidemment rien à faire avec la pollakiurie.

Il y a d'abord ceux dont a parlé longuement M. Guyon, et qui sont atteints (congénitalement ou par voie acquise) d'*atonie du sphincter uréthral*. Chez les enfants incontinents il y a, dit-il, moins exagération de la force impulsive vésicale que faiblesse du côté de la résistance sphinctérienne. Et de fait, dans certains cas, l'exploration de l'urèthre avec la bougie à boule montre, chez le garçon surtout, qu'elle ne rencontre aucune difficulté pour passer dans la région membraneuse; à son passage à ce niveau, elle n'éprouve pas la constriction ordinaire. Évidemment, cette pathogénie est séduisante par sa clarté, et surtout la netteté de l'indication thérapeutique qu'elle fournit : ces malades ne peuvent guérir qu'avec l'électrisation du sphincter uréthral, qui fortifie ce muscle et lui rend sa tonicité. Elle est vraie pour certains malades; mais ce serait une grosse erreur de la généraliser; car, précisément, ces malades chez lesquels on constate, avec la boule ou le simple cathéter, l'atonie de la région sphinctérienne de l'urèthre, sont la minime exception. Guinon a déjà fortement attaqué cette interprétation exclusive : « Nous n'avons jamais remarqué cette atonie, dit-il (1), et toujours chez les garçons l'olive était resserrée au niveau de la portion terminale de l'urèthre. Remarquons aussi que, si l'atonie du système sphinctérien était la cause vraie, les filles, dont l'appareil musculaire est moins développé, seraient beaucoup plus exposées à l'incontinence, ce qui n'est pas. Dans cette hypothèse, l'incontinence devrait se constituer dès le plus jeune âge, et devrait diminuer avec l'âge chez les garçons, à mesure que la prostate approche de son complet développement, c'est-à-dire vers dix ou onze ans; or, loin de s'améliorer, l'incontinence apparaît quelquefois vers cinq ou six ans, et augmente souvent les années suivantes. »

Il y a enfin (2) une dernière catégorie d'incontinents (et c'est par là que nous terminerons la revue de tous ces petits pisseurs au lit), qui sont peu connus, dont on ne parle plus aujourd'hui, dont nous avons observé trois cas très nets, croyant même que c'était nous qui les avions découverts, mais que nous avons retrouvés dans Civiale, qui les avait décrits déjà avec son esprit clinique si judicieux. Ce ne sont pas des incontinents, ce sont des *rétentionnistes qui pissent par regorgement*, et la rétention plus ou moins complète est encore, dans ces cas, sous l'influence directe de la névropathie, comme nous le verrons plus tard.

Chez beaucoup d'enfants, dit Civiale (3), que j'eus à examiner comme atteints d'incontinence d'urine, l'urèthre était fort irritable, et la vessie pleine d'urine. Il en fut d'autant plus surpris, ajoute-t-il, qu'il avait adopté jusque-là les opinions généralement émises au sujet de la pathogénie de cette infirmité, et qui ne cadraient guère avec ces constatations.

Parmi ces opinions, se rangeait celle de Desault, qui attribuait l'incontinence d'urine infantile à une augmentation de la force expulsive de la vessie, jointe à un affaiblissement de la résistance du col, toutes conditions qui contrastaient singulièrement avec les constatations faites par Civiale de l'irritabilité (traduisez la défense) de l'urèthre et de la plénitude de la vessie. On pouvait en dire autant de la théorie de la petitesse du réservoir vésical chez l'enfant, puisque Civiale trouvait la vessie des enfants qui pissent au lit fort grande et dans un *état permanent de distension*.

Nous ne connaissions pas le fait déjà signalé, comme on le voit, très nettement, par Civiale, et nous avons, comme lui, été très surpris de trouver, chez trois des enfants que nous avons été appelé à soigner pour de l'incontinence

(1) Guinon. *Névroses urinaires de l'enfance*. Th. de Paris, 1889.

(2) Nous n'avons pas parlé de ces incontinents par *paresse* et que l'opinion courante croit beaucoup plus fréquents en réalité. La théorie de la paresse peut s'appliquer à un petit nombre de cas, surtout pour des enfants encore en très bas âge; et, de fait, il y en a qui sont nettement améliorés par la crainte d'une punition ou par l'habitude qu'on leur fait prendre de se lever une ou deux fois la nuit. Mais ce sont des incontinences qui ne durent pas longtemps et qui sont très intermittentes; elles ne ressemblent pas à ces incontinences persistantes, tenaces, chez des enfants déjà grands, qui comprennent bien leur infirmité et qui, malgré leur bon vouloir, ne peuvent s'en débarrasser.

(3) Civiale. *Maladies génito-urinaires*, t. III. p. 293.

d'urine, leur vessie pleine, dilatée même, et un spasme véritable de l'urèthre membraneux, spasme tellement fort que, chez l'un d'eux, on dut se servir de l'anesthésie pour arriver à franchir avec l'explorateur métallique la portion profonde de l'urèthre. Cette constatation nous a paru d'autant plus surprenante que nous étions resté sous l'impression des deux grandes théories généralement admises pour expliquer l'incontinence d'urine infantile : 1° la théorie de l'excitabilité vésicale exagérée, ne permettant pas à la vessie de garder au delà d'une quantité restreinte d'urine, et qui est incompatible, par conséquent, avec une vessie pleine et même dilatée ; 2° la théorie de l'atonie sphinctérienne venant tout à fait à l'encontre de la contracture observée, au contraire, chez nos malades.

Il est donc nécessaire d'admettre que certains enfants dits *incontinents* sont, en réalité, des *rétentionnistes*. Cette catégorie est indéniable, et le diagnostic se fait précisément par les constatations que nous avons signalées : 1° un urèthre membraneux très serré, contracturé, rebelle au passage du cathéter; 2° une vessie spacieuse, contenant parfois beaucoup d'urine, alors que le petit malade pisse constamment.

Ajoutons enfin, et sans rien préjuger du traitement, que c'est chez ces malades que les cathétérismes réguliers améliorent l'incontinence, et Civiale, qui avait été frappé de ces cas, proposait précisément ces cathétérismes comme traitement systématique de l'affection.

Les cas correspondant à des *rétentions complètes* sont rares, peut-être l'un de nos malades en faisait-il partie. Dans ces conditions, c'est une véritable miction par regorgement qui a lieu. Dans les cas qui correspondent à des *rétentions incomplètes* avec une certaine distension vésicale, le mécanisme de l'incontinence n'est peut-être pas aussi simple. La vessie ne se vide jamais complètement, et tout à la fois, comme dans une miction normale ; à un moment donné, le jet est interrompu par le spasme uréthral, et la miction n'est terminée qu'en apparence. La vessie reste plus ou moins remplie, et bientôt le besoin d'uriner réapparaît, sans pouvoir se satisfaire complètement encore. Les petits malades sont donc encore ici des pollakiuriques; pendant le jour ils peuvent se présenter souvent à l'urinoir, mais la nuit, ce besoin continuel d'uriner, ces contractions répétées de la vessie qui cherche à se débarrasser une fois pour toutes de son contenu, peuvent aisément se traduire par des mictions dans les draps, avant que l'enfant ait le temps de se réveiller et de prendre ses précautions pour uriner.

Dans les cas auxquels nous faisons allusion et qui sont peut-être plus fréquents qu'on ne peut le supposer, qui se retrouveront plus souvent quand on les recherchera, l'incontinence a, du reste, des caractères cliniques un peu particuliers. L'incontinence peut être exclusivement *nocturne*, comme dans ces rétentions incomplètes que nous venons de signaler; pendant le jour, il y a seulement de la pollakiurie, comme chez ceux qui ont de la simple excitabilité vésicale sans rétention. Mais dans les cas de rétention plus marquée, dans les cas qui correspondent à des mictions par regorgement, il n'y a pas de raison pour que l'urine ne s'écoule pas par le canal aussi bien le jour que la nuit, le spasme uréthral, cause de la rétention, persistant lui-même le jour comme la nuit. Et alors l'incontinence sera aussi bien *diurne* que *nocturne* : c'est ce qui arrivait à l'un de nos malades, qui mouillait sa chemise et ses pantalons pendant toute la journée.

De temps en temps, du reste, les petits malades ont des mictions au sens vrai du mot; ils se présentent à l'urinoir, urinent une certaine quantité de liquide, parfois même avec un jet plus ou moins durable. Mais en général ce sont des mictions avortées ; le malade, quand il est assez grand et assez intelligent pour comprendre les questions qu'on lui pose et y répondre, sent bien que le besoin n'est pas complètement satisfait, quand il a fini d'uriner; il ne vide pas complètement sa vessie et les envies d'uriner se succèdent sans que cette évacuation puisse jamais se faire complètement.

L'un de nos malades, qu'on faisait lever trois fois la nuit pour arriver à guérir son infirmité, arrivait ainsi à pisser chaque fois une certaine quantité de liquide, ce qui n'empêchait pas l'urine de continuer à suinter par le canal dans l'intervalle des mictions, pendant le reste de la nuit.

Dans les cas de rétention les plus marqués, correspondant à la rétention complète (comme chez notre malade n° 3), l'urine s'écoule presque constamment par l'extérieur, sous forme de suintement, par le méat, remplacé de temps à autre par une issue de liquide plus abondant, en petit jet vite interrompu.

Comment interpréter maintenant la cause de ces rétentions? Elles sont produites par un *spasme uréthral d'origine névropathique*. Ce spasme est absolument comparable à celui que l'on observe sur des nerveux adultes, anciens blennorragiens ou non, et qui crée chez eux la classe des faux rétrécis. Ces troubles moteurs, d'origine hystérique, sont bien connus et peuvent se localiser sur la vessie ou l'urèthre, en dehors de toute lésion locale de ces organes. Tantôt, ils frappent le muscle vésical lui-même et alors amènent de la cystalgie ou de la pollakiurie, comme dans les premières variétés d'incontinence que nous avons étudiées ; tantôt, au contraire, ils se portent sur le sphincter uréthral et déterminent, suivant leur degré d'intensité, soit simplement des mictions lentes et pénibles, soit des rétentions plus ou moins complètes. Briquet avait déjà décrit ces spasmes hystériques qu'il localisait au col de la vessie et qui amenaient « une grande difficulté à commencer la miction et même de la rétention ». Il avait soigneusement distingué cette rétention *spasmodique* de la rétention *paralytique*, qu'on peut voir aussi dans l'hystérie. La première est caractérisée par la peine éprouvée à pousser la sonde dans tout le parcours de l'urèthre et par la force avec laquelle l'urine est expulsée quand la sonde a fini par pénétrer dans la vessie. La seconde, qui correspond à une paralysie du muscle vésical, du *detrusor urinæ* lui-même, et qui complique les paralysies intestinales, le météorisme, etc., se distingue par la facile introduction du cathéter et le peu de puissance du jet d'urine qui s'échappe par la sonde.

Chez les petits incontinents par rétention, auxquels nous faisons allusion, les choses ne se passent pas différemment. Le spasme de l'urèthre est très marqué; sur l'un de nos malades, on se le rappelle, il fallut l'anesthésie pour franchir avec la sonde la portion membraneuse du canal et quand la sonde eut pénétré dans la vessie, l'urine s'en échappa en grande quantité et avec force.

Civiale, qui avait si bien vu ces cas de rétention et de mictions par regorgement dans l'incontinence des enfants, et qui avait vu aussi ce qu'il appelait l'*irritabilité de leur canal*, c'est-à-dire la difficulté éprouvée à introduire une sonde dans leur vessie, ne paraît pas cependant avoir vu le rôle du *spasme uréthral* dans la production de ces rétentions.

Ce qui l'a frappé surtout, c'est la distension de la vessie et il serait plutôt disposé à admettre une sorte de paresse du muscle vésical lui-même. Il ne s'explique pas nettement à ce sujet, du reste, mais on sait que le cathétérisme méthodique et régulier, qu'il conseille contre l'incontinence, n'est qu'un moyen évacuateur, empêchant la distension vésicale et habituant petit à petit le muscle vésical à revenir sur lui-même et à recouvrer sa force contractile.

L'examen général du sujet permet de faire le reste du diagnostic et d'établir la cause première de la rétention. Presque toujours on découvrira des *stigmates hystériques* chez les petits malades. Chez l'un de ceux que nous avons observés, il y avait une lourde hérédité (mère sujette à des crises nerveuses fréquentes, père alcoolique avéré) et le malade lui-même était d'une émotivité extrême ; à la moindre interrogation, il versait des larmes, si on le regardait un peu fixement, ses yeux se mettaient à bouger et ses paupières clignotaient sans qu'il pût les retenir. Le second était très net encore au point de vue névropathique ; très impressionnable aussi, il était strabique d'un œil et avait eu de fortes convulsions étant tout petit. Le troisième (celui auquel nous pratiquâmes la boutonnière périnéale, comme nous le verrons plus tard), était bègue et hystérique, avec abolition des réflexes cornéen et pharyngien.

L'incontinence par regorgement pourrait dépendre d'une rétention produite non plus par la contracture sphinctérienne, mais bien par la paralysie du muscle vésical lui-même ; et cette variété se voit dans les maladies médullaires vraies ou l'hystérie adulte. Existe-t-elle dans l'incontinence névrose infantile? Nous avons vu que Civiale avait semblé admettre, dans les cas d'incontinence par regorgement qu'il avait observés, plutôt une distension paralytique du muscle vésical ; mais comme, dans ces mêmes cas, il signale de la contracture, de la défense uréthrale, on peut se demander si ce n'était pas le spasme qui était seul en jeu. Il n'est pas impossible, du reste, que l'hystérie de l'enfant ne puisse pas emprunter ce mécanisme dans quelques cas pour aboutir à l'urination par regorgement.

II

Comme on le voit, en somme, quelle que soit la catégorie dans laquelle on puisse ranger les différents incontinents que nous venons de passer en revue, quelle que soit la façon dont s'y prend leur névropathie pour aboutir à l'incontinence, ce sont tous *des névropathes*.

L'incontinence dite essentielle des enfants est toujours liée à une tare nerveuse. Trousseau avait déjà insisté sur les relations des névroses (hystérie, épilepsie) avec l'incontinence d'urine et Guinon a bien mis en évidence cette étiologie générale. « Toutes les causes diverses qu'ont imaginées les auteurs doivent être ramenées à une seule, l'hérédité nerveuse sous toutes ses formes, le nervosisme et la dégénérescence à tous les degrés (1). » Il arrive même à considérer l'incontinence nocturne comme un *stigmate d'hérédité nerveuse* lui-même.

« C'est un stigmate bénin, car s'il peut coïncider avec la dégénérescence intellectuelle, profonde, résultant d'une lourde hérédité psychique, il est aussi la manifestation discrète d'une hérédité nerveuse légère, du nervosisme bénin. Il peut même s'isoler complètement comme la dernière trace de cette hérédité. »

En recherchant les *antécédents héréditaires* de ces petits malades, on trouve des parents aliénés ou hystériques, ou choréiques, ou atteints de maladies nerveuses systématiques ; en recherchant soigneusement les *antécédents personnels*, ou en examinant le corps du malade, on retrouve toujours soit des accidents nerveux antérieurs (convulsions, somnambulisme, terreurs nocturnes, etc.), soit des caractères *somatiques* ou *psychiques* nets (signes d'une véritable imbécillité ou idiotie, ou, au contraire, signes de développement cérébral précoce, avec émotivité exagérée, neurasthénie, etc., enfants strabiques ou atteints de torticolis, de tics, etc.).

Cette influence nerveuse agit du reste, comme on l'a vu, par des mécanismes très divers, pour amener l'incontinence. Dans une première catégorie de cas, elle agit par la contraction trop facile et trop fréquente du muscle vésical qui est constamment en éveil, soit par suite d'une hyperesthésie de la muqueuse uréthro-prostatique qui le sollicite constamment, soit parce que des pensées, des idées fixes d'ordre urinaire le maintiennent en état d'éréthisme permanent (pollakiurie psychique), et ces malades sont des pollakiuriques le jour et des incontinents la nuit. Le jour, ils ont le temps et le pouvoir de résister plus ou moins à la contraction de leur vessie, ou, en tous cas, de choisir leur endroit pour satisfaire leur besoin ; la nuit, la paresse et l'engourdissement du sommeil aidant, ou sous l'influence de rêves mictionnels, ils pissent dans leurs draps.

Dans une seconde catégorie, l'influence nerveuse se traduit par le *spasme*, l'*occlusion du sphincter uréthral*. Le trouble moteur s'est transporté du muscle vésical sur l'appareil sphinctérien du col vésical et de l'urèthre profond. Et alors il peut se produire plusieurs conditions. Ou bien la vessie, tout en ne se vidant que péniblement et incomplètement, se vide cependant de façon suffisante pour éviter la rétention complète. Le sujet en est quitte alors pour avoir des besoins d'uriner plus fréquents que d'ordinaire et pour avoir recours à des mictions répétées : ce sera encore un *pollakiurique*, mais par rétention incomplète, et ce sera là encore une condition favorable à l'incontinence nocturne, puisque la vessie cherchera à se débarrasser de son résidu la nuit comme le jour, et que la nuit, le petit malade, endormi ou engourdi, cédera peut-être à sa contraction sans s'en rendre compte. Ou bien, dans les cas plus accentués, la rétention véritable apparaît, la vessie peut même se distendre et les mictions, de plus en plus réduites comme volume, n'arrivant pas, malgré leur fréquence, à débarrasser suffisamment le réservoir, l'*urination par regorgement* apparaît. Cette urination est, à l'inverse des incontinences pollakiuriques, aussi bien *diurne* que *nocturne*.

Il n'y aurait guère que les cas visés par M. Guyon qui seraient en dehors de la névropathie et ne pourraient pas être classés dans les incontinences-névroses. Et cependant, ici encore, on pourrait bien se demander si, au lieu d'une malformation originale du sphincter, de sa faiblesse congénitale, comme on l'a dit, il ne serait pas aussi plausible d'admettre une parésie sphinctérienne, d'origine névropathique aussi ; chez certains hystériques confirmés, on a bien signalé des paralysies dites du col vésical, amenant une incontinence complète ; ces paralysies du col amenant l'incontinence sont plus rares que celles du corps amenant la rétention hystérique, mais elles existent. Les cas où on

(1) Guinon. Loc. cit., p. 30.

constate objectivement, par l'exploration de l'urèthre, le relâchement du sphincter uréthral, peuvent, tout aussi bien que ceux où au contraire on constate la contracture, relever d'une influence unique, la névropathie. Nous n'avons pas rencontré de malades dans le genre de ceux qu'a visés M. Guyon, mais il est probable qu'en cherchant soigneusement chez eux, on dépisterait aussi des stigmates héréditaires ou personnels de nervosisme ou d'hystérie.

III

Peut-on essayer de faire le *diagnostic clinique* de ces différentes formes, de ces différents mécanismes qu'emprunte la névropathie pour produire l'incontinence? On conçoit l'importance qu'il y aurait à pouvoir le faire exactement, les moyens thérapeutiques devant nécessairement varier avec ces divers modes. Certainement il y aura bien des cas où ce diagnostic sera très délicat, parfois même impossible; mais souvent aussi, après une observation rigoureuse et prolongée, un examen méthodique du sujet, on pourra arriver à se faire une opinion qui guide le traitement dans telle ou telle direction (1).

Et d'abord on devra distinguer et séparer des autres les *incontinences par regorgement*, que nous avons décrites. Après tout ce que nous en avons dit, leur diagnostic sera facile. Le cathétérisme fera vite reconnaître une vessie pleine, même dilatée, en même temps que le spasme uréthral qui est généralement la cause de ces rétentions. Nous n'y reviendrons pas. Dans les cas exceptionnels, où on ne trouverait pas de contracture sphinctérienne expliquant cette rétention, on pourrait penser à de la parésie du muscle vésical, qui se voit peu chez l'enfant, comme nous l'avons dit plus haut, et qui est plutôt le fait de lésions médullaires vraies ou de l'hystérie de l'adulte. On pourra essayer, dans ces conditions, d'une injection vésicale; si la vessie se laisse distendre beaucoup sans réagir, si le liquide injecté ressort sans force, en bavant, on pourra peut-être penser à cette cause exceptionnelle, en l'absence d'autres directement constatables.

L'exploration attentive de l'urèthre donnera encore (surtout chez le garçon où il est particulièrement fécond en renseignements) de précieux indices sur les autres mécanismes de l'incontinence-névrose. Il révélera, dans certains cas, l'*atonie du sphincter uréthral* (catégorie de malades visés surtout par M. Guyon); ailleurs une *hyperesthésie très marquée* de la région profonde de l'urèthre, etc.

Si cette exploration est restée négative au point de vue des renseignements, on sera amené, par exclusion, à se rabattre, soit sur une *sensibilité anormale de la vessie à la distension* (Trousseau), soit sur les incontinences d'origine psychopathique. La sensibilité anormale du muscle vésical à la distension, on peut encore la dépister par des injections intra-vésicales, poussées lentement, avec douceur, en observant l'effet de la distension progressive de la vessie; on sera amené à admettre son influence causale, si la vessie refuse de se laisser distendre, même modérément, et repousse immédiatement les petites quantités de liquide qu'on lui injecte. En dernière analyse, et après avoir rejeté toutes les causes tangibles, objectivement constatables, de l'incontinence, on admettra l'incontinence psychique, la plus essentielle de toutes ces incontinences essentielles que nous avons passées en revue, la plus immédiatement dépendante de l'influence nerveuse centrale.

Dans l'étude pathogénique que nous avons faite, nous n'avons pas distingué les incontinences *suivant le sexe* de l'enfant, et nous n'avons pas indiqué les particularités qu'elles pouvaient revêtir, suivant qu'on avait affaire à des garçons ou à des filles. C'est que ces particularités sont peu importantes dans le fond.

L'incontinence nocturne n'est pas sensiblement plus fréquente chez les filles que chez les garçons; *a priori*, cependant, on pourrait le supposer si l'on n'admettait que l'atonie sphinctérienne, comme cause de l'incontinence, le sphincter de la vessie étant, chez la femme, beaucoup plus faible physiologiquement que chez l'homme.

Toutes les considérations que nous avons émises sont applicables à l'incontinence des deux sexes et il n'y a pas de distinctions sérieuses à signaler. Nous devons faire remarquer cependant que les cas d'incontinence par rétention, que nous avons observés, étaient tous les trois chez des garçons. Cela ne veut pas dire, bien entendu, que la rétention par spasme uréthral ne puisse pas s'observer chez les filles, et quand on la cherchera chez les petites incontinentes, peut-être la trouvera-t-on quelquefois. Chez les hystériques adultes, du reste, le spasme du col, aboutissant à la rétention complète, a été décrit depuis longtemps par Briquet. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la contracture de l'appareil sphinctérien chez la fille sera moins facilement mis en évidence que chez le garçon; la sonde aura bien de la peine à pénétrer dans la vessie, et il faudra forcer plus ou moins sur elle pour lui faire traverser l'urèthre, mais on n'aura plus la sensation si nette de l'obstacle et de la fermeture de l'urèthre membraneux, qu'on obtient chez le garçon avec l'explorateur uréthral.

IV

Traitement. — Après tout ce que nous avons dit, on pourra prévoir que la thérapeutique à appliquer aux incontinences-névroses de l'enfance devrait être celle de la névropathie elle-même, c'est-à-dire exclusivement médicale et identique dans tous les cas, quel que soit le mécanisme qu'emprunte cette névropathie pour réaliser l'incontinence.

Et, de fait, ce serait le seul traitement à appliquer, s'il parvenait à supprimer totalement la cause première de l'affection. Malheureusement on ne change pas aisément, et du jour au lendemain, une constitution, un tempérament, même par la thérapeutique la mieux appropriée. Il faut compter aussi avec le temps, avec l'évolution de l'être, qui, chez les jeunes sujets, peut faire disparaître ou tout au moins transformer les manifestations morbides; et conséquemment, quoique le traitement antinerveux doive faire le fond de la thérapeutique, il faut essayer aussi d'autres moyens pour hâter la guérison des accidents, ou les pallier tout au moins en attendant la disparition de leur cause première.

Or, si le traitement général antinerveux doit être unique, les moyens adjuvants dont nous parlons seront, au contraire, très variés, suivant les différentes formes que nous avons essayé de catégoriser. Nous ne pouvons, du reste,

(1) Il est bien entendu que l'examen local attentif de la vessie, de l'urèthre, du pénis ou de la vulve, etc., même de l'anus et du rectum, sera toujours fait de prime abord pour éliminer toutes les *incontinences symptomatiques* dont nous avons fait la brève énumération au début de ce travail.

que les esquisser rapidement en montrant le parti qu'on peut en tirer dans les principaux cas.

Si on a des raisons de supposer une excitabilité anormale de la vessie, une névrose musculaire du muscle vésical, qui le rend trop sensible même à une distension légère, le traitement classique par la belladone, indiqué par Trousseau, aura chances d'agir efficacement. Trousseau commençait par donner une pilule de 1 centigramme d'extrait de belladone le soir, au moment où l'enfant se couchait; ceci pendant plusieurs jours consécutifs. Au bout de quelque temps, on augmentait d'une pilule, puis, toujours progressivement, et en laissant l'enfant avec la même dose pendant plusieurs jours de suite, on poussait jusqu'à 6, 7, 8 et même 15 centigrammes, même si la guérison était obtenue, pour la maintenir, surtout s'il n'y avait pas de symptômes de saturation ou d'intolérance du médicament.

D'autres médicaments, qu'il serait fastidieux d'énumérer, ont donné des résultats dans les mêmes cas et entre différentes mains. Les uns se sont trouvés bien du bromure, d'autres du chloral, d'autres de l'opium. En réalité, dans ces cas, c'est exclusivement le traitement médical qui peut agir.

Se trouve-t-on en présence d'hyperesthésie de la muqueuse cervicale, uréthro-vésicale, amenant secondairement des besoins d'uriner trop fréquents? Ici encore les calmants généraux peuvent agir, mais déjà moins efficacement, car la plupart d'entre eux agissent comme des *antispasmodiques* et non comme des *anesthésiques*. C'est dans ces cas qu'on a pu avoir des succès plus ou moins durables avec des manœuvres locales, *instillations de cocaïne* au niveau de la région cervicale et dans l'urèthre profond, même le *cathétérisme simple*, sur la valeur thérapeutique duquel Civiale avait déjà insisté, sans chercher à analyser exactement la façon dont il agissait. On peut s'en faire une idée cependant : sous l'influence du passage régulier de bougies, un peu volumineuses surtout, et faisant une sorte de dilatation, la région hyperesthésiée finit par se calmer, la sensibilité anormale s'émousse petit à petit et la pollakiurie qui en était la conséquence directe s'amende.

Nous avons déjà dit que les *incontinences par anesthésie* de la région uréthro-cervicale, et dont on avait parlé beaucoup autrefois, n'existent pas ou très rarement peut-être, dans les incontinences-névroses. Cette forme *anesthésique* ne se voit guère que dans les lésions médullaires vraies, dans les incontinences symptomatiques par conséquent. C'est contre elle que certains auteurs ont proposé *des cautérisations* de l'urèthre postérieur, à l'aide de divers agents solides ou liquides (porte-crayon de Lallemand, solutions argentiques ou cupriques, etc.), pour réveiller la sensibilité de la région, permettre au malade de sentir vivement l'engagement de l'urine dans l'urèthre profond et de se défendre contre son issue involontaire.

A-t-on affaire aux cas étudiés par M. Guyon, et dans lesquels l'exploration directe du canal dénote de la paresse ou de l'atonie sphinctérienne? Trousseau qui, à côté des cas d'excitabilité anormale de la vessie, avait rangé aussi ceux qui, au contraire, relevaient d'un sphincter insuffisant, avait conseillé pour eux la noix vomique, sous forme de *sirop de sulfate de strychnine* (5 centigrammes pour 100 grammes de sirop de sucre). Chez les enfants de cinq à dix ans, il commençait par deux cuillerées à café (5 milligrammes environ) par jour, une le matin, une le soir. En laissant, au bout de deux jours d'administration du médicament, deux jours de repos au malade, on augmentait d'une cuillerée à café; puis toujours ainsi progressivement jusqu'à six cuillerées à café, puis encore six cuillerées à dessert, et enfin même six cuillerées à bouche par jour, en suivant toujours les mêmes règles.

C'est à ces cas que M. Guyon a appliqué le traitement rationnel de *l'électrisation du sphincter*. Il introduit, chez les garçons, sa bougie revêtue d'un manchon isolant et à olive métallique découverte, dans l'urèthre profond; chez les filles, dans l'intérieur du col, en l'enfonçant dans la vessie d'abord, puis en la retirant jusqu'à ce que le talon vienne appuyer sur le col. La bougie est reliée au pôle négatif, l'autre électrode est placé sur la symphyse. Le courant est induit, à interruptions rares, et la séance varie autour de cinq minutes. Bien d'autres façons d'appliquer l'électricité ont été indiquées; mais on s'est toujours servi de courants faradiques.

Pour combattre *l'influence psychique*, l'influence du *rêve mictionnel*, on peut disposer de différents moyens. On peut tout d'abord s'attacher à rendre le sommeil plus léger pour permettre au petit pollakiurique de se lever pour satisfaire son besoin d'uriner; on a conseillé un peu de *thé*, de *café*, au repas du soir, mais ce sont là peut-être des armes à double tranchant, chez certains enfants dont la névropathie revêt la forme d'éréthisme. Il y a longtemps qu'on a parlé aussi, et cette thérapeutique est populaire, *des réveils réguliers* et *plus ou moins fréquents* imposés au petit malade la nuit; cette méthode peut donner à la longue des résultats, en habituant petit à petit la vessie à des évacuations réglées pour telle ou telle heure de la nuit : le nombre de ces réveils forcés se proportionnera à l'intensité de la pollakiurie pendant le jour.

Faut-il *punir* et *terroriser* les petits incontinents? Les avis sont partagés. Les uns soutiennent qu'en les terrorisant, ils perdent de plus en plus confiance dans leur pouvoir de retenir leurs urines la nuit; la crainte de la punition attire encore davantage leur attention sur leur fonction urinaire, augmente leur préoccupation mictionnelle et aggrave par conséquent leur état. Il faut réserver, disent-ils, cette méthode thérapeutique aux enfants d'une certaine classe, mal éduqués au point de vue de la propreté, auxquels on n'a pas appris à être propres de bonne heure ou à ceux chez lesquels la paresse paraît jouer un rôle prépondérant. Les autres, au contraire, prétendent que ce traitement agit d'une façon heureuse en frappant le cerveau de l'enfant par une sorte de *suggestion*.

Cette influence de la *suggestion* a été utilisée encore de bien des manières. On a essayé les *injections sous-cutanées douloureuses*, la *mise en scène d'une entrée à l'hôpital* ou *dans une salle d'opérations*, etc.; enfin on a appliqué la *suggestion hypnotique*. Liébeault [de Nancy (1)] dit avoir obtenu ainsi des succès sérieux. Voici comment on peut procéder. On tâche, après des tentatives plus ou moins nombreuses et dont le nombre dépend, bien entendu, de la susceptibilité nerveuse du sujet, d'obtenir le sommeil hypnotique. Une fois celui-ci arrivé, on suggère à l'enfant de se lever à heures fixes pour uriner; puis, petit à petit, on espace davantage ces heures pour arriver à ne faire uriner l'enfant qu'une fois par nuit; et enfin on finit par lui défendre de se lever pour uriner avant l'heure de son réveil. Ce traitement peut sans doute donner des succès, mais nous ne le con-

(1) *Rev. de l'hypnotisme*, sept. 1886.

seillerions pas volontiers. On sait aujourd'hui, en effet, que beaucoup de ces malades névropathes, qu'on a guéris par l'hypnotisme de maladies diverses, ont fini par être absolument détraqués par l'hypnotisme lui-même, et qu'au lieu d'avoir une simple manifestation névropathique isolée, ils avaient, en fin de compte, une déséquilibration généralisée.

Les incontinences d'origine psychopathique pure, et qui dépendent uniquement du rêve mictionnel nocturne, restent, en somme, comme les plus difficiles à guérir; le traitement mental seul peut avoir de l'influence sur elles et, malheureusement, cette thérapeutique, ici comme ailleurs, est encore dans l'enfance. Ces incontinents psychiques guérissent spontanément, à un moment donné, quand ils commencent à devenir adultes et que d'autres préoccupations, les préoccupations génitales notamment, les envahissent : les rêves amoureux remplacent alors les rêves mictionnels et l'incontinence nocturne s'en va. Mais, plus tard, ce sont des sujets qui deviennent des hypocondriaques génitaux, qui grossissent les rangs des pseudo-spermatorréiques ou des malades qui, après une blennorragie, s'hypnotisent eux-mêmes sur leur canal pour en voir sortir constamment la goutte imaginaire.

Nous arrivons maintenant aux cas de *rétention d'origine spasmodique*, que nous avons bien mis en relief. A ceux-là un traitement local paraît très efficace, si on en juge par les constatations déjà faites par Civiale et par les deux cas que nous avons eu à soigner dans cette catégorie. Ce traitement sera le passage régulier de sondes, pendant un certain temps et une fois par jour au moins.

Voici comment nous avons procédé chez deux de nos malades : une fois par jour seulement on évacuait complètement le contenu de la vessie avec la sonde; puis de temps en temps (deux fois par semaine environ) on passait après la sonde évacuatrice deux ou trois bougies Béniqué, pour faire une légère dilatation du sphincter uréthral (le numéro de la bougie dilatatrice étant proportionné au calibre de l'urèthre du sujet, suivant son âge). La durée de ce traitement dura un mois chez les deux malades. Dès les premières séances de cathétérisme, l'amélioration apparut. Au bout d'une quinzaine de jours, l'incontinence, de diurne et nocturne qu'elle était, ne se montra plus que la nuit (on sondait le malade le matin et il est probable que le soir et la nuit la rétention recommençait); puis, elle disparut tout à fait, même la nuit. Actuellement le résultat s'est maintenu chez les deux petits malades revus; il date de dix mois pour l'un d'eux et de onze mois pour l'autre. On n'a donc pas le droit de prononcer le mot de guérison définitive, car les deux observations ne sont pas anciennes et peut-être les accidents de rétention spasmodique pourront-ils réapparaître; mais il n'en reste pas moins vrai que le traitement par le cathétérisme a agi efficacement dans ces cas et que les parents sont très contents du temps gagné.

Je sais bien qu'on pourra nous dire ceci : « Vos deux petits malades sont des hystériques avérés; tout traitement pouvait réussir chez eux. Vous avez employé le cathétérisme, logique dans ces cas, puisqu'il y avait de la rétention; mais vous auriez peut-être réussi à faire cesser celle-ci avec une autre méthode, même insignifiante et très détournée, comme celle qu'on voit parfois réussir merveilleusement et rapidement dans les manifestations hystériques. Peut-être même le spasme et la rétention consécutive eussent-ils cessé spontanément et à certains moments, sans que vous y fissiez rien du tout. »

On pourrait discuter *théoriquement* longtemps de la sorte, surtout quand on se sert d'arguments comme ceux-là : vous avez un résultat en faisant tel traitement, vous auriez peut-être eu le même en ne faisant rien. Mais en tous cas, *pratiquement*, comme c'est après ce traitement que le résultat est apparu, on est bien en droit de le recommander.

Sur un troisième malade, atteint lui aussi de rétention d'origine spasmodique, et avant de connaître les résultats que pouvait fournir le simple cathétérisme, nous avons procédé différemment. Actuellement, sachant que le cathétérisme simple peut donner des résultats équivalents, nous ne referions plus ainsi; mais il nous paraît intéressant de relater ce que nous avons tenté. Cet enfant, qui faisait la désolation de ses parents, qui faisait nuit et jour dans ses vêtements et ses draps, depuis plus de deux ans (et il avait douze ans), avait une contracture telle que non seulement l'essai de l'introduction d'une bougie quelconque était très douloureux, mais l'introduction elle-même impossible, et malgré plusieurs tentatives faites à différentes reprises. On dut donner de l'éther au petit malade et l'endormir pour pouvoir passer le cathéter. Voyant qu'il s'agissait là d'un spasme extrêmement serré du sphincter uréthral, et ne pensant pas que le simple cathétérisme pût le faire cesser, nous profitâmes de l'anesthésie pour pratiquer rapidement une boutonnière périnéale, et, par elle, faire ensuite extemporanément la dilatation progressive immédiate de l'urèthre profond et du col vésical avec les bougies d'Hégar. Nous passâmes jusqu'au n° 8 de ces bougies. Cette dilatation périnéale et ses suites se passèrent sans aucun incident. Le petit malade perdit quelque temps ses urines par le périnée et eut cette fois une véritable incontinence, au sens vrai du mot, puisqu'il n'avait plus de fonction sphinctérienne pour retenir l'urine, son sphincter ayant été forcé par la dilatation; puis au bout d'un mois environ, la plaie périnéale fut cicatrisée; l'urine reprit son cours normal, et, le spasme ayant cessé, les mictions se firent normalement. Le petit malade fut guéri. Le résultat date d'une année.

Il nous resterait à examiner les cas où l'incontinence par regorgement serait due à une rétention non plus d'origine spasmodique, mais d'origine parétique ou paralytique, le muscle vésical étant devenu plus ou moins atone. Nous avons dit déjà combien ces cas sont hypothétiques dans l'incontinence infantile. Si cependant on en rencontrait de ce genre, la méthode la plus rationnelle serait les séances d'*électrisation du corps de la vessie lui-même*, jointes à des *cathétérismes évacuateurs* réguliers, comme le faisait Civiale pour corriger les effets de la distension. On pourrait encore mettre en œuvre quelques injections intra-vésicales légèrement irritantes ou caustiques (nitrate d'argent, par exemple) pour solliciter la contractilité du muscle vésical.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des vomissements alimentaires des tuberculeux.

M. Mathieu fait le raisonnement suivant : les tuberculeux vomissent après le repas, parce que les aliments viennent exciter la muqueuse stomacale innervée, comme les poumons, par le pneumogastrique : il faut donc s'en prendre à la muqueuse stomacale, point de départ du réflexe expulsif. On obtient un bon résultat en faisant avaler, soit de petits morceaux de glace, soit deux à quatre cuillerées à bouche,

d'eau chloroformée, étendue d'une certaine quantité d'eau et espacées de dix minutes en dix minutes; on peut enfin donner trois à quatre cuillerées à bouche, espacées après le repas, d'une potion ainsi formulée :

Menthol. . . . . 20 centigrammes.
Julep gommeux . . . . 150 grammes.

L'eau chloroformée constitue la médication la plus efficace des trois. Depuis que l'auteur emploie ce procédé, il est exceptionnel que les tuberculeux de son service vomissent après le repas.

Lithiase biliaire.

Dunin conseille l'iodure de potassium dans l'intervalle des accès francs et surtout chez les malades qui conservent pendant longtemps de l'endolorissement persistant de la région hépatique.

Iodure de potassium . . . . 20 grammes.
Eau distillée . . . . 300 —

Commencer par une cuillerée à café par jour et augmenter progressivement sans dépasser trois cuillerées à café par jour. (*Abeille médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 janvier 1897. — Présidence de M. Monod.

RAPPORT

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu tiré à blanc. — M. MICHAUX fait un rapport sur une observation de M. le docteur Chupin. Il s'agit d'un soldat qui se tira dans le ventre un coup de carabine Lebel chargée à blanc, voulant montrer à ses camarades l'immunité de ces coups. Il fut amené à l'hôpital avec une plaie pénétrante du flanc gauche et une fracture de la crête iliaque antéro-supérieure, causée par la balle de carton de la cartouche. L'orifice d'entrée était brûlé par la poudre et présentait des débris de vêtements. M. Chupin, craignant qu'il n'existât une plaie de l'intestin, fit la laparotomie latérale deux heures après l'accident et trouva le péritoine déchiré; mais il ne trouva aucune perforation intestinale. La plaie fut refermée et le blessé guérit sans complications.

M. Chupin fit plusieurs expériences sur le cadavre qui démontrent qu'un coup de feu d'une arme de guerre tiré à blanc, à bout portant, perfore la paroi abdominale, mais ne blesse pas l'intestin. Ces effets sont déterminés par la balle de carton et par l'action explosive de la poudre. Même sans la balle de carton le coup peut déterminer des blessures graves de la peau et des organes sous-jacents, tels que le foie, la rate ou le cœur. D'après cette observation de M. Chupin et les expériences auxquelles il s'est livré, ce serait donc une grave erreur de croire à l'immunité des coups de feu tirés à blanc avec les armes de guerre.

M. ROBERT fait observer que tous les médecins militaires connaissent bien les accidents graves que peuvent déterminer les coups de feu tirés à blanc. Il rappelle que la cartouche est formée par une balle de carton vernie, qui, réduite en petits fragments par l'explosion, forme une gerbe de projectiles très vulnérants en raison de leur vitesse initiale qui est de 700 mètres par seconde. Ces projectiles peuvent occasionner de graves désordres, traverser les tissus sur une grande profondeur. Même sur les planches de sapin, ils déterminent des effets analogues à ceux de la dynamite. La poudre contenue dans ces cartouches possède une puissance d'expansion considérable, qui est nécessaire pour actionner ces balles. Ces projectiles sont, en somme, très dangereux, tirés à une distance de moins de 2 mètres.

Anévrysme cirsoïde de la région temporale. — M. NÉLATON fait un rapport sur une observation adressée par M. Roux (de Brignoles). Il s'agit d'un anévrysme cirsoïde de la région temporale droite, qui débuta à l'âge de six ans, à la suite d'une chute. C'est à l'âge de vingt-deux ans que ce malade vint consulter M. Roux pour des hémorragies qui se produisaient au niveau de la tumeur. Celle-ci avait envahi les régions temporale, malaire et sus-orbitaire; elle était le siège de pulsations, de thrill dont le malade avait parfaitement conscience. Il demandait à être débarrassé de cette tumeur. Il existait déjà de petites dilatations vasculaires dans la région temporale gauche. M. Roux lia la carotide externe, puis il enleva la tumeur temporale droite. Il constata, après la cicatrisation, la disparition des dilatations vasculaires du même côté. Mais après quelques mois, les dilatations vasculaires du côté opposé s'accentuèrent et devinrent très volumineuses.

L'examen histologique de la tumeur enlevée montra qu'il n'y avait pas de communications artério-veineuses. Il s'agissait d'une péri-artérite et d'une endo-artérite des artères.

Fracture du cubitus avec luxation du radius. — M. SCHWARTZ lit un rapport sur une observation de M. le docteur Chevassu, qui a trait à un jeune homme de vingt ans qui eut une fracture du cubitus au tiers moyen par coup de pied de cheval et qui fut immobilisé pendant cinq semaines. Lorsqu'on eut enlevé l'appareil, on s'aperçut de l'existence d'une luxation de l'extrémité supérieure du radius. La tête de cet os faisait une saillie en avant, au pli du coude. L'extension du bras était complète, mais la flexion était très limitée. De même, les mouvements de pronation et de supination étaient très peu étendus. M. Chevassu pratiqua la résection de la tête du radius, ce qui permit au malade de recouvrer presque tous ses mouvements, et ce qui le débarrassa de ses douleurs.

M. Schwartz ajoute que, généralement, la luxation en avant de la tête du radius s'accompagne de la fracture du cubitus. Le même traumatisme produit les deux lésions. Il admet que la résection est le meilleur mode de traitement de ces anciennes luxations.

Pseudarthrose consécutive à une fracture de jambe. — M. PICQUÉ analyse sommairement une observation de M. Ferraton consécutive à une fracture compliquée des deux os de la jambe chez un jeune homme de vingt-cinq ans. Huit mois après, cette fracture n'était pas encore consolidée. Il y avait un cal fibreux. Il y avait chevauchement des fragments du tibia et du péroné. M. Ferraton pratiqua la résection des fragments et sutura les deux bouts du tibia. La guérison fut complète.

Anévrysme faux primitif du mollet. — M. PICQUÉ rend compte d'une observation communiquée par M. Hartmann. Un homme reçoit un coup de couteau à la partie antérieure de la jambe. Il apparaît consécutivement dans le mollet une tumeur avec souffle, battements et douleur. La compression de l'artère poplitée arrête les battements. Après avoir placé des bandes d'Esmarck, M. Hartmann ouvre la tumeur et trouve des caillots, mais il ne peut découvrir le vaisseau qui donne du sang. Il bourre la plaie avec de la gaze iodoformée et applique un pansement ouaté compressif. La plaie se cicatrisa par seconde intention, l'anévrysme ne reparut pas.

La séance est levée.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 janvier 1897.

Il y a onze ans, le chiffre des examens à la Faculté de médecine de Paris était de 3856.

Pendant l'année scolaire suivante, c'est-à-dire :

En 1886-1887	il a été de	4076
1887-1888	—	5082
1888-1889	—	5165
1889-1890	—	5597
1890-1891	—	5468
1891-1892	—	5910
1892-1893	—	6803
1893-1894	—	8340
1894-1895	—	8238
1895-1896	—	8955

Ainsi, pendant l'année scolaire qui vient de s'écouler, 8955 examens ont été subis. On croirait volontiers, en voyant doublées, grâce au nouveau régime d'études, les épreuves qu'ont à subir les nouveaux étudiants, que le niveau scientifique doit s'élever proportionnellement et qu'il est aujourd'hui plus difficile qu'autrefois d'acquérir le titre de docteur de la Faculté de Paris. Ce serait là une profonde erreur que les chiffres se chargent de détruire.

En effet, en 1894-1895, sur 8238 épreuves, il y avait eu 1394 ajournements. En 1895-1896, sur 8955 épreuves, il y a eu 1319 ajournements, *soit 717 épreuves en plus et 75 ajournements en moins*. Ainsi le fait brutal est là, les épreuves ont été multipliées et le résultat a été tout autre que celui qui était évidemment attendu : les ajournements sont de plus en plus rares et l'examen tend de plus en plus à devenir une simple formalité, dont la consignation à la caisse sera la partie principale et dont l'épreuve devant le jury sera la partie tout à fait accessoire. Chose curieuse, plus les matières exigées des candidats sont importantes au point de vue professionnel et purement médical, plus l'indulgence des juges paraît grande. Voici, en effet, la proportion pour 100 des ajournements :

1er examen		38,96 p. 100.	
2e examen	1re partie (anatomie)	22,70	—
	2e partie (physiologie)	13,73	—
3e examen	1re partie (pathol. externe).	13,50 p. 100.	
	2e partie (pathol. interne).	15,13	—
4e examen, thérapeutique, méd. légale.		14,51	—
5e examen	1re partie { chirurgie / accouchem. }	7,39	—
	2e partie (médecine)	6,55	—
Thèse		0,33	—

Ainsi, au premier examen qui porte, quoi qu'on puisse dire, sur des matières accessoires, la proportion des refus est près de 40 p. 100, tandis que de suite elle tombe à 13 p. 100, pour la pathologie et à 6 et 7 p. 100 pour la clinique!

Ainsi, cet examen clinique, qui termine à vrai dire les études, qui est l'épreuve ultime, celle qui doit consacrer docteur, car de la thèse il ne saurait être question, cette épreuve est tellement dénuée de valeur, que 93 p. 100 des candidats la subissent d'emblée, sans ajournement, et même si l'on veut aller plus loin, ce n'est plus à 7 p. 100, mais à 3 ou 4 p. 100 que tombe la proportion des refus pour le cinquième examen; car la première partie comprend un examen de clinique chirurgicale et un examen de clinique obstétricale. Ce sont ces deux examens réunis qui donnent une proportion de 6 p. 100 d'ajournement, soit 3 p. 100 pour chacun d'eux. C'est à dire que l'examen, incontestablement le plus difficile et le plus important, n'existe plus à la Faculté de Paris, et qu'en définitive, les épreuves éliminatoires n'existent plus guère chez nous. Il suffira bientôt de passer régulièrement à la caisse chaque année, pour retirer directement du caissier principal, au bout du temps légalement assigné, une quittance générale des droits acquittés qui tiendra lieu de diplôme.

Séance de rentrée à la Société médicale des hôpitaux (8 janvier). M. le professeur Debove, élu président pour l'année 1897, prend possession du fauteuil.

M. Dalché fait une communication **sur le lavage du sang.** L'observation principale de son travail est un cas d'endocardite infectieuse, consécutive à un abcès de la région du genou avec lymphangite de la jambe. Il a été fait dans la veine cinq injections d'un litre de sérum artificiel, préparé d'après la formule de M. Hayem. Chaque fois il y a eu un frisson intense et une élévation de la température au-dessus de 41 degrés. La température retombait ensuite au-dessous de son degré primitif. La défervescence définitive eut lieu

peu de temps après la dernière injection et la malade put sortir de l'hôpital.

M. Dalché insiste sur le danger qu'il peut y avoir à faire des injections de sérum artificiel chez des sujets dont le cœur et les reins seraient fortement lésés.

Il est difficile de ne pas voir sans une certaine inquiétude de pareilles ascensions thermiques succéder à l'injection intraveineuse, et l'indication de la transfusion de la solution chlorurée, dans les états infectieux autres que le choléra, ne nous paraît pas encore définitivement établie. Par contre, nous pensons qu'on peut avoir recours avec avantage aux injections hypodermiques de sérum artificiel à doses élevées lorsqu'il y a des phénomènes marqués de dépression générale au cours des états infectieux. La réaction thermique est beaucoup moins marquée que celle qui succède aux injections intraveineuses, ce qui indique une perturbation moins intense de l'organisme.

On discute actuellement pour savoir si la typhlite existe réellement indépendamment de l'appendicite. L'existence d'une inflammation de l'S iliaque, à la suite de l'accumulation des matières fécales dans sa cavité, plaiderait en faveur de la colite limitée, cæcale ou autre, développée sous l'influence de la coprostase. M. Galliard rapporte un nouvel exemple de **sigmoïdite aiguë** de cet ordre. Malheureusement, il n'est pas absolument démonstratif. En effet, la malade à sa sortie de l'hôpital conservait dans la fosse iliaque gauche une tumeur grosse comme un œuf. N'y aurait-il pas là autre chose qu'une simple inflammation péricolique? La stase et l'inflammation ne seraient-elles pas attribuables à une lésion organique localisée en ce point?

M. Galliard a observé dans l'hydro-pneumothorax gauche une zone transverse présentant à la percussion un son hydro-aérique à timbre métallique. Il montre comment le voisinage de l'estomac distendu par des gaz pourrait, du côté gauche, donner naissance à un bruit métallique analogue, capable de faire croire à l'existence d'un pneumothorax, alors qu'il n'y aurait, en réalité, qu'un épanchement pleurétique limité de la base.

Un jeune homme, entré dans le service de M. Moutard-Martin, présentait à droite du sternum des battements avec thrill qu'on avait pu, dans un autre service, attribuer à un anévrysme de l'origine de la crosse de l'aorte. La radiographie, pratiquée par M. Bouchard, permit de reconnaître que l'ombre du cœur manquait à gauche de la colonne vertébrale; par contre, le foie était à sa place à droite. Il n'y avait donc pas inversion des viscères, mais déviation pathologique du cœur. L'aplatissement considérable du thorax à droite, le défaut de transparence de la poitrine de ce côté, la matité, les bruits cavitaires ou pseudo-cavitaires perçus par l'auscultation amenèrent à penser qu'il y avait de la sclérose pleuro-pulmonaire du poumon droit. Nouvel exemple de l'intervention des rayons de Rœntgen dans le diagnostic des lésions intra-thoraciques.

Nos lecteurs se rappellent que M. Fernet a traité, avec succès par des injections de naphtol camphré, un malade atteint de lymphadénome. Il vient d'avoir l'occasion de faire l'autopsie d'une jeune fille, également atteinte de lymphadénome, qu'il avait traitée de la même façon. Dans les ganglions qui avaient reçu le naphtol camphré, il existait, au niveau des injections, une masse nécrosée dans laquelle l'examen microscopique ne pouvait plus déceler aucune trace d'organisation cellulaire.

On surprend donc ici le processus de rétrogression à sa phase première; la masse caséiforme nécrosée se trouve, sans doute, plus tard, résorbée, éliminée et la sclérose comble la perte de substance.

Le naphtol camphré, sans être une substance inoffensive, peut donc être employé en injections modificatrices, soit dans les séreuses, comme l'a montré M. Rendu dans la péritonite tuberculeuse avec ascite, soit en injections interstitielles, dans certaines adénopathies hypertrophiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Hémorragie du placenta prævia ou hémorragie du placenta normalement inséré (1)?

Par le docteur P. Puech,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

I

Il est entré dans le service de la clinique obstétricale une femme en travail, à l'occasion de laquelle nous avons eu à nous poser une intéressante question de diagnostic.

Cette jeune femme, âgée de vingt et un ans, primigeste, sans autres antécédents qu'une fièvre typhoïde, survenue à l'âge de huit ans, est enceinte de sept mois environ. La menstruation, à l'ordinaire régulière et abondante, s'est montrée pour la dernière fois du 10 au 18 avril; et avec la suppression des règles n'ont pas tardé à se produire les phénomènes qui accompagnent habituellement une grossesse.

Jusqu'à ces trois dernières semaines, la grossesse a paru évoluer d'une façon très normale; mais, depuis cette époque, la malade a remarqué que ses pieds et ses jambes s'enflaient notablement, et que les membres inférieurs étaient devenus le siège de fourmillements très désagréables; depuis lors aussi, elle se plaint de maux de tête et éprouve, à certains moments, la sensation d'une constriction à la partie inférieure de la poitrine.

De toutes ces manifestations elle ne se préoccupait guère, lorsque le 13 novembre, à six heures du matin, elle fut prise, étant au lit, et sans cause appréciable, d'un écoulement de sang par les organes génitaux. Cette perte, assez abondante pour obliger la malade à se garnir, est constituée par du sang liquide et des caillots. A dix heures et demie, le ventre devient dur et douloureux; les douleurs se font surtout sentir dans la région des reins et ne tardent pas à se rapprocher de plus en plus, au point de devenir presque continues.

Convaincue dès lors qu'elle est menacée d'accoucher bientôt, notre femme quitte Cette, son domicile habituel, et arrive à Montpellier à une heure de l'après-midi, après un trajet de trois quarts d'heure en chemin de fer. Elle se fait transporter aussitôt à la clinique, où nous la voyons peu après son entrée.

Après avoir recueilli les renseignements qui précèdent et fait pratiquer la toilette antiseptique des régions génitale et péri-génitale, nous avons procédé à l'examen direct de la parturiente. . . . .

---

(1) Leçon faite à la Clinique d'accouchements (suppléance de M. le professeur Grynfeltt).

L'état général est excellent : au pouls, ni petit ni dépressible, on compte 70 pulsations; la peau et les muqueuses n'offrent pas de décoloration; pas de tendance aux syncopes.

Au niveau des malléoles, la pression de l'index détermine facilement la production d'une empreinte, indice de l'infiltration œdémateuse.

Par l'orifice vulvaire s'écoule un peu de sang liquide; cet écoulement augmente au moment de la contraction utérine, et il s'y mêle alors quelques petits caillots. A considérer les linges qui garnissaient la femme et la chemise dont elle était revêtue lors de son entrée dans le service, l'hémorragie paraît avoir été assez abondante.

En portant la main sur le ventre, on est frappé tout d'abord par la dureté grande de l'utérus. On en délimite facilement les contours; son fond remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Mais, par contre, il est impossible d'apprécier d'une façon exacte la disposition de l'ovoïde fœtal : nous avons cru sentir la tête au niveau du détroit supérieur, sans pouvoir, toutefois, catégoriquement l'affirmer. Au cours de cette exploration, rendue difficile par l'état de tension permanente de l'utérus, la femme accuse une douleur des plus vives chaque fois que la main arrive sur la région latérale gauche de l'organe. Elle crie d'ailleurs d'une façon à peu près continue, les contractions utérines ne lui laissant guère de repos.

L'auscultation ne nous a pas permis d'entendre les bruits du cœur du fœtus : du reste, la femme déclare ne plus sentir les mouvements de l'enfant, perçus encore le matin même, lorsque l'hémorragie a commencé.

A travers le col effacé et dilaté comme une pièce de deux francs, on sent la poche des eaux presque constamment tendue, et, derrière elle, point de partie fœtale. Ce n'est qu'en portant le doigt très haut, dans le cul-de-sac antérieur du vagin, que l'on arrive à sentir la tête fœtale, encore au-dessus du détroit supérieur. On cherche vainement le promontoire qui reste inaccessible. Le doigt est retiré couvert de sang et de quelques petits caillots noirâtres.

A quoi fallait-il rapporter cette hémorragie et les diverses particularités que nous venons de relater?

La première pensée qui pouvait assez légitimement se présenter à l'esprit était d'incriminer l'insertion basse du placenta, le placenta prævia. Outre que l'insertion du placenta sur le segment inférieur constitue de beaucoup la cause la plus commune des hémorragies survenues au cours de la grossesse, nous trouvions dans le cas présent quelques-uns des caractères appartenant aux hémorragies qui reconnaissent cette cause.

C'est d'abord le mode d'apparition de l'hémorragie qui, sans cause appréciable : coup, chute, effort; sans être annoncée par des phénomènes précurseurs, surprend brusquement la femme en plein repos au lit ; — c'est l'époque où l'hémorragie est survenue, septième mois de la grossesse : vous savez, en effet, que si l'hémorragie due à l'insertion basse du placenta peut se montrer à toutes les époques de la grossesse et même est cause assez fréquente d'avortement, elle s'observe surtout dans les trois derniers mois; — c'est encore la marche de cette hémorragie, ne s'accompagnant d'aucune douleur, silencieuse pendant les quatre premières heures qui ont suivi son apparition, et, lorsque les contractions se déclarent, devenant plus abondante au moment où l'utérus se resserre sur son contenu. — Enfin, d'autre part, le défaut d'engagement de la tête fœtale, en l'absence de toute pelviviciation, pouvait être mis sur le compte de la présence du placenta au niveau du segment inférieur.

Néanmoins, l'exploration intra-utérine de la partie inférieure de l'œuf ne nous avait pas permis de reconnaître à quelques cotylédons la présence du placenta au voisinage de l'orifice cervical, ni de sentir l'épaississement rugueux qu'offrent les membranes lorsqu'on se rapproche de leur insertion placentaire. Et, en même temps, nous faisions d'autres constatations très importantes, puisque c'est grâce à elles que, repoussant l'idée d'un placenta prævia, j'ai cru devoir m'arrêter au diagnostic que m'ont entendu porter ceux d'entre vous présents à l'examen et à l'accouchement de cette femme : hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Entre la paroi utérine et le placenta inséré dans une région autre que le segment inférieur, il peut se faire, en effet, un épanchement de sang plus ou moins considérable, qui constitue ce que les auteurs ont décrit sous les noms d'hémorragies rétro-placentaires, d'hémorragies internes de l'utérus gravide, d'hémorragies latentes ou occultes, d'hémorragies du placenta normalement inséré.

Signalées par Guillemeau et Louise Bourgeois, observées par Mauriceau, Peu, Levret, Puzos, bien décrites par Baudelocque, ces hémorragies ont été niées par Mme Boivin et par Mme Lachapelle, et plus près de nous par Stoltz. Il n'est plus possible, à l'heure actuelle, d'en contester la réalité : les travaux de Braxton-Hicks, de Goodell, de Pilat, de Brunton, de Coë, de Mme Henry, les observations publiées par des accoucheurs d'une grande autorité, enfin, les belles pièces anatomiques recueillies par Winter et MM. Pinard et Varnier, ont mis hors de doute l'existence des hémorragies inter-utéro-placentaires.

Après s'être épanché entre les parois de l'œuf et celles de l'utérus qu'il sépare dans une certaine étendue, le sang peut rester accumulé dans l'espèce de loge que forme l'œuf demeuré adhérent à l'utérus autour de la collection; il y a alors hémorragie interne. D'autres fois, le sang, continuant son œuvre de décollement, se fraie un chemin jusqu'au niveau du col et s'écoule en plus ou moins grande abondance au dehors; avec l'hémorragie interne coïncide une hémorragie externe : il y a hémorragie mixte. — C'est à cette seconde variété que nous avions affaire, en admettant que notre diagnostic fût exact.

HOPITAL NECKER. — M. Routier.

L'appendicite (1).

II

Je viens d'avoir fort à point un cas magnifique pour démontrer une fois de plus que, même quand il y a tumeur, celle-ci n'est pas due au cæcum et en est absolument distincte.

La malade dont il s'agit : jeune femme de vingt-cinq ans, a eu ses premiers accidents le 1er décembre 1896. Elle a eu tous les accidents qu'on désignait sous le nom de typhlite, y compris une belle tumeur en boudin, que non seulement

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 9.

on sentait à la palpation, mais encore qui était visible; le ventre de cette malade était rendu asymétrique par la tuméfaction de sa fosse iliaque droite.

Je n'ai pas craint, au moment de l'opérer, de brûler mes vaisseaux en déclarant à mes élèves que certainement le cæcum n'était pas malade.

J'ai fait une incision sur la tumeur; non sans difficulté, je suis arrivé dans le ventre; là, j'ai circonscrit cette tumeur que je vous apporte, qui ressemblait à l'intestin enflammé; elle a 13 centimètres sur 6, vous pourrez voir qu'elle est constituée par des exsudats épais de 2 à 4 centimètres, circonscrivant une cavité qui était pleine de pus, où on voit des débris de l'appendice, et sur tout son côté interne l'insertion et l'épaississement de l'épiploon.

Pour affirmer la véracité de mes assertions, je ne me suis pas contenté d'ouvrir ce qui était en somme un abcès appendiculaire; j'ai enlevé tout, lié l'appendice à son insertion au cæcum, lié et réséqué l'épiploon, et j'ai pu rentrer dans le ventre l'angle iléo-cæcal, une fois les adhérences détruites, et montrer que le cæcum n'était nullement cause de la maladie, pas plus que la paroi abdominale ou l'épiploon qui étaient adhérents.

Vous m'accorderez, j'espère, après toutes ces preuves accumulées, la permission d'affirmer une fois de plus qu'il n'existe pas de typhlite dans le sens qu'on attachait à cette dénomination.

Quant à la péritonite purulente dont nous a encore parlé M. Bazy, pourquoi ne serait-elle pas de cause appendiculaire? Je le renvoie à l'observation que j'ai publiée où j'ai précisément observé une péritonite purulente analogue, bien causée par une appendicite, et cependant il n'y avait jamais eu qu'un point douloureux à gauche.

J'arrive enfin au point capital de la question, à la théorie de la cavité close, à la cause des accidents.

Mon ami Brun me semble avoir fait trop bon marché des expériences de M. Gervais de Rouville et de la médecine expérimentale en général, le moment me semble mal choisi, car depuis quelques années déjà, la médecine et la chirurgie ont singulièrement bénéficié des découvertes de laboratoire. Il sait que quand je parle de laboratoires, je ne suis pas suspect.

Ce n'est qu'après de longues recherches que M. Dieulafoy a formulé sa théorie, je l'ai suivi pendant qu'il étudiait les pièces diverses d'appendicites, je lui en ai fourni un certain nombre, vous ne serez pas étonnés, malgré vos assertions, de me voir rester fidèle à sa théorie, c'est que je la crois juste.

Mais, quand M. Dieulafoy dit cavité close, il ne faudrait cependant pas lui faire dire ce qu'il n'a pas dit, qu'il n'y a plus de canal appendiculaire!

Les uns passent un stylet dans le canal et constatent ce fait en disant : pas de cavité close. Les autres, M. Walther, par exemple, parlant des coupes en série faites par M. Siredey, constate que nulle part il n'y avait d'oblitération; je vous dirai que je n'en suis pas étonné, après les préparations préliminaires obligatoires que nécessitent les coupes histologiques.

C'est sur le vivant, ne l'oublions pas, que se forme la cavité close, dans un petit canal, et il suffit du gonflement, de la congestion de la muqueuse pour le produire.

Cette oblitération momentanée du fait de la congestion d'une muqueuse n'est cependant pas un fait rare dans l'organisme; la trompe d'Eustache, le canal cholédoque, les fosses nasales dans le rhume, dit de cerveau, en sont autant d'exemples.

Dans l'appendice, la muqueuse gonfle et le transforme en cavité close; fort heureusement, tous les cas n'arrivent pas à produire des accidents mortels.

Et c'est après une ou plus probablement plusieurs poussées que le canal devient définitivement plus étroit ou disparaît, c'est ce que mon ami Brun appelle un processus curatif, c'est ce que mon ami Jalaguier considère comme une prédisposition à de nouvelles crises, je les renvoie dos à dos.

Je ne puis vous rééditer tous les arguments fournis par M. Dieulafoy à l'appui de sa théorie, je n'en retiendrai qu'un, qui est, ce me semble, topique : c'est celui de l'étude de la marche des microbes dans l'appendice atteint d'inflammation; sur une planche, publiée à ce sujet, on voit très clairement qu'au niveau de la cavité close les microbes pullulent, colonisent dans la paroi qu'ils traversent en groupe pour gagner la séreuse; plus rares au-dessus, il n'y en a plus un seul quand on remonte au-dessus de l'étranglement.

Enfin, voici un fait d'anatomie pathologique sur le vivant que je n'ai vu signaler par personne.

Depuis que M. Dieulafoy a formulé sa théorie, depuis que mon attention a été plus particulièrement attirée sur ce point, il est une expérience que je ne manque pas de faire, que je vous engage à répéter le cas échéant; elle m'a toujours réussi. Quand j'enlève un appendice qui n'est ni gangréné, ni perforé, avant de pratiquer la ligature au ras du cæcum, je prends cet appendice entre mes doigts et je le comprime comme pour essayer d'en exprimer le contenu dans le cæcum. Jamais je n'ai pu vider le contenu de l'appendice; il reste dur, tendu, rigide, comme en érection.

Après ligature, je le résèque, et alors tantôt il offre un canal béant, tantôt au contraire la lumière de ce canal est invisible. Mais, en le sectionnant, toujours on trouve ou un hématome, ou du pus, ou de la matière fécale encore liquide, ou des calculs.

N'est-on pas autorisé à dire qu'il y avait cavité close?

Quant à l'appendicite familiale, nous avons en assez grand nombre porté ici plus d'exemples qu'il n'en faudrait pour prouver son existence : point n'est besoin d'invoquer des malformations congénitales ou héréditaires; aucun de nous n'y a fait allusion, nous avons cité des faits qui ne sont pas plus remarquables ni plus étonnants que l'hérédité des calculs biliaires ou rénaux.

Malgré le grand nombre de contradicteurs, je me vois obligé de dire que leurs arguments n'ont pas été de nature à me convaincre.

Je ne parlerai pas de la typhlite, je crois en avoir fait justice.

J'espère que cette longue discussion sur la pathogénie de l'appendicite ne sera pas l'occasion d'un pas en arrière, d'un retour aux errements funestes d'autrefois, que malgré une note discordante que je regrette entre toutes, les médecins resteront bien convaincus de l'importance de l'appendice dans la pathogénie des accidents, et du grand danger que fait courir à leurs malades l'emploi des purgatifs.

Je vous ai dit, avec preuves à l'appui, ce que je pensais de la théorie qui fait de l'appendicite une maladie secondaire.

Je ne comprends pas très bien les distinctions apportées par quelques-uns, suivant qu'il s'agit d'une première crise ou des crises ultérieures.

La théorie basée sur l'âge et la régression tombe devant des faits : j'ai, et vous avez tous, des cas nombreux d'appendicite chez l'adulte et même le vieillard.

A ceux d'entre vous qui parlent de rétention, de stagnation, je dirai qu'ils brûlent, ils n'ont plus qu'un petit pas à faire pour être avec nous.

En résumé, pour moi, personne n'a porté ici, basée sur des faits cliniques ou sur des expériences, une théorie de l'appendicite qui satisfasse mon esprit et explique les accidents comme la théorie de la cavité close.

A PROPOS D'UN NOUVEL APPAREIL

POUR LA FRACTURE DE LA ROTULE

Par M. le docteur G. VANHERSECKE (de Zegers-Cappel),
Lauréat de la Faculté de médecine de Lille.

J'ai lu avec intérêt l'article de M. le docteur Coulhon [de Montluçon (1)] et je me permets toutefois de vous donner à ce sujet les détails concernant ma pratique privée. J'ai eu l'occasion de soigner cinq cas de fractures de la rotule.

Dans trois de ces cas, les fragments de la rotule étaient multiples, c'est-à-dire qu'il y en avait plus de deux — en l'espèce — trois, cinq et six fragments. Pour bien me convaincre que, dans ces cas, tout appareil, immobilisant dans une bonne position le membre malade, était bon, je me suis servi dans chacun d'eux d'un appareil différent et, chaque fois, j'ai obtenu une consolidation osseuse de la rotule. Détail à noter dans ces trois fractures : la lésion avait été produite par un choc direct de la rotule sur un corps dur et la guérison n'avait été nullement influencée par le choix de l'appareil.

Dans les deux cas de fractures de la rotule qui complètent ma statistique de cinq cas, la fracture de la rotule était faite selon le plan horizontal, le nombre des fragments était de deux. C'étaient, en un mot, deux fractures transversales de la rotule qui s'étaient produites au moment d'une contraction violente du triceps fémoral, sans choc direct de la rotule sur un corps étranger.

Dans ces deux cas, avec l'un des appareils qui m'avait servi pour les fractures par choc direct avec consolidation osseuse de la rotule, j'ai obtenu une cicatrisation fibreuse des deux fragments rotuliens. Jusqu'à démonstration plus évidente, j'admettrai que la cicatrisation de la rotule est indépendante de la nature de l'appareil employé, qu'elle dépend uniquement de la forme de la fracture et surtout de sa cause directe ou indirecte.

THÉRAPEUTIQUE

Liqueur de Van Swieten modifiée.

M. Mauriac, pour cacher le mauvais goût de cette liqueur, cependant si utile et consommée par tant de gens, conseille la modification suivante :

Eau distillée.		250 grammes.
Sirop de morphine . . .	ãã	100 —
Sirop de fleurs d'oranger		
T. de mélisse.		50 —
Bichlorure de mercure . . .		50 centigr.

La proportion de sublimé y est la même que dans la liqueur ordinaire. La dose quotidienne est de deux cuillerées à dessert. (*Journ. de pharm. et de chimie.*)

Traitement local de l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu.

M. Gaucher divise ce traitement en trois parties :

1° *Décaper :* lavages avec la solution de bicarbonate de soude, à 5 ou 7 p. 100;

Ou avec l'éther de pétrole rectifié;

Ou avec la décoction de bois de Panama coupée de 1/2 d'alcool;

Ou avec le mélange ci-après :

Eau.	200 grammes.
Borax.	10 —
Éther sulf.	15 —

2° *Modifier la surface cutanée.* Pour cela, employer le soufre précipité à 1/10 ou 1/30 dans l'axonge;

Ou une solution faible de foie de soufre;

Ou la pommade au turbith à 1/10;

Ou la lotion ci-après :

Sublimé.	20 centigrammes.
Chloral	4 grammes.
Résorcine.	2 —
Alcool	200 —

On peut y incorporer 5 grammes d'huile de ricin, si les cheveux sont trop secs.

3° *Exciter les fonctions de la peau.*

Lotions avec :

Alcool.	125 grammes.
Alcool de lavande.	25 —
Teinture de quinquina . . .	25 —
Teinture de benjoin. . . .	10 —
Teinture de cantharide. 5 à	50 —

Si l'on n'a affaire qu'à de la séborrhée blanche sèche (pityriasis alba), employer simplement la pommade au calomel, la liqueur Van Swieten ou la lotion salicylée à 1 p. 100, à savoir :

Acide salicylique.	1 gramme.
Alcool.	9 —
Eau.	90 —

(*Bulletin médical.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine et de thérapeutique (1), par le professeur BROUARDEL, A. GILBERT et J. GIRODE.

Le troisième volume du *Traité de médecine*, publié sous la direction de MM. Brouardel, Gilbert et Girode, vient de paraître. Il est consacré aux maladies parasitaires, aux affections constitutionnelles et aux maladies de la peau.

Il débute par une introduction à l'étude des maladies produites par les parasites animaux due à la plume de Girode : c'est le dernier chapitre qu'il ait écrit; il a été, comme on le sait, enlevé par une maladie chronique dont il ne se dissimulait nullement la gravité. Il ne lui aura pas été donné de voir la terminaison d'un ouvrage à la direction et à la rédaction duquel il avait collaboré de la façon la plus active.

Dans cet ouvrage collectif, la tâche a été beaucoup plus fragmentée qu'elle ne l'est habituellement; cela présente des avantages et des inconvénients. L'avantage est de pouvoir confier à des médecins très occupés la rédaction de

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1358.

(1) In-8°, t. III. Prix du volume : 12 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

chapitres relatifs à des questions qu'ils connaissent bien, alors que le temps leur manquerait pour une œuvre de plus longue haleine; l'inconvénient, c'est que l'impression d'une unité de conception et d'exécution manque facilement avec ce travail de mosaïque. Après avoir parcouru le présent volume, nous avons toutefois l'impression que les avantages l'emportent sur les inconvénients.

Les principaux chapitres de ce volume sont ceux qui sont consacrés au paludisme par M. Laveran, à l'alcoolisme par M. Lancereaux, à une série d'intoxications par R. Wurtz, aux maladies de la nutrition par H. Richardière. Inutile de dire que MM. Laveran et Lancereaux ont traité de main de maître des sujets qu'ils connaissent très bien et aux progrès desquels ils ont beaucoup contribué, le premier en découvrant le parasite pathogène de l'impaludisme, le second en séparant de l'alcoolisme proprement dit les intoxications chroniques par l'absinthe et les essences.

L'histoire des maladies de la peau a été comprise dans ce traité de pathologie. L'innovation est-elle bonne? Nous le croyons. Excellente, nous ne le croyons pas. Elle est bonne, car elle a permis à MM. Gaucher et Barbe de donner un exposé très bien fait de la pathologie cutanée. Elle n'est pas parfaite parce que la description des maladies de la peau, pour être claire et complète, demande plus d'espace. Hâtons-nous d'ajouter qu'on a attribué 300 pages, près du tiers du volume, à la description des affections cutanées.

Leçons de pathogénie appliquée; clinique médicale, Hôtel-Dieu 1895-1896 (1), par A. Charrin.

M. A. Charrin a réuni, dans ce volume, les leçons qu'il a faites à l'Hôtel-Dieu pendant l'année 1895-1896. Le titulaire de la chaire, Germain Sée, s'était, comme on le sait, fait le défenseur de la médecine physiologique, ou mieux de la physiologie appliquée à la médecine : il est assez suggestif de voir son successeur momentané donner à ses leçons de clinique le titre de leçons de pathogénie appliquée.

Cela marque un progrès évident; après s'être demandé quel est dans une maladie l'organe malade, comment on peut diagnostiquer sa lésion, on se demande comment il fonctionne une fois lésé; cela ne suffit pas encore, et, maintenant, sans abandonner les notions acquises par nos prédécesseurs, on recherche comment se constitue l'état morbide, comment on devient malade, et en quoi consiste la maladie.

Dans ses leçons, M. A. Charrin s'est efforcé de montrer par des exemples combien peut être étroite l'union du laboratoire et de la salle de clinique. En occupant la chaire illustrée par Trousseau, le modèle des cliniciens, il n'a pas oublié que, depuis plus de dix ans, il s'était adonné à l'étude la pathologie générale, et, plus particulièrement encore, de la pathogénie microbienne.

C'est précisément ce qui donne à son enseignement un cachet bien personnel. Avant tout il s'est enquis, dans les différents faits pathologiques étudiés, de montrer quel avait été l'agent pathogène, sur quelle partie de l'organisme il avait porté son attaque, par quelle voie il avait pu pénétrer à l'intérieur de la place, comment celle-ci avait pu se défendre, comment le médecin pouvait la secourir. Il a eu souci de bien faire voir, dans chaque cas particulier, comment la maladie résulte en dernier terme des modifications de la vitalité de la cellule; comment cette vitalité peut être atteinte et quelles sont les conséquences symptomatiques de cette atteinte.

Cette façon toute moderne de comprendre la clinique est très attrayante : ce n'est pas évidemment un enseignement à l'usage des commençants; ils n'y comprendraient pas grand'chose. Un enseignement de cet ordre devrait être le couronnement des études médicales — de même que la philosophie est le couronnement des études classiques; — il s'adresserait à ceux qui auraient appris ailleurs la séméiologie clinique.

Nous avons lu avec le plus grand intérêt les leçons de M. Charrin; elles sont bourrées de faits et d'idées — peut-être même un peu trop — elles donnent à penser. Nous conseillons aux médecins de les lire, non seulement pour elles-mêmes, mais pour représenter ce que sera la clinique de l'avenir.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de l'Intérieur a approuvé les statuts de la Caisse des veuves et orphelins des membres de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. Cette caisse nouvelle peut donc recevoir les dons et legs qui permettront de hâter le moment où elle fonctionnera utilement.

Les Sociétés locales sont autorisées à se faire représenter aux assemblées générales par un délégué par 50 membres.

— Le tableau d'avancement du corps de santé de la marine, est arrêté au 1er janvier 1897, pour les grades suivants :

Médecin en chef : MM. les médecins principaux Barret et Burot. — *Médecin principal :* MM. les médecins de première classe Mercié, Hervé et Foucauld. — *Médecin de première classe :* MM. les médecins de deuxième classe Lefebvre, Onimus, Bonnefoy, Lesueur-Florent et Bouras.

— M. le docteur Édouard Carrier, médecin de la maison de Saint-Jean-de-Dieu de Lyon, est nommé chevalier de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand.

— Le concours pour une place de médecin titulaire de l'hospice de Crémieu s'est terminé par la nomination de M. le docteur Garcin, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

— MM. Del Pellegrino, Ed, Montfort, Turcan, Pellissier et Guérin, externes provisoires, sont nommés externes titulaires des hôpitaux de Marseille.

— MM. Batigne, Maurice Faure, Le Fur, Rosenthal et Berthe-rand, internes des hôpitaux, commenceront une conférence d'internat le samedi 16 janvier, à deux heures, à l'Hôtel-Dieu, et la continueront les samedis suivants.

— MM. A. Claisse, Decloux, Herbet, Lardennois, Roques et Sainton commenceront leur conférence d'internat le samedi 16 janvier, à trois heures et demie, à la Pitié, et la continueront les samedis suivants à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 5. — JEUDI 14 JANVIER 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 14 JANVIER 1897. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séance du 8 janvier. — Questions orales posées : Cordon ombilical. — Délivrance à terme.

Notes. — MM. Desjardins, 24 + 15 = 39. — Monthus, 26 + 16 = 42. — Lenormant, 28 + 18 = 46. — Perrée, 20 + 12 = 32. — Godineau, 21 + 16 = 37. — Malartic, 25 + 16 = 41. — Lereboullet, 28 + 19 = 47. — Celos, 25 + 17 = 42. — Labey, 25 + 19 = 44.

Séance du 11 janvier. — Questions orales posées : Rapports de la trachée. — Signes de la gangrène pulmonaire.

Notes. — MM. Tournemelle, 27 + 18 = 45. — G. Michaux, 24 + 17 = 41. — Lamouroux, 21 + 16 = 37. — Bufnoir, 24 + 16 = 40. — Zimmern, 25 + 16 = 41. — Roux, 23 + 15 = 38. — Silhol, 22 + 13 = 35. — Croisier, 22 + 13 = 35. — Lagrange, 23 + 12 = 35.

— Par décision ministérielle, en date du 9 janvier 1897, M. Lafille, médecin-major de première classe au 113e régiment d'infanterie, a été affecté à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris, pour être détaché à la direction du service de santé au ministère de la Guerre (service médical du personnel militaire).

— Par arrêté ministériel, en date du 11 janvier 1897, un concours s'ouvrira le 12 juillet 1897 devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École.

— M. Baraban, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est promu de la quatrième à la troisième classe.

— Une médaille d'honneur (argent) est accordée à M. le docteur Peigné, médecin sanitaire maritime ; — une médaille d'honneur (bronze) est décernée à M. Morice, infirmier du paquebot l'*Ernest-Simon*.

— M. le docteur Thuau est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Beaugé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs H. Isenberg (de Cette), Lecerf (de Valenciennes) ; MM. les professeurs Plucker (de Liège) et Thiry (de Bruxelles).

— M. le docteur Lavaux commencera son cours sur les affections des voies urinaires, à l'École pratique, amphithéâtre Cruveilhier, le mardi 19 janvier, à deux heures, et le continuera les mardis, jeudis, et samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Brocq commencera le 1er février prochain, à l'hôpital Broca, des leçons sur le traitement des maladies cutanées et syphilitiques.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Courses de Nice. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re classe de Paris à Nice, valables pendant 20 jours, y compris le jour de l'émission, via Dijon, Lyon, Marseille, 182 fr. 60.

Faculté de prolongation de deux périodes de 10 jours, moyennant un supplément de 10 p. 100 pour chaque période.

Billets délivrés du 7 au 20 janvier 1897 inclusivement et donnant droit à un arrêt en route, tant à l'aller qu'au retour.

On peut se procurer des billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et de Paris-Nord ; dans les bureaux-succursales de la Compagnie P.-L.-M., ainsi que dans les Agences de voyages Cook et fils, voyages économiques, wagons-lits, Gaze et fils, Lubin, Société française des voyages Duchemin et Desroches.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

93. M. PONCET. Sur la constatation des bacilles de Koch dans les premières manifestations de la tuberculose pulmonaire. — 94. M. PALAS. La toux pharyngée chez les enfants. — 95. M. BUTHAUD. Recherches sur les causes d'irréductibilité et sur le traitement de quelques luxations du coude primitivement irréductibles. — 96. M. BARBADAULT. Pathogénie et traitement de l'incontinence d'urine chez les calculeux. — 97. M. PRÉDHOMME. De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes aiguës. — 98. M. BRON. Kystes hydatiques du fémur. — 99. M. LANNESSUS. Traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique, par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite. — 100. M. ABIÉ. Étude sur la compression des cordons nerveux des membres par du tissu fibreux cicatriciel. — 101. Mlle GORDON. L'appendicite chez l'enfant. — 102. M. OSTEN. Étude sur les résultats, par la ténotomie, dans les torticolis musculaires chroniques. — 103. M. HOAREAU. Du traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé dit de dédoublement. — 104. M. FEINDEL. Quatre cas de neurofibromatose généralisée. — 105. M. LACLAUTRE. Difficultés du diagnostic de la pneumonie au début chez l'enfant. — 106. M. DEVILLAS. Les affections syphilitiques de l'organe de l'ouïe. — 107. M. FAREZ. De la dyshydrose. — 108. M. Camille JUGE. Valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta.

CLIENTÈLE A CÉDER DE SUITE, A PARIS, 7000 fr. touchés par an. Loyer, 2700 fr. sans bail. Conditions très faciles. S'adr 17, r. Montaigne.

PILULES DE
QUASSINE FREMINT
(Quassine amorphe pure 0.02)
DIURÉTIQUES, TONIQUES, APÉRITIVES
1 ou 2 avant chaque repas contre l'Anorexie, Faiblesse générale, Convalescences difficiles, Atonie des Voies digestives (*Diarrhée et Constipation rebelles*), Coliques hépatiques et néphrétiques. — Le fl. 3 fr. rue d'Assas, 18, Paris, *et toutes pharmacies, en exigeant le timbre de l'Etat français.*

KOLA ROY
2 à 4 cuillerées par jour aux repas.
Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).



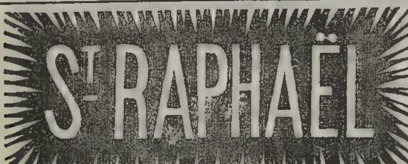


(Formule du Codex N° 603)
ALOÈS & GOMME-GUTTE
Le plus commode des
PURGATIFS
très imités et contrefaits.
L'étiquette ci-jointe imprimée en **4 COULEURS** sur des **BOITES BLEUES** est la Marque des véritables.
Dépôt, Ph^ie LEROY, 2, r. Daunou.
ET TOUTES LES PHARMACIES

SIROP OU SOLUTION de **BARBARIN**
au Phosphate Monocalcique crist.
Le plus pur et le plus assimilable des Phosphates de Chaux. (Titre 1 gr. pour 30).
LE MEILLEUR DES RECONSTITUANTS
Curatif et préventif des **Maladies des Os** et de **Poitrine**. Indiqué dans tous les états de faiblesse et pendant la **Grossesse**, l'**Allaitement** et la **Dentition**.

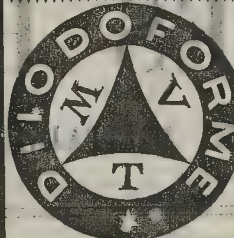
VIN de BARBARIN
au Phosphate Monocalcique et à la Coca.
est l'antidéperditeur de choix, le meilleur réparateur des forces épuisées, indiqué dans la convalescence de toutes les maladies, dans tous les états de langueur.
Paris, D. GAUTHIER & Cie, 145, Rue de Belleville.

SIROP de DIGITALE de LABELONYE
Sédatif du Cœur par excellence
Une cuillerée à bouche de ce sirop renferme les principes actifs de dix centig. de Digitale.
LABELONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS



Maladies de l'appareil digestif, Chlorose, Anémie
Affaiblissement général. Convalescences
Affections scrofuleuses.
Le Vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.
DOSE : UN PETIT VERRE APRÈS LES PRINCIPAUX REPAS.
Dépôt toutes bonnes Pharmacies. Vente en gros chez tous les Droguistes.

DIIODOFORME TAINE



MARQUE DÉPOSÉE

AYANT TOUTES LES PROPRIÉTÉS DE L'IODOFORME
sans en avoir les inconvénients et l'odeur désagréable.

EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX on lui a reconnu produire les mêmes effets que l'Iodoforme ordinaire, comme celui-ci il est **anesthésique, désinfectant et antiscrofuleux**; c'est surtout un agent **cicatrisant** de premier ordre, dont l'efficacité est incomparable dans le traitement de toutes les *affections chancreuses* et de toutes les *plaies vives, accidentelles ou chirurgicales*, en un mot de tout ce qui est justiciable de l'Iodoforme.

Son application directe sous forme de poudre ou de pommade est préférable à tout autre mode d'emploi. — Dans ces conditions, on arrive à réaliser des pansements RIGOUREUSEMENT INODORES, ce qui est impossible avec l'Iodoforme et ses préparations.

Se vend en flacon spécialisé de 5 grammes pour être délivré au public sur ordonnance des médecins et en vrac, pour préparations, par divisions de 15, 30, 60, 125, 250 et 500 gr.

BIEN SPÉCIFIER : **DIIODOFORME TAINE**

Pharmacie TAINE, 7, *Rue du Marché-Saint-Honoré, PARIS* et dans toutes les Pharmacies.
Préparation et Vente en gros : Société Française de Produits Pharmaceutiques, 9, *Rue de la Perle, Paris.*

CHLORO-ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, TUBERCULOSE, PHOSPHATURIE
GROSSESSE et ses SUITES

ADMIS DANS LES HOPITAUX (Délicieux et Facile à prendre).



SIROP FRAISSE
à **L'OXYHÉMOGLOBINE**
et au **GLYCÉROPHOSPHATE** de **CHAUX**
(Auxiliaire puissant de l'Hemopoèse)

DÉPÔT : *83, Rue Mozart, PARIS-PASSY*, Marius FRAISSE, Phen, *et toutes Pharmacies.*

PHTISIE PULMONAIRE, TUBERCULOSE
guéries par le
CRÉOSOTAL "HEYDEN"
Dose : 2 à 3 cuillerées par jour
VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Par Jour 5 à 8 **CAPSULES CRÉOSOTAL HEYDEN** à 50 centgr.

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU
Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.
D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.
DOSE : Un verre à Madère après les repas.
MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

BAIN DE PENNÈS
HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,
Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer**,
Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

MIGRAINES NÉVRALGIES NÉVROSES **CÉRÉBRINE**
de 2 à 4 cuillerées à café à chaque accès
Eug. FOURNIER (*Pausodun*), 114, rue de Provence, Paris.
Notices et Spécimens Fco.

DOSAGE MATHÉMATIQUE
PRÉPARATION AGRÉABLE ACTIVE, COMPLÈTE ASSIMILABLE
JAMAIS de contre-indications
DIATHÈSE URIQUE
Goutte, Gravelle, Rhumatisme chronique, Colique néphrétique
DRAGÉES SAINT ANDRÉ
2 ou 4 dragées pr jour (suiv. les cas) aux repas
ECHANTILLONS FRANCO
Pharmacie **J. MAYNIEL**
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
BOULOGNE-PARIS
Une DRAGÉE contient : *Carbonate, Benzoate, Salicylate de Lithine, Colchicine pure* 1/10e de milligr. - Excip. spéc. q.s. - Une Dragée sature 0,50e *Acide urique* pour le transformer en *Urate soluble éliminable.*

SENECINE
A. FRICK
EMMÉNAGOGUE
Agréable, Efficace et Inoffensif
Ech. grat. Phie 11 bis Rue de la Chapelle, PARIS



SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Raphaël Blanchard a fait une communication sur le Davainea madagascariensis. Cet helminthe, décrit par Davaine, semblait jusqu'ici ne se rencontrer que dans les régions baignées par l'océan Indien, mais le docteur Daniels vient récemment de faire connaître à la Guyane un parasite que M. Blanchard a démontré être identique au tænia de Madagascar. Les migrations de ce parasite restent inconnues jusqu'ici.

Après l'élection de M. Guignard, qui a été nommé à l'unanimité des suffrages exprimés, dans la section de pharmacie, la parole a été donnée à M. Napias, pour la lecture d'un travail sur la législation des divers pays d'Europe, au point de vue de l'hygiène des enfants et des femmes travaillant dans l'industrie. L'auteur montre que l'âge d'admission des enfants au travail industriel varie de neuf ans, en Italie, à quatorze ans, en Suisse et en Autriche. L'âge limite de la protection est de douze ans pour l'Italie et de seize à dix-huit ans pour la plupart des autres pays d'Europe. Pour les filles, il s'élève jusqu'à vingt et un ans dans quelques pays.

En résumé, il résulte des recherches statistiques de M. Napias, que la journée de douze heures, pour les enfants et les adolescents, est devenue une très rare exception.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. TENNESON.

Traitement méthodique de la blennorragie chez l'homme par les lavages uréthraux avec la solution de permanganate de potasse.

Par A. CHARPENTIER, externe du service.

I

BACTÉRIOLOGIE; DIAGNOSTIC. — La blennorragie est une affection gonococcique. Bien que, dans ces dernières années (1), on ait signalé des uréthrites à bacille de Koch et des uréthrites chroniques de nature mal définie, toutes les fois que, dans un écoulement uréthral, l'examen bactériologique décèle le gonocoque, on est en droit de porter le diagnostic « d'écoulement blennorragique ».

Quelle est l'action du traitement que nous avons expérimenté, sur le bacille de Neisser? Il est certain que les solutions de permanganate de potasse (même à la dose de 1 p. 4000) lui sont mortelles. Nous verrons plus loin, d'autre part, que le traitement commencé le premier jour d'une blennorragie aiguë n'est pas abortif.

Il y a lieu d'en chercher la raison. Deux hypothèses simples se présentent immédiatement à l'esprit : 1° ou bien le gonocoque, tué par la solution de permanganate, n'est pas spécifique ; il est associé à un ou à des micro-organismes sur lesquels le médicament n'agit pas; 2° ou bien le bacille de Neisser se trouve vite, en partie au moins, à l'abri de l'agent microbicide. La muqueuse uréthrale joue alors un rôle très important dans l'affection, rôle comparable à celui de la muqueuse vésicale dans les cystites. On sait, en effet, que le gonocoque pullule d'abord sur l'épithélium de la région naviculaire, mais que bientôt les cellules épithéliales desquament et que le bacille pénètre dans le chorion et dans les lymphatiques (infection à distance; arthrites blennorragiques). Ces deux hypothèses ne sont pas exclusives, et dans l'état actuel, on est en droit de penser que le permanganate de potasse agit à un double titre : comme microbicide et comme modificateur de la muqueuse.

(1) AUBERT. *Des uréthrites bactériennes.* — LEGRAIN. *Les microbes des écoulements de l'urèthre.*

II

RÉSULTATS; TECHNIQUE; CRITIQUE. — Dans la statistique ci-jointe et qui ne porte malheureusement que sur un nombre restreint de malades traités, suivis et revus, on constate que les résultats les plus heureux ont été obtenus chez des sujets s'étant laissé docilement soigner à l'hôpital pendant la durée minima du traitement. On remarquera que le repos (station assise ou couchée), le changement de régime, les soins de propreté généraux et locaux ne sont pas plus indifférents dans ce traitement que dans les autres.

Enfin, nous avons observé également, après bien d'autres, que l'état général du malade jouait un rôle actif dans la durée de la maladie. Ainsi, chez les tuberculeux, les rhumatisants et les alcooliques, le traitement paraît agir plus lentement. La continuation d'habitudes onaniques est une entrave sérieuse à la guérison. Un interrogatoire minutieux nous permet d'affirmer que ces habitudes vicieuses, au cours de la maladie, sont, dans la classe hospitalière, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense. Nous insistons sur ces faits de pathologie générale parce que, dans la pratique des traitements locaux, on est facilement porté à négliger la thérapeutique hygiénique. Nous sommes heureux de pouvoir ici remercier notre maître M. Tenneson, de nous avoir par son enseignement journalier, dirigé dans cette voie.

Arrivons maintenant aux résultats du traitement. Notre statistique avait la prétention de porter sur une centaine de malades. Malheureusement parmi cette centaine de blennorragiens, 28 seulement ont suivi le traitement d'une manière continue. Les autres, ou bien ne voulaient pas entrer à l'hôpital, ou bien n'avaient pas les moyens de se procurer l'appareil, ou enfin, guéris, ne sont pas revenus nous le dire. Nous ajouterons cependant que nous avons guéri par ce même traitement un certain nombre de malades qui ne figurent pas au tableau : deux officiers, entre autres, dont l'un était atteint d'une uréthrite chronique datant de quatre ans.

Sur les vingt-huit malades réguliers, vingt et un sont radicalement guéris. On entend par « radicalement guéris » des malades qui vivent de la vie ordinaire et chez lesquels il est impossible de faire sourdre la moindre gouttelette de pus, à n'importe quel moment. C'est ainsi que, pris au hasard dans la statistique, M..., âgé de trente ans, traité le 12 mars 1896, paraissait complètement guéri le 1er avril. Revu le 15 avril, ce malade présentait un urèthre parfaitement sain.

Sur les sept non guéris, un n'a pratiqué les lavages que huit jours. Il possédait néanmoins à la dernière inspection un suintement clair. Sur les six autres, deux étaient atteints de blennorragie chronique (un an et douze ans). A ce propos, on peut se demander si la chronicité est un obstacle absolu à la guérison? Nous ne le croyons pas, puisque, parmi les vingt et un malades radicalement guéris, il y a deux chroniques d'un an.

On sait que M. Guyon divise les uréthrites blennorragiques en deux grandes classes au point de vue anatomo-pathologique : 1° uréthrites antérieures; 2° uréthrites pos-

térieures, distinction qui s'applique aussi bien à la blennorragie aiguë récente qu'à l'uréthrite chronique. Les uréthrites antérieures sont de beaucoup les plus fréquentes; cette opinion est appuyée sur l'efficacité même d'un traitement qui ne s'adresse qu'à l'urèthre antérieur.

Cependant, lorsque le traitement méthodique par les lavages de l'urèthre antérieur échoue, c'est que le gonocoque a probablement envahi l'arrière-canal et qu'on est en présence d'une uréthro-cystite blennorragique. Ceci ne s'applique qu'aux cas où le diagnostic d'emblée est resté ambigu après l'emploi des méthodes aujourd'hui classiques (examen de l'urine dans deux verres, exploration du canal, interrogatoire, etc.).

Dans ces cas, relativement rares, on a recours, à Necker, aux instillations de nitrate d'argent ou aux lavages intra-vésicaux.

Une question qu'on est en droit de se poser en présence de tout traitement est celle de l'avortement de la blennorragie prise à son premier jour. Les lavages au permanganate de potasse ne sont pas abortifs. La blennorragie, traitée le jour même de son apparition par cette méthode, ne guérit pas. On réduit l'écoulement à un suintement blanc, on supprime les douleurs de la miction, mais dès qu'on interrompt les lavages (même après un mois d'essai), l'écoulement redevient aigu et la première phase de la maladie n'a été que reculée et modifiée.

Cela semble prouver que la blennorragie rentre dans la loi générale qui gouverne l'évolution des catarrhes et qu'on ne peut agir efficacement sur sa durée qu'à partir d'une certaine période.

Technique. — Voici maintenant le traitement de la blennorragie, tel que nous l'avons appliqué :

A. *Blennorragie aiguë.* — 1° Laisser couler, pendant la période inflammatoire aiguë, en prescrivant au malade les soins d'hygiène et de propreté (ne pas marcher; porter un suspensoir; s'abstenir d'alcool, de bière, de toute boisson fermentée; bains généraux et bains locaux).

A cette période, les balsamiques, copahu, cubèbe, santal, ainsi que toute injection, seront formellement interdits. C'est encore là un point de pathologie générale, souvent méconnu, qui expose les malades à la chronicité et sur lequel notre maître, M. le docteur Tenneson, insiste particulièrement.

2° Au bout de quinze jours à trois semaines environ, alors que les douleurs ont disparu, que le gland n'est plus tuméfié, il est temps de commencer les lavages au permanganate.

On ordonne trois lavages par jour (matin, midi et soir). Si celui de midi ne peut être fait, deux suffisent à la rigueur, surtout après les quinze premiers, mais un seul est notoirement insuffisannt.

On se sert d'un laveur quelconque muni d'un tube en caoutchouc. L'appareil d'Esmark est le plus employé. A l'extrémité du tube en caoutchouc, on adapte la canule en verre soit de M. Guyon, soit de M. Janet.

La solution de début est à 1/4000. La dose sera élevée tous les trois jours jusqu'à ce qu'on arrive à 1/2000. On s'en tiendra généralement à cette concentration. Les lavages seront faits avec de l'eau tiède, bouillie préalablement, ce qui en assure l'asepsie. La tiédeur de l'eau empêche les réflexes et permet au jet de parcourir l'urèthre antérieur dans sa totalité.

L'appareil doit être placé à 40 ou 50 centimètres au-dessus du méat. Plus haut, on s'exposerait à pénétrer dans la vessie. Les lavages peuvent être pratiqués, le malade assis ou couché. Une cuvette ou un bassin vide est placé entre les cuisses. La main gauche tient la verge, comme pour un cathétérisme, et la main droite présente au méat l'ouverture de la canule. Par de très légers mouvements alternatifs d'approche et de retrait, l'urèthre antérieur se remplit et se vide.

Les premiers jets servent à laver la verge et le sillon balano-préputial.

On fait, de la sorte, passer dans l'urèthre 1 litre à chaque lavage.

B. *Blennorragie chronique.* — Le traitement est le même, moins la période d'attente.

Critique. — Les avantages que présente ce traitement sont les suivants :

A guérison supposée égale, ce traitement est :

1° Plus rapide. (Une blennorragie aiguë, traitée méthodiquement, guérit dans l'espace d'un mois et demi à deux mois, maximum.)

2° Nullement douloureux.

3° Commode, très propre et le malade, après s'être fait faire les premiers lavages, peut continuer lui-même.

4° La guérison obtenue paraît radicale. (Le malade n'est plus sujet à ces reprises si fréquentes et si fastidieuses.)

5° Il ne donne pas lieu de craindre l'orchi-épididymite, comme les injections poussées à la seringue.

Les inconvénients sont ceux de tout traitement quelque peu chirurgical, c'est-à-dire nécessitant un appareil. Le permanganate de potasse présente, en outre, le désavantage de colorer les mains et les cuisses du malade; mais une solution de bisulfite de soude suffit à décolorer instantanément.

Nous n'avons pas envisagé à dessein la comparaison avec le traitement par les lavages intra-vésicaux. Ce dernier nécessite l'intervention journalière du médecin, est très douloureux, n'est pas exempt de dangers et doit être, il semble, réservé aux cas d'uréthrite postérieure.

En résumé, nous avons cru démontrer dans ce travail statistique : 1° que les lavages au permanganate de potasse ne sont *pas abortifs*, comme on l'avait espéré dans les premiers essais; 2° que cependant ils rendent un grand service, puisqu'ils abrègent de beaucoup la durée de la maladie. Ils sont donc, la période inflammatoire une fois écoulée, le traitement de choix le plus rapide; 3° que la blennorragie envahit rarement l'urèthre postérieur. Cette conclusion ressort de l'efficacité même d'un traitement qui ne s'adresse qu'à l'urèthre antérieur.

Résumé des résultats de la statistique.

Sur 28 malades ayant suivi le traitement pendant quinze jours, il y en a 21 de radicalement guéris et 7 qui ont conservé un écoulement.

A. Sur les 21 radicalement guéris, dont l'âge moyen est vingt-quatre ans :

15 avaient une première blennorragie datant de quinze jours à six semaines.

Sur les 6 autres guéris :

2 malades étaient atteints d'une deuxième blennorragie aiguë datant de quinze jours à deux mois;

1 malade était atteint d'une troisième poussée aiguë datant de six semaines;

1 malade était atteint d'une quatrième poussée datant de deux mois;

2 malades possédaient une blennorragie chronique d'un an.

B. Sur les 7 malades non guéris :

1 était atteint d'une blennorragie chronique datant de treize ans (1883);

5 autres sortis et revus avec un suintement faible;

1 chronique depuis un an et sur lequel le traitement n'a paru agir en aucune façon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Hémorragie du placenta prævia ou hémorragie du placenta normalement inséré (1)?

Par le docteur P. Puech,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

II

Pour porter ce diagnostic, nous nous sommes basé sur la symptomatologie et sur l'étiologie.

Sans doute, ainsi que je viens de vous le rappeler, l'hémorragie a présenté quelques-uns des caractères de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta. Mais avec ces symptômes qui, de prime abord, semblaient nous autoriser à conclure à l'existence d'un placenta prævia s'en trouvaient d'autres, qui sont justement ceux rencontrés dans le décollement du placenta normalement inséré. — Quels sont-ils?

Aux hémorragies rétro-placentaires, on reconnaît deux ordres de symptômes : des symptômes généraux et des symptômes locaux.

Les symptômes généraux sont semblables à ceux que l'on observe dans toutes les hémorragies graves, quels qu'en soient le siège et la cause : pâleur du visage, refroidissement de la peau, petitesse et rapidité du pouls, gêne respiratoire... Ces troubles n'existent naturellement qu'autant que l'hémorragie est abondante. Ils faisaient totalement défaut dans notre cas.

Aussi, ce sont les modifications locales survenues du côté de l'utérus qui ont, au point de vue du diagnostic, le plus de valeur.

La matrice devient uniformément dure, résistante, ligneuse; exceptionnellement, ses parois présentent une tension pâteuse qui, suivant Mme Henry, correspondrait au point où le sang s'est accumulé.

Distendu par le sang, l'utérus augmente, en outre, de volume. Cette augmentation, quelquefois brusque, le plus souvent graduelle, varie avec la quantité de sang extravasé, varie aussi suivant que l'hémorragie reste interne ou s'accompagne d'un écoulement extérieur. Il est, en effet, rationnel de penser que l'augmentation des dimensions de l'utérus sera bien plus appréciable dans les cas où l'hémorragie est purement interne, que dans ceux où le sang trouve issue facile au dehors, et n'a pas, pour ainsi dire, le temps de s'accumuler entre les parois de l'œuf et celles de la matrice. — Et de fait, chez notre femme, le fond de l'utérus se trouvait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, ce qui est son niveau ordinaire au septième mois de la grossesse.

Comme le reste de l'utérus, le segment inférieur est très distendu. Bombant à travers le col, les membranes offrent une tension presque permanente.

Les contractions provoquées par l'irritation du muscle utérin, conséquence de l'hémorragie et du décollement placentaire, s'accompagnent de douleurs extrêmement pénibles, qui irradient du côté des reins. Ces douleurs, presque continues, ne sont point en rapport avec l'intensité du resserrement musculaire : elles n'ont qu'une faible action sur le col, dont la dilatation se fait mal ou même reste stationnaire. Enfin, lorsque la main qui palpe le ventre appuie sur le point d'insertion du placenta, là où le sang est accumulé, elle exagère la douleur déjà si vive.

Quand l'hémorragie externe accompagne l'hémorragie interne, l'écoulement est constitué, tantôt par un liquide roussâtre, qui n'est autre chose que le sérum sanguin séparé par l'expression utérine des caillots retenus derrière le placenta; tantôt — et le plus habituellement — par du sang pur et liquide, auquel se mêlent, dans quelques cas, des caillots noirâtres. On a voulu faire du mode d'écoulement du sang un élément de diagnostic différentiel entre l'hémorragie due au décollement du placenta normalement inséré et l'hémorragie du placenta inséré sur le segment inférieur : dans le premier cas, le sang sortirait seulement dans l'intervalle des contractions; dans le cas de placenta prævia, il sortirait surtout pendant la contraction, si les membranes sont intactes. Je doute, pour ma part, que telles soient toujours les relations de l'écoulement extérieur avec la contraction. Tant que la partie fœtale qui se présente n'est point fixée, la contraction utérine doit avoir pour résultat de chasser le sang accumulé dans l'intérieur de la matrice pendant sa période de repos, quelles que soient les circonstances dans lesquelles s'est opérée la rupture des connexions utéro-placentaires. Nous avons vu, dans notre observation, que l'écoulement sanguin, loin de s'arrêter, devenait au contraire plus abondant, comme lorsqu'il s'agit d'un placenta prævia, au moment de la contraction utérine.

Dans l'exposé de ces symptômes, vous avez reconnu les principaux traits du tableau clinique offert par notre parturiente : dureté extrême du muscle utérin empêchant la sensation nette des parties fœtales par la palpation, provocation par le palper d'une douleur très vive en un point déterminé de l'utérus, douleurs presque continues avec irradiations très pénibles du côté des reins, tension permanente des membranes.

J'y ajoute les résultats négatifs fournis par l'auscultation des bruits fœtaux : certes avec un placenta prævia, la vie de l'enfant est grandement menacée; mais en général, quand elle amène la mort du fœtus, l'hémorragie est abondante, — plus abondante que celle à laquelle nous avions affaire, — ou bien elle s'est répétée à plusieurs reprises. Dans la presque totalité des cas d'hémorragie rétro-placentaire, l'enfant succombe, et la mort se produit dès le début des accidents : la statistique de Goodell, appuyée sur 106 cas, nous apprend que sur 107 enfants (il y avait eu un accouchement gémellaire), 6 seulement ont survécu.

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 30.

Enfin l'étiologie venait encore nous fournir un élément précieux de diagnostic.

L'œdème, les fourmillements dans les membres inférieurs, les maux de tête, cette sensation de constriction autour de la poitrine, dont se plaignait notre femme, annonçaient d'une façon presque certaine la présence de l'albumine dans les urines; le tube d'Esbach nous en fournissait vite la preuve; il nous apprend ce matin que la quantité d'albumine s'élève à 5 grammes par litre. Or, parmi les causes nombreuses, et dont quelques-unes sont plus ou moins discutables, mises en avant pour expliquer le décollement prématuré du placenta normalement inséré, l'albuminurie occupe la première place. Les relations étroites qui existent entre elle et l'hémorragie inter-utéro-placentaire sont reconnues par tous et démontrées, d'ailleurs, par l'examen des faits : sur les 13 observations rapportées par Rousseau-Dumarcet dans sa thèse (Paris, 1892), 2 fois le décollement du placenta tenait à la brièveté du cordon; dans les 11 autres cas, la cause indubitable était l'albuminurie.

Comme la symptomatologie, l'étiologie nous autorisait donc à porter le diagnostic d'hémorragie du placenta normalement inséré. Aussi bien, la suite en a confirmé l'exactitude.

A trois heures et demie, la situation restait la même : les douleurs étaient toujours très pénibles en raison de leur continuité; la dilatation du col n'avait fait aucun progrès; les membranes étaient presque constamment tendues; la tête seulement tend à s'engager plus franchement au détroit supérieur, en gauche antérieure.

Ce que voyant, nous rompons artificiellement les membranes. A la suite de la rupture de la poche des eaux, les douleurs se suspendent pendant une demi-heure et en même temps la perte se trouve réduite à un léger écoulement qui teinte en rose le liquide qui sort des organes génitaux. A quatre heures, les douleurs reprennent, cette fois bien nettement intermittentes; et dès lors, la dilatation marche avec régularité et rapidité : à cinq heures cinquante minutes, avait lieu l'expulsion d'un enfant mort, non macéré, pesant 1700 grammes et mesurant 45 centimètres. La délivrance s'est opérée à six heures dix; un peu de sang et quelques caillots ont accompagné la sortie du placenta.

L'examen du délivre, que je vous présente, est, au point de vue du diagnostic, particulièrement intéressant.

Des caillots de consistance molle et de couleur noire, restes de l'hémorragie rétro-placentaire, recouvrent la face utérine du placenta. En outre, le tissu placentaire est le siège de plusieurs foyers hémorragiques : deux récents, au centre desquels on trouve du sang noir coagulé; et trois anciens ayant subi la dégénérescence fibro-graisseuse. Ce sont là lésions du placenta albuminurique. A leur présence se rattache la production du décollement du placenta et de l'hémorragie inter-utéro-placentaire : lorsque l'épanchement qui se fait dans le tissu du placenta arrive à la surface extérieure du cotylédon, il produit un premier décollement, dont la conséquence est la rupture de quelques vaisseaux utéro-placentaires et l'hémorragie; cette hémorragie, d'abord petite, excite par sa présence la contraction de l'utérus, d'où nouveau décollement entraînant l'augmentation de l'hémorragie, et ainsi de suite.

Vous pouvez voir encore par l'examen de l'arrière-faix que nous n'avions point affaire à un placenta prævia. L'ouverture de l'œuf correspondant d'ordinaire au pôle inférieur, à l'orifice utérin, il en résulte que, lorsque le placenta est inséré au fond de l'utérus, les membranes présentent de chaque côté du placenta des lambeaux sensiblement égaux; lorsque, au contraire, le point d'insertion du placenta s'éloigne du fond de l'utérus, les membranes présentent d'un côté un très grand lambeau, de l'autre un lambeau d'autant plus petit que l'insertion a eu lieu plus près de l'orifice utérin. Comme la hauteur du segment inférieur est de 10 centimètres, lorsqu'il y aura placenta prævia, le petit lambeau mesurera moins de 10 centimètres. Or ce lambeau mesure ici 13 centimètres.

Un mot, en terminant, sur la conduite que j'ai tenue et qui a consisté en la simple déchirure des membranes.

C'est là incontestablement le meilleur moyen d'hémostase dans les cas de placenta prævia. Son utilité et son efficacité, lorsqu'il s'agit du décollement du placenta normalement inséré, sont encore discutées : tandis que Baudelocque, Brunton, Kidd, Winter, Patridge, Coë repoussent la rupture des membranes, ou, tout au moins, ne la pratiquent que lorsque la dilatation est complète, R. Barnes, Goodell, Playfair, Freundenberg, Pinard conseillent d'y avoir recours quel que soit l'état du col, que la femme soit ou non en travail, que l'hémorragie soit interne ou externe.

Pour ma part, j'adopte pleinement cette seconde manière de faire. La grande indication, admise par tout le monde dans les hémorragies du placenta normalement inséré, est de terminer l'accouchement aussi promptement que possible. Or cette tension permanente de la poche des eaux, que l'on rencontre toujours dans ces cas, constitue une des causes de la non-dilatation du col. En rompant les membranes, on permettra à la contraction du muscle utérin, jusque-là sans grands résultats, d'exercer sur l'orifice cervical une action beaucoup plus efficace. — D'autre part, l'influence heureuse de la rupture des membranes sur l'arrêt de l'hémorragie est démontrée par bon nombre d'observations.

Notre fait en est un nouvel exemple : non seulement la dilatation du col restée longtemps stationnaire marchait très rapidement après que nous eûmes rompu les membranes, mais encore l'hémorragie se trouvait définitivement suspendue.

Dans les cas où, malgré la déchirure de l'œuf, l'hémorragie continuerait, il faudrait hâter la dilatation du col à l'aide de l'écarteur utérin de M. Tarnier ou du ballon de Champetier de Ribes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE DES PIEDS-BOTS (1)

Par le docteur Phocas,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Dans cette communication, résumant ma pratique personnelle, basée sur une centaine d'observations, je tâcherai d'exposer les grandes lignes du traitement chirurgical moderne du pied-bot.

Le pied-bot est congénital et acquis.

Pied-bot congénital. — Un premier fait qui doit être mis en évidence, c'est la parfaite unanimité des auteurs quand il s'agit du traitement du pied-bot congénital sur le nouveau-né. A cet âge, les opérations sanglantes sur le pied sont

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1201.

absolument interdites, et le seul procédé admis et conseillé est le *redressement manuel*.

Dans ce redressement, la ténotomie du tendon d'Achille, à laquelle on attachait autrefois tant d'importance, n'occupe qu'un rôle secondaire, et la correction osseuse est le principal objectif chirurgical.

Lorenz a systématisé dans ces derniers temps cette opération, qui était connue et pratiquée avant lui. Mais il n'était pas inutile d'insister sur l'importance d'une correction parfaite obtenue sous le chloroforme, correction à laquelle l'appareil ne doit apporter d'autre secours que celui d'un tuteur. L'appareil orthopédique a récupéré de la sorte son véritable rôle qui consiste à maintenir les résultats acquis sans chercher à en acquérir de nouveaux.

Dans le procédé opératoire moderne, nous demandons à la ténotomie et à l'appareil consécutif ce qu'ils peuvent donner, et nous nous appliquons à modeler les os flexibles du nouveau-né, de manière à leur faire prendre la bonne position.

Nous faisons autrement et mieux que nos prédécesseurs, qui attendaient tout de la ténotomie pendant l'opération et qui abandonnaient à l'appareil le rôle du redressement dans la suite.

Pénétré de ces principes, j'ai redressé un grand nombre de pieds-bots sur le nouveau-né et les résections ont été très rares.

Quand ces notions seront généralisées parmi tous les médecins, le nombre des pieds-bots invétérés sera considérablement réduit. La négligence et la pusillanimité des parents nous en réserveront encore, ainsi que la nature du pied-bot. Car, le fait n'est pas douteux, il existe des pieds-bots *invétérés* avant l'âge.

Pied-bot invétéré. — Pour cette catégorie de pieds-bots qui peuvent être congénitaux ou paralytiques et dont la variété la plus fréquente est le varus, le désaccord le plus complet règne dans les opinions des chirurgiens. Les uns, confiants à l'antisepsie, ont attaqué la difformité dans ses éléments osseux (tarsotomie antérieure ou postérieure, opération de Nélaton, opération de Gross); d'autres, désireux d'épargner le squelette ont pratiqué des incisions à ciel ouvert (Phleps) ou des arthrotomies (Kirmisson), et enfin, un courant paraît se dessiner à l'étranger en faveur de l'emploi de la force, du redressement par les machines, méthode qui compte parmi nous des partisans (Redard, Vincent, Delore). Des procédés aussi dissemblables devraient donner des différences manifestes dans les résultats, et il semblerait que rien ne serait plus facile que de comparer ces résultats pour être édifié sur leur valeur réciproque. Il n'en est rien, et pour l'observateur impartial, les succès thérapeutiques ne sont l'apanage d'aucun procédé.

L'explication de ce fait, en apparence paradoxal, nous amène à énoncer un précepte capital dans la thérapeutique du pied-bot invétéré. Ce qui distingue nos procédés modernes, ce qui leur donne leur force et leur efficacité, c'est le soin que les chirurgiens ont apporté à achever l'œuvre de correction du pied-bot par l'opération. Et, toutes les fois que, avec n'importe quel procédé, on a transigé avec ce précepte, posé par Lucas-Championnière, on a couru à un échec presque certain. Au point de vue du résultat définitif, la nature du procédé (ostéoclasique, ostéotomique, arthrotomique) est donc moins importante que la manière dont le chirurgien s'en est servi, et le degré de correction dont il s'est primitivement contenté.

Une autre caractéristique de tous les procédés modernes de traitement du pied-bot est leur *parfaite innocuité*. La mortalité à la suite des opérations aseptiques sur le pied est nulle.

Sur trente-deux opérations, dont je donne les observations, de pieds-bots, je n'ai jamais eu à enregistrer le moindre accident opératoire, et je suis très étonné de voir des statistiques allemandes accuser une légère mortalité. Pour mon compte personnel, je n'ai jamais eu à envisager cette éventualité, et c'est pour des raisons d'un autre ordre que je donne mes préférences à un procédé plutôt qu'à un autre.

J'estime que si nous devons rechercher, dans la correction du pied-bot, le maximum de redressement, nous devons aussi nous efforcer d'obtenir ce résultat à l'aide d'un *minimum de dégâts*.

Aucune considération ne me fera intéresser tous les os du tarse, quand l'ablation d'un seul peut me donner le même résultat. C'est la principale raison qui me fait repousser les redressements par les machines, véritables ostéoclasies, plus ou moins réparties sur tous les os du tarse, et dont les conséquences échappent à notre action et peuvent se traduire par les douleurs, l'atrophie musculaire et les longs soins consécutifs.

Pour les mêmes raisons je repousse en principe les larges tarsectomies, qui sont cependant autrement mesurées et dont l'importance est facile à graduer. Nulle opération ne paraît, par contre, plus rationnelle et moins destructive que celle de Phleps, qu'un des premiers en France, après M. Kirmisson, j'ai contribué à vulgariser en France. Je me flatte aussi d'avoir mis en évidence le rôle important de l'arthrotomie de M. Kirmisson, qui a modifié très heureusement la primitive opération de Phleps. Sur huit opérations pratiquées de la sorte, j'ai obtenu sept bons résultats et un mauvais. Les soins consécutifs ont été négligés dans ce dernier cas. Je conclus de ces observations que le Phleps, pratiqué à la manière de Kirmisson, est une excellente opération, quand elle s'adresse à des enfants encore jeunes, qui marchent, et qu'elle a en vue la correction d'un enroulement du pied de moyen degré.

Mais le Phleps ne procure qu'une correction momentanée qui, pour devenir persistante, nécessite l'aide de l'appareil plâtré immédiat et de soins post-opératoires consécutifs. Elle accorde, en un mot, un rôle trop important au traitement consécutif, et c'est là son principal inconvénient.

C'est pour me mettre à l'abri des surprises dues au manque de soins, que depuis trois ans j'ai adopté le procédé complexe que j'ai l'honneur de vous exposer.

Ayant à corriger un pied-bot invétéré sur des enfants déjà âgés ou sur l'adulte, je commence toujours par pratiquer l'astragalectomie. J'ai essayé aussi la rectification de l'astragale, mais je trouve plus simple et tout aussi bienfaisante son ablation pure et simple.

Ce temps de l'opération est extrêmement simple. Sous la bande d'Esmarch, à l'aide d'une incision externe, on découvre facilement l'astragale subluxé et sa tête qu'on contourne, on le libère de ces ligaments et en exagérant la subluxation on l'enlève en quelques minutes. Sous l'influence du vide créé par l'ablation de cet os l'équinisme se corrige. Une partie du varus est corrigée aussi, mais le pied reste encore enroulé. C'est alors que je pratique une incision

interne, à ciel ouvert, des parties molles du pied, et que je pénètre dans la médio-tarsienne déjà à moitié ouverte par l'ablation de l'astragale. Grâce à cette double intervention, le pied devient pour ainsi dire *neutre* et peut prendre toutes les positions qu'on veut bien lui donner. Il ne tient plus à la jambe que par un pont dorsal et par la région rétro-malléolaire interne, avec les vaisseaux et les nerfs. L'ablation de la malléole externe m'a paru avantageuse dans deux cas.

J'ai pratiqué cette opération onze fois sur des sujets âgés de cinq, huit, neuf, dix, douze et vingt-deux ans, et toujours j'en ai obtenu d'excellents résultats.

Un jeune homme de vingt-deux ans, opéré depuis deux ans, marche à la perfection avec une bottine ordinaire, et personne ne peut se douter qu'il a eu un pied-bot. Il monte en bicyclette et fait des courses comme tout le monde. Deux enfants opérés depuis trois ans font dix kilomètres à pied sans fatigue, avec des bottines ordinaires, et tous les autres résultats sont analogues à ceux-là.

Les soins consécutifs de cette opération sont extrêmement simples. L'opération terminée, je place l'appareil sur un pansement et j'enlève alors la bande d'Esmarch. Le pansement reste en place vingt à trente jours. Au bout de deux mois, le pied est cicatrisé. Le troisième mois l'opéré marche et quelques séances de massage font le reste.

L'astragalectomie pure et simple m'a donné quelques bons résultats, dans certains cas particuliers, comme par exemple sur un pied-bot traumatique résultant d'une consolidation vicieuse du pied, à la suite d'une fracture compliquée et d'une luxation de l'astragale.

Un autre pied-bot paralytique valgus équin a été corrigé par cette opération, et enfin, sur un enfant jeune, j'ai préféré avoir recours à cette opération, dont le principal mérite est d'abréger les soins consécutifs, grâce à la réunion immédiate de la peau.

Le *pied-bot acquis*, résultant d'une paralysie musculaire, peut être divisé en deux variétés. Il est *fixe* ou *ballant*. Le pied-bot fixe est *tendineux* ou *osseux*. C'est dans le pied-bot tendineux que les opérations sur les tendons peuvent donner quelques résultats (ténotomies, raccourcissement, allongement du tendon, anastomoses tendineuses). A ce propos, je rappellerai mon procédé opératoire pour raccourcir le tendon d'Achille sans le diviser, procédé que j'ai déjà publié dans la *Revue d'orthopédie*. J'ai publié aussi un cas d'anastomose tendineuse.

Les *pieds-bots fixes* osseux nécessitent le même traitement que les pieds-bots congénitaux. C'est dans des cas de ce genre que le Phleps est parfois indiqué et donne d'excellents résultats.

Quant au *pied-bot ballant* paralytique, c'est à l'arthrodèse qu'il faut avoir recours. J'ai pratiqué huit arthrodèses dont six au niveau de la tibio-tarsienne, et deux dans la médio-tarsienne. Les résultats de cette opération sont toujours bons, malgré la difficulté qu'on éprouve à obtenir l'ankylose, surtout sur l'enfant. Depuis quelque temps, je pratique la suture des surfaces articulaires cruentées à l'aide de fils d'argent, que je laisse perdus dans l'articulation.

Quant au *pied-bot valgus*, j'ai pratiqué deux fois l'opération d'Ogston, mais dans tous les autres cas, je me suis contenté du redressement sous le chloroforme et de la pose de l'appareil plâtré.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement et guérison sans douleur des papillomes vulvaires.

M. Louis Mercière (de Bordeaux) dit que chaque papillome séparément, fût-il de la grosseur d'un pois, peut être guéri entre cinq et huit jours.

R. Collodion élastique . . . . . . 5 grammes.
Acide salicylique. . . . . 2 gr. à 2gr50

Appliquer quelques gouttes de cette solution sur huit ou dix papillomes dans une même séance, recommencer le lendemain sur huit ou dix autres et cautériser encore les premiers.

Au bout d'une demi-minute, la malade ressent une chaleur assez supportable. La guérison a lieu en quelques jours, sans cicatrices. (*Tribune méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

De l'influence de l'alimentation et du travail sur la toxicité de l'urine chez l'homme. — Casciani, dans une série de recherches fort intéressantes, a étudié expérimentalement l'influence de l'alimentation, des régimes spéciaux, du travail exagéré et du travail modéré sur la toxicité de l'urine humaine normale. Les expériences de l'auteur furent faites sur des individus sains, et l'ont conduit à formuler les conclusions suivantes :

1° La toxicité de l'urine subit de notables modifications sous l'influence de l'alimentation et du travail;

2° L'alimentation végétale diminue la toxicité des urines; en effet, les urines des individus, soumis au régime végétal et à un travail modéré, ne sont pas toxiques, ou le sont à un degré très peu prononcé ;

3° Les urines des individus au repos, soumis au régime mixte, sont plus toxiques que celles des individus soumis au régime strictement végétal ;

4° L'alimentation carnée augmente la toxicité des urines, et d'autant plus que, toutes les conditions restant les mêmes, la quantité des aliments ingérés est plus grande;

5° Le travail exerce, sur la toxicité des urines, une action plus grande que l'alimentation ; cette action est, bien entendu, moins considérable, lorsque le travail est modéré, et plus considérable, lorsque le travail est exagéré et continu ;

6° L'alimentation carnée excessive, ainsi que le travail très exagéré, déterminent l'hypertoxicité des urines et peuvent donner lieu à des phénomènes d'auto-intoxication. (*Riforma medica*, n° 147, 1896.)

Des lésions nerveuses dans le rachitisme et de la théorie infectieuse de cette maladie. — Dans un cas de paralysie bulbaire chez un enfant rachitique, Mircoli a constaté les lésions suivantes :

1° Épendymite proliférante ;

2° Vacuolisation d'une zone disposée le long du sillon du fond du quatrième ventricule qui pénétrait à 3 centimètres dans l'épaisseur de la substance nerveuse ;

3° Intense prolifération des noyaux du tissu fondamental ;

4° Notable destruction des cellules qui composent le noyau moyen du vague et celle des fibres nerveuses qui partent de ce noyau. Ajoutons qu'on trouve, toutefois, un certain nombre de cellules intactes, ce qui explique les effets de compensation ;

5° Exsudats localisés dans la substance réticulaire de la protubérance qui sont en rapport avec la substance fondamentale, ce qui a déterminé la destruction des fibres nerveuses en quantité assez considérable.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur a constaté la présence, dans le système nerveux, des microbes pyogènes ; il a pu, en effet, isoler des cultures pures de staphylocoque et de streptocoque. Quelle est la signification de ces microbes dans la pathogénie des maladies aiguës de la moelle épinière chez les enfants?

A ce propos, Mircoli rappelle d'abord qu'il a constaté leur présence depuis assez longtemps, notamment depuis 1891, et que, dès lors, ces recherches ont été confirmées par d'autres expérimentateurs, et particulièrement par les auteurs français.

Mircoli rappelle ensuite que, déjà en 1891, il a émis une théorie infectieuse du rachitisme, et, pourtant, on n'en a pas fait mention au dernier Congrès allemand de médecine interne tenu à Francfort.

Depuis l'époque où il avait formulé sa théorie, il a observé d'autres faits et ces faits l'ont confirmée.

Cette théorie, la voici :

Les microbes pyogènes pénètrent dans la circulation, soit grâce à une solution de continuité du tégument cutané, par exemple dans les cas d'eczéma ou de furoncle, soit par le tube intestinal qui est préalablement irrité ou bien par la dentition.

Ce n'est pas tout.

Les microbes peuvent encore arriver dans le tube intestinal par le lait maternel qui se contamine d'abord à l'embouchure des galactophores, ensuite dans la bouche même de l'enfant.

Il est très facile de concevoir que les microbes qui séjournent dans un intestin dont la muqueuse est malade n'aient guère de difficultés pour pénétrer dans la circulation générale; et de là, ils vont se localiser dans les régions où l'activité fonctionnelle est très grande, notamment dans la région d'accroissement des os et dans le système nerveux.

Après avoir rappelé les recherches de Charrin, qui a produit artificiellement le rachitisme chez des lapins en leur injectant des toxines bactériennes, l'auteur conclut en disant que, pour affirmer la nature infectieuse du rachitisme, il suffit à la rigueur de citer les deux faits suivants : 1° l'existence du rachitisme à l'état endémique dans les familles ; 2° l'existence bien démontrée des épidémies de cette affection. (Congrès de médecine interne tenu à Rome, le 27 octobre 1896.)

Sur les antipyrétiques et les antithermiques. — Jusqu'à l'heure actuelle, malgré le grand nombre de théories que nous possédons sur la fièvre, nous sommes loin encore d'avoir la solution de cette question si importante.

D'autre part, nos connaissances sont encore assez insuffisantes sur l'action des substances dites antipyrétiques et antithermiques. Chaque nouveau travail à ce sujet doit donc nous intéresser, et c'est pour cela que nous croyons utile de signaler la communication faite au dernier Congrès de médecine interne de Rome, par Mennela. Il rappelle d'abord que la température élevée est déterminée d'une part par les toxines bactériennes dans le sang et par l'intervention très active du système nerveux d'autre part.

La réaction fébrile est proportionnelle à la réaction du système nerveux et particulièrement à celle du centre présidant à la formation de la chaleur organique. Quant à l'action des antithermiques, ils n'abaissent pas la température par leur action antiseptique, autrement dit ils n'agissent pas sur les toxines et ne favorisent pas leur élimination de l'économie.

Les expériences, au nombre de trente, sur des lapins, où l'on employa les substances chimiques les plus généralement administrées pour obtenir l'abaissement de la température (substances représentant les différents groupes de dérivés du benzol) ont donné les résultats suivants :

L'administration de tous les antipyrétiques, exception faite peut-être pour la quinine, augmente la dispersion des caloriques par excitation très considérable des nerfs vaso-dilatateurs : c'est le premier stade ; le deuxième stade consiste en une diminution de la chaleur par la diminution des combustions organiques. Ce dernier phénomène résulte de l'action toxique qu'exercent les antipyrétiques sur les éléments constituants du plasma sanguin. Cette action sur le sang est immédiate et s'observe toujours, de sorte que, lorsqu'elle est très forte, le phénomène qui se produit tout d'abord — la vaso-dilatation — est presque insignifiant, et l'antipyrèse ne reconnaît alors qu'un seul facteur.

La preuve de ce que les antipyrétiques agissent d'abord sur le sang et ensuite sur le système vaso-moteur peut être trouvée dans les rapports de la température interne et de la température périphérique.

Quant à expliquer l'antipyrèse, il n'est pas nécessaire de faire intervenir le centre thermique et le centre vaso-moteur, car l'action des antipyrétiques sur le sang, d'une part, l'excitation des ganglions vasculaires, d'autre part, sont suffisantes. Tous les antipyrétiques diminuent la pression sanguine et déterminent une excitation du pouls et du cœur, quoique peu considérable.

Les paralysies cardiaque et respiratoire résultent de l'action toxique des antipyrétiques sur le sang.

Ces derniers diminuent la quantité de l'urée, sauf l'acétanilide et le phénocol qui l'augmentent; d'autre part, ils activent la diaphorèse, surtout chez les fébricitants et les individus prédisposés à la dilatation du système vasculaire, par exemple chez les phtisiques.

La sécrétion urinaire est diminuée par tous les antipyrétiques, excepté l'acétanilide et le phénocol qui l'augmente.

En ce qui concerne l'élimination des antipyrétiques, ils sont éliminés en grande partie par le sang; un certain nombre d'entre eux traversent l'organisme, sans se décomposer, et, enfin, d'autres se dédoublent et donnent lieu très probablement à la formation d'analgine libre.

L'action analgésique est indépendante de l'action antipyrétique; qu'elle s'exerce par la voie sanguine ou la voie nerveuse, elle se trouve en rapport intime avec le mécanisme de l'action antipyrétique. (Communication au Congrès de médecine interne à Rome, octobre 1896.)

Broncho-pneumonie tuberculeuse à forme ulcérante traitée par les injections de sérum antituberculeux. — Terrile rapporte un cas de bronchopneumonie tuberculeuse droite avec des foyers diffus de sclérose du côté gauche où les injections de sérum Maragliano se sont montrées de très grande efficacité.

Le malade, âgé de trente-huit ans, originaire de Budapest, fut admis à l'hôpital avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Il avait une fièvre très intense (39°8) et sa nutrition était gravement compromise.

A l'examen objectif, on relève la présence de foyers broncho-pulmonaires à forme ulcérante dans le lobe supérieur du poumon droit et des foyers de sclérose dans le lobe supérieur du poumon gauche; en outre, on constate un catarrhe bronchique diffus.

La fièvre continue et, par moment, il survient de la dyspnée ; l'expectoration, quelque peu abondante et muco-purulente, contient un très grand nombre de bacilles de la tuberculose avec des associations microbiennes très évidentes.

On décide d'avoir recours aux injections de sérum antituberculeux. On injecte en tout 186 centimètres cubes. Pendant les premiers quinze jours, on fait une injection de 1 gramme tous les deux jours. Après cette période, on injecte tous les jours 5 centimètres cubes.

A partir de ce moment, la fièvre disparaît complètement,

les conditions générales du malade s'améliorent; l'expectoration devient moins purulente, le poids du corps augmente de 5 kilogrammes. Le malade quitte alors l'hôpital, mais continue le traitement : il ne présente plus alors que des signes de bronchite diffuse. L'expectoration ne contient plus de bacilles de la tuberculose; l'injection de ces crachats à des cobayes ne détermine pas la tuberculose expérimentale.

Les injections de sérum Maragliano furent continuées tous les deux jours à la dose de 1 gramme. Les sueurs nocturnes cessèrent alors complètement, l'expectoration disparut, et l'on n'y put plus retrouver le bacille de Koch. Le malade se considérait comme complètement guéri et décida de retourner dans son pays.

A l'examen physique, on nota une diminution considérable de sonorité au sommet du poumon droit, avec respiration rude et quelques râles. Le poids du corps a augmenté de 10 kilogrammes. Ce cas, et d'autres encore, observés à la clinique de Gênes, démontrent qu'on peut obtenir, avec le sérum Maragliano, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire soit à doses élevées, soit à doses réfractaires, la disparition complète et durable de la fièvre. (*Cronaca della Clin. Med. di Genova*, n° 18, 1896.) Dr TAFT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 janvier 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 69, majorité 35, M. Guignard obtient 68 suffrages. En conséquence, M. Guignard est proclamé élu.

RAPPORT

Remèdes secrets. — M. REGNARD, au nom de la Commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURES

Le Davainea madagascariensis à la Guyane. — M. R. BLANCHARD résume les cas actuellement connus où ce parasite a été observé chez l'homme. Découvert en 1869, à Mayotte, par Grenet, puis décrit par Davaine sous le nom de Tænia madagascariensis, ce curieux helminthe a été revu quatre fois à l'île Maurice par le docteur Chevreau, et signalé aussi à Bangkok par Leuckart.

M. Blanchard démontre qu'il appartient à un type de vers intestinaux assez répandus chez les oiseaux, constatation assurément inattendue.

On pouvait penser qu'il était particulier aux régions baignées par l'océan Indien, mais le docteur Daniels, médecin colonial à la Guyane anglaise, a récemment fait connaître, sous le nom de *Tænia Demerariensis*, un parasite dont M. R. Blanchard a reçu des exemplaires et qu'il a pu identifier avec le tænia de Madagascar.

Il devient donc très vraisemblable que cet helminthe, encore peu connu, est répandu dans toute la zone intertropicale. Ses migrations sont inconnues : on doit rechercher son hôte intermédiaire parmi les insectes cosmopolites, ou, du moins, parmi ceux qui sont communs à toute la zone intertropicale. Les blattes ou cancrelats, qui attaquent si volontiers les denrées alimentaires et qui infectent littéralement les navires, doivent être particulièrement soupçonnés. Cette origine paraît très vraisemblable, quand on considère que le parasite n'a été observé, jusqu'à présent, que dans des îles et des ports de mer.

Hygiène professionnelle. — M. NAPIAS lit un travail sur ce sujet. (Voir le Premier-Paris.)

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. Voici l'ordre de classement : en première ligne, M. Delorme; en deuxième ligne, M. Richelot; en troisième ligne, M. Peyrot; en quatrième ligne, M. Bouilly; en cinquième ligne, M. Quénu; en sixième ligne, M. Kirmisson.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le langage écrit (1), par le docteur P. KERAVAL.

S'il existe des livres groupant, comme dans une galerie, un certain nombre des caractères écrits de l'humanité, il n'en est aucun qui se soit occupé du langage écrit chez tous les peuples et à tous les âges. C'est cette lacune que le présent ouvrage est destiné à combler.

Le docteur Keraval ne s'est pas simplement proposé de photographier des écritures et d'en publier les tracés, en les accompagnant d'une interprétation, d'ailleurs souvent trop sèche dans les travaux auxquels nous faisions allusion plus haut.

Il s'est, pour ainsi dire, introduit dans les cerveaux mêmes des représentants de l'humanité, à tous les âges du monde; il s'est longuement imprégné de leur vie intellectuelle et du but inconscient que chacun d'eux voulait atteindre par l'écriture; il est ainsi arrivé à rendre le mécanisme général de l'Universalité des langues écrites, du langage écrit, en un mot, par l'étude du fonctionnement particulier de chacune des langues écrites, à toutes les périodes de l'existence mentale du genre homme. Aussi trouve-t-on dans ce volume l'étude minutieuse des signes du langage graphique, de ses rouages intellectuels, de ses images matérielles et mentales, de son utilisation, de son génie, de ses rapports avec la langue, avec le langage intérieur : ses lois, en réalité.

Les nombreuses figures qui accompagnent le texte en constituent les documents, les leçons de choses, au même titre que les figures des traités de géométrie, d'anatomie, de mécanique, sans lesquelles ces livres seraient incompréhensibles. Elles nous fournissent les caractères écrits (avec leurs significations) des principales branches du langage écrit : égyptiaque ancien, hébraïque, sanscrit, arabe, japonais, chinois, slave, grec, etc., et, au besoin, des textes utiles à connaître. Quelques-unes sont destinées à montrer le mécanisme de l'origine et des associations des images intra-cérébrales correspondantes, ainsi que le rôle des diverses régions du cerveau dans la mise en activité de la lecture et de l'écriture.

Physiologistes, médecins, psychologues, philosophes, sténographes, linguistes, anthropologistes, lettrés et savants, tous s'intéressent à ces questions.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

(1) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



N° 6. — SAMEDI 16 JANVIER 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 16 JANVIER 1897. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'association hystéro-tabétique.

Par le docteur Vires,
Chef de clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les associations des névroses avec les maladies organiques du système nerveux manquent, d'une façon générale, d'histoire diagnostique nette et de pathogénie précise. Malgré le grand nombre de publications, écloses d'hier, les unes de très réel mérite, les autres, simples recueils de faits, sans essai de synthèse, il y a place encore pour des recherches nouvelles, recherches qui nous paraissent nécessaires, en raison du désarroi nosologique causé par des différenciations subtiles, des déductions rapides, des dénominations impropres, voire même inexactes.

Plus particulièrement, l'association de l'hystérie avec l'ataxie locomotrice progressive, qui constitue un sujet d'étude tout d'actualité, n'a pas d'histoire clinique personnelle. C'est là, pourtant, une question de neuropathologie pratique, dont la connaissance s'impose, sous peine de commettre une erreur de diagnostic. L'examen des symptômes, d'une part, du diagnostic, d'autre part, doit se compléter par celui de la notion causale, par la recherche de la tare sous-jacente à l'hystéro-tabes.

Nous consacrerons cette Revue générale à l'association de l'hystérie et du tabes, au triple point de vue symptomatique, diagnostique et pathogénique.

I

Historique. — Ce que nous voulons étudier est de fraîche date et d'introduction récente en neuropathologie. C'est de l'histoire tout à fait contemporaine.

Vulpian, en 1879, le premier, semble-t-il, a vu les rapports qui peuvent unir l'hystérie et l'ataxie locomotrice. Il a noté la coexistence des deux affections, mais sans pousser plus avant.

Charcot, dès 1887, met bien en lumière les cas complexes où le syndrome tabétique se trouve allié au syndrome hystérique. Il fournit les premiers matériaux. Il aborde l'étude clinique des associations hystéro-tabétiques. Il en décrit minutieusement les symptômes, en donne de remarquables observations. Il essaie de préciser leur place en nosologie et proclame que l'hystérie et le tabes, réalisés chez le même sujet, ne se combinent pas en un état nouveau.

Joffroy, en 1888, fait, à la Société médicale des hôpitaux, une communication sur deux cas complexes où l'hystérie, l'ataxie et la maladie de Basedow existent chez le même individu.

Rendu, en 1890, consacre une leçon clinique à un malade hystéro-tabétique, et insiste surtout sur les difficultés du diagnostic.

Souques (1891) écrit un très remarquable travail sur les syndromes simulateurs de l'hystérie. Il fait, en quelques pages, l'étude de l'association hystéro-tabétique. Il rapporte des observations empruntées à Sückling et à Charcot.

La même année, Siredey communique à la Société médicale des hôpitaux un cas remarquable par la coexistence, chez le même malade, de l'hystérie et de l'ataxie locomotrice progressive.

En 1892, Blocq et Onanoff rapportent une fort curieuse observation : cliniquement, leur malade est hystérique et tabétique. L'hystérie cache presque complètement le tabes. Anatomiquement, la nécropsie révèle l'existence de lésions tabétiques, en voie de formation, tout à fait au début, lésions à prédominance cervicale.

Rouffilange, en 1893, groupe toutes les observations qu'il a pu trouver dans les auteurs. Il ne les fait suivre d'aucun commentaire.

Nougués, la même année, insère dans la Policlinique de Toulouse l'histoire d'un hystéro-tabétique.

Telle est la brève histoire de l'hystéro-tabes.

Les faits qui vont servir à l'édifier ne sont pas nombreux. Nous les avons groupés ailleurs. Nous les donnons ci-dessous (1).

1. Observation de Charcot. *Policlinique du mardi*, 12 juin 1888.

2. Observation de Charcot. *Policlinique du mardi*, 5 février 1889.

3. Observation de Charcot. *Leçons du mardi*, page 152 (Souques et Guinon).

(1) Nous renvoyons à notre thèse pour les renseignements bibliographiques complets, *L'hystéro-tabes*, Th. de Montpellier, 1896.

4. Suckling. *Brit. med. Journ.*, 10 avril 1886 (Thèse de Souques).

5. Siredey. Société médicale des hôpitaux, Paris, novembre 1891.

6. Observation de Charcot et Blocq. *Mercredi médical*, décembre 1891.

7. Observation de Blocq et Onanoff. *Archives de médecine expérimentale*, 1892.

8. Observation de Grasset. *Gazette hebdomadaire*, 1878.

9 et 10. Observations de Joffroy. Société médicale des hôpitaux de Paris, 1888.

11. Observation de Achard, in thèse de Rouffilange. Paris, 1893.

12. Observation de Rouffilange, dans sa thèse.

13. Observation de Rendu. *Cliniques*, page 437.

14. Observation de Vires, recueillie dans le service de Grasset, 1896.

15. Nougués. *Policlinique de Toulouse*, 1896.

Nous laissons volontairement de côté certaines observations anciennes : elles manquent de précision. Tout diagnostic rétrospectif peut, du reste, être considéré comme suspect. Nous omettons, de même, quelques cas rapportés en ces derniers temps, et qui ne sont pas des exemples absolument purs d'association hystéro-tabétique. Ceux que nous donnons, comme nous l'avons démontré en notre thèse, satisfont pleinement aux exigences les plus sévères du diagnostic.

II

Symptômes. — Nous avons naturellement à passer en revue ceux qui ressortissent de l'ataxie locomotrice et ceux qui appartiennent à l'hystérie.

A. *Syndrome tabétique.* — Pour ne pas étendre outre mesure cette Revue, nous donnons seulement les résultats que nous obtenons par le dépouillement de nos observations. Or, les divers symptômes du tabes se trouvent en des proportions variables. Si nous les rapportons à 100, nous avons, en une progression décroissante, le tableau suivant :

Douleurs	79
Troubles digestifs	65
Troubles trophiques	65
Romberg	64
Westphall	64
Troubles pupillaires	60
Troubles urinaires	60
Incoordination motrice	50
Anesthésies	43
Paralysies des muscles oculaires	36
Effondrement (giwing of the legs)	36
Troubles du champ visuel	22
Troubles de l'ouïe	22
Atrophie optique	8

Dans tous les cas donc, nous notons les phénomènes du tabes postérieur.

Dans tous les cas, les symptômes de l'hystéro-tabes ont généralement la même fréquence que dans le tabes pur, vierge de toute association. Nous pouvons donc dire, de par la clinique, que les symptômes tabétiques, réalisés par les individus atteints d'hystéro-tabes, n'appartiennent pas à un type spécial, mais qu'ils tiennent tous, et comme qualité et comme quantité, de l'ataxie locomotrice progressive.

Voilà donc établi un premier élément, l'élément tabes, qui ne se différencie en rien de ce qu'il est dans la maladie de Duchenne.

B. *Syndrome hystérique.* — Si nous rapportons à 100, nous avons la progression décroissante que voici :

Anesthésies	50
Troubles psychiques (état mental)	50
Troubles oculaires en bloc	36
Ovarie	35
Crises d'hysteria minor	22
Paralysies	22
Zones hystérogènes	22
Spasme du rire et des pleurs	22
Troubles gastro-intestinaux	23
Troubles sensoriels (hallucinations surtout)	23
Grande hystérie (attaques de)	20
Troubles vocaux	8
Tremblements	8
Hoquet	8

Dans tous les cas, nous signalons les phénomènes de l'hystérie. Dans tous les cas, les symptômes de l'hystéro-tabes ont généralement la même fréquence que dans l'hystérie, vierge de toute association.

Nous pouvons également dire, de par la clinique, que le syndrome hystérique de l'hystéro-tabes n'appartient pas à un type névrosique nouveau, mais qu'il tient, et comme qualité et comme quantité, de l'hystérie ordinaire.

Voilà donc établi le second élément qui nous sert à édifier la constitution clinique de l'hystéro-tabes, l'élément hystérie qui ne diffère en rien de la phénoménologie qu'il réalise dans la névrose hystérique.

Il serait long, fastidieux, inutile, de reprendre, signe par signe, les deux syndromes constitutifs. Leur étude minutieuse nous a conduit aux précédentes conclusions. Ces conclusions nous permettent d'établir nettement la simple juxtaposition des deux maladies sur un même malade. Les individus qui réalisent l'association hystéro-tabétique empruntent et à l'hystérie et au tabes, un ou plusieurs de leurs stigmates, mais sans jamais les transformer. « Il n'y a pas d'hybrides en nosographie, » disait Charcot. Cette étude en fournit une preuve.

Hystérie et tabes, en effet, — au moins pour la création de symptômes nouveaux, — ne s'unissent pas, ne font pas un tel alliage qu'ils constituent une entité morbide nouvelle. Ce sont bien, en chaque cas, les symptômes de l'hystérie et les symptômes du tabes. « Hystérie et tabes se succèdent l'une à l'autre, sans avoir mêlé un instant les divers symptômes qui les caractérisent. Il y a une centaine d'années, on eût parlé de la transformation d'un syndrome dans un autre. Aujourd'hui, nous sommes tentés, avec nos idées du jour, à ne voir dans ces changements que la succession, peut être accidentelle, d'états morbides indépendants l'un de l'autre... Il s'agit là d'espèces morbides radicalement distinctes. Elles représentent deux membres de la même famille nosographique, qui se tiennent par les liens de l'hérédité de transformation. Il est donc naturel qu'elles se montrent coexistantes sur un terrain particulièrement favorable à l'éclosion de semences de ce genre. Les deux maladies,

bien que développées en raison de conditions communes, n'en évoluent pas moins individuellement chacune pour son compte, sans s'influencer beaucoup mutuellement » (Charcot).

Ainsi donc, au point de vue symptomatique :

a. L'association hystéro-tabétique se traduit par un double syndrome, hystérique et tabétique. Hystérie et tabes se juxtaposent, sans s'unir, sans donner naissance à une entité morbide nouvelle. Réunis, ils restent indépendants.

b. L'association hystéro-tabétique ne constitue pas une maladie hybride. Elle emprunte à l'hystérie les symptômes hystériques, au tabes les symptômes tabétiques. Elle les réalise dans les mêmes proportions et avec le même mode que le tabes pur et l'hystérie pure.

III

Diagnostic. — Nous rechercherons d'abord quels signes nous permettent de reconnaître l'ataxie locomotrice progressive, quels signes, ensuite, nous mettent en mesure de diagnostiquer l'hystérie. Nous serons très bref, les éléments étant déjà suffisamment connus. Partant de ces points de repère, nous reconnaîtrons forcément l'hystéro-tabes, qui n'est qu'une juxtaposition de l'hystérie et du tabes.

Il s'agira alors de faire le diagnostic de l'hystéro-tabes avec ce que Blocq appelle les affections tabétiques et les affections miméto-tabétiques, que nous groupons dans le tableau suivant :

- Affections tabétiques. (Paul Blocq. *Gaz. des hôpit.*, 1890, 22 mars.)
  - Moelle.
    - Tabes vrai.
    - Tabes héréditaires.
    - Tabes combinés.
    - Phénomènes tabétiques de syringomyélie.
  - Nerfs.
    - Pseudo-tabes.
      - *a.* toxiques.
        - alcool.
        - arsenic.
        - plomb.
        - diabète.
      - *b.* infectieux. béribéri.
    - Nervo-tabes.
  - Névroses.
    - Pseudo-tabes neurasthénique.
    - Tabes hystérique.
- Affections miméto-tabétiques.
  - Maladie de Thompsen.
  - Abasie.
  - Paramyoclonus multiplex.
  - Ataxie cérébelleuse
    - néoplasique.
    - de Ménière.
    - de la sclérose en plaques.

1° *Ataxie locomotrice progressive.* — Il est superflu de retracer le tableau classique du tabes. Mettons simplement en relief les *signes générateurs*, comme dit Blocq, de cette affection. Ils ne sont pas nombreux. « Le tabes a ceci de particulier, disait Charcot, qu'avec un nombre restreint de symptômes, environ une vingtaine en tout, il donne lieu aux combinaisons les plus imprévues, analogues à celles que l'on pourrait obtenir en mettant sur vingt-cinq morceaux de papier jetés au hasard dans un chapeau, les vingt-cinq symptômes du tabes. »

D'abord, l'ataxie locomotrice *débute* tard. Les cas précoces sont l'exception. Sa durée *est longue*; les cas complets réalisant toute la série tabétique sont rares;

Ce qui est l'apanage de quelques maladies c'est :

1. L'*amaurose tabétique*, qui, parfois, manque dans le tabes.

2. Le signe d'*Argyll Robertson*, qu'on ne trouve que dans le tabes et la paralysie générale.

3. Les *crises viscérales* et les *troubles vésicaux* semblent avoir une marche spéciale et une allure distincte dans le tabes. On les retrouve admirablement imités par l'hystérie.

Ces quatre signes constituent le syndrome tabétique, syndrome relatif, puisque ces signes ne furent jamais ailleurs que dans le tabes, l'hystérie et la paralysie générale.

Les signes suivants ont aussi une grande valeur. Ce sont :

1. L'*abolition des réflexes :* on la voit aussi dans la maladie de Friedreich, dans certaines scléroses combinées, dans la syringomyélie, dans la paralysie générale, dans tous les pseudo-tabes.

2. Les *douleurs fulgurantes et les altérations de la sensibilité :* on les a notées dans la syringomyélie, dans les pseudo-tabes, dans les neuro-tabes.

3. Les *troubles objectifs de la sensibilité*, la perte du sens musculaire, le Rimberg, la démarche tabétique : le tabétique lance ses jambes de côté et d'autre; il projette en avant le membre inférieur étendu, fléchissant à peine le genou. Le pied retombe en bas, le talon le premier.

4. Le *giwing of the legs*, l'effondrement, le fléchissement brusque, complet, total, de jambes au niveau des jarrets. On ne le retrouve guère que dans la maladie de Basedow (Charcot).

5. Les *troubles trophiques*, atrophies musculaires qui n'apparaissent ici que vers la fin de la maladie.

6. Les *perversions des réactions électriques* des muscles, qu'on n'a guère occasion de noter, dans le tabes, qu'aux dernières époques de l'évolution morbide.

Voilà donc les signes qui peuvent permettre de reconnaître la maladie de Duchenne, au moins lorsqu'ils sont groupés.

2° *Hystérie.* — « Encore que ses allures soient capricieuses, l'hystérie a sa physionomie propre, laquelle résulte de la constance et de la similitude de quelques-uns de ses traits qui sont des stigmates » (Blocq, p. 65).

Les stigmates sont des signes qui, par la fréquence de leurs constatations, la spécificité de leurs caractères, la fixité de leur durée, peuvent être regardés comme pathognomoniques, en quelque sorte, de l'hystérie.

Les seuls stigmates, sur lesquels l'accord est unanime, ressortissent :

α. A la sphère *de la motilité* (diathèse de contractures).

β. A la sphère *de la sensibilité générale* (anesthésies, hyperesthésies, zones hystérogènes) et de la sensibilité spéciale (troubles de l'audition, de la vision, de l'odorat et du goût).

γ. A la sphère *de la nutrition* (variation des excrétions urinaires).

α. *Diathèse de contractures.* — Si, chez une hystérique, on presse les masses musculaires, on tiraille un membre, on applique un diapason en vibration sur les tendons ou le muscle lui-même, si on fait une constriction à l'aide d'un lien élastique, on réalise et on provoque une *contracture*, contracture formée immédiatement, brusquement, et atteignant d'emblée son summum d'intensité. Elle est spasmodique.

Ceci est un stigmate hystérique par excellence.

β. La sphère *de la sensibilité* est la plus riche en stigmates.

Les *anesthésies* (Janet, Binet, Blocq et Onanoff) ont des caractères propres : systématisation, intensité absolue, évolution bizarre.

Les *hyperalgésies* sont disséminées, distribuées par plaques ou par segments. Localisées en des points particuliers, elles deviennent des zones hystérogènes qui, par pression plus forte, sont fréno-hystériques, spasmo-frénatrices.

La *sensibilité spéciale* offre les stigmates les plus significatifs. Ce sont le blépharospasme, la polyopie, la mégalopsie, l'amaurose, le rétrécissement concentrique du champ visuel, l'hypo-acousie, l'anosmie, l'agneusie.

γ. Au point de vue *de la nutrition*, les recherches de Gilles de La Tourette et de Cathelineau, étendues et complétées par celles de Bosc (*Comptes rendus de la Société de biologie*, juillet 1892), démontrent qu'il y a un abaissement considérable de l'urée, du résidu fixe, de l'azote total, et enfin l'inversion des phosphates, une diminution de la toxicité urinaire (Bosc et recherches personnelles).

Nous sommes en mesure de reconnaître l'hystérie, de reconnaître le tabes et par suite l'hystéro-tabes, juxtaposition des deux affections.

Mais le diagnostic d'hystéro-tabes n'est pas aussi simple.

3° *Les pseudo-scléroses*. — Il est des cas qui simulent, à s'y méprendre, une maladie du système nerveux, ou névrosique ou organique. Les symptômes la font diagnostiquer et l'autopsie ne révèle rien qui puisse expliquer les phénomènes constatés pendant la vie. On a donné à ces affections paradoxales le nom de pseudo-scléroses (Westphall). Lange, Babinsky, Pitres, Oppenheim en ont rapporté des exemples. Ce sont probablement des affections purement hystériques ou hystérico-organiques. Les pseudo-scléroses ne sont pas suffisamment connues pour nous arrêter davantage.

4° *Les pseudo-tabes*. — « On a étudié sous le nom de pseudo-tabes des affections morbides qui peuvent offrir un tableau analogue à celui de la maladie de Duchenne » (Leval-Piquechef). « On appelle pseudo-tabétiques, dit Pitres, les malades qui, sans avoir les lésions médullaires caractéristiques de la maladie de Duchenne, présentent néanmoins un ensemble de symptômes sensitifs et moteurs, rappelant plus ou moins fidèlement le tableau de l'ataxie locomotrice progressive. Parmi ces malades, les uns sont atteints d'affections du cervelet (pseudo-tabes cérébelleux), les autres, de lésions non systématisées de la moelle (pseudo-tabes de la sclérose en plaques, névrotique, névropathique, etc.). »

Voici le tableau des pseudo-tabes :

Pseudo-tabes (Leval-Piquechef)	par intoxication. .	alcool, plomb. sulfure de carbone.
	par maladies infectieuses	diphtérie, variole. fièvres éruptives.
	par diabète.	
	par névropathie.	

Le terme de pseudo-tabes nous paraît mauvais. Il n'y a pas de pseudo-tabes, pas plus qu'il n'y a de pseudo-rhumatismes ou de pseudo-paralysies. On est rhumatisant, ou bien on ne l'est pas. De même, on est tabétique, ou bien on ne l'est pas.

Il y a simplement — et les auteurs n'ont certainement pas voulu exprimer autre chose — il y a des syndromes, des affections, des maladies qui simulent un autre syndrome, une autre affection, une autre maladie.

Pourquoi, alors, conserver un terme qui peut prêter à la confusion? L'expression de Souques (page 127 de sa thèse) nous paraît plus juste, plus précise. Elle doit être conservée. Ce sont *des syndromes simulateurs* du tabes que réalisent les pseudo-tabétiques et non pas des pseudo-tabes. Or, ces syndromes simulateurs du tabes sont fonction de l'hystérie, de l'intoxication ou de l'infection.

α. *Syndrome hystérique simulateur du tabes*. — Webb, en 1876, le premier, rattacha à l'hystérie des phénomènes qu'on mettait sur le compte de la sclérose en plaques ou de la maladie de Duchenne. Lecorché et Talamon en 1888, Leval-Piquechef en 1885, Pitres en 1888 et en 1890, Hurd, Vedrène, Huchard, Kannenberg, ont tour à tour rapporté des cas où l'hystérie simulait le tabes. Souques donne 13 cas. Gilles de La Tourette (1895) arrive à un total de 15 observations.

L'hystérie simulatrice du tabes se développe chez des adultes de vingt-neuf à cinquante ans; elle débute lentement, insidieusement, puissamment aidée par les fatigues, les préoccupations morales, les ennuis, les antécédents héréditaires névropathiques.

Le symptôme le plus constant observé dans tous les cas, « à des degrés divers » (Pitres), c'est l'instabilité de la station debout, l'incoordination motrice dans la marche.

Il est des symptômes, tels que l'induration grise du nerf optique, les arthropathies déformantes, le signe d'Argyll-Robertson, les fractures spontanées qui restent, dans l'espèce, l'apanage de la maladie de Duchenne.

« Les différences, dit Gilles de La Tourette, tiennent surtout à l'absence ou à la présence des réflexes rotuliens ou plantaires, à l'absence ou à la présence du signe d'Argyll, de l'atrophie papillaire. » Elles tiennent aussi, et c'est pour Pitres le grand élément important, aux antécédents nerveux des malades, à l'existence ou à la non-existence de symptômes nerveux dépendant de l'hystérie. Tôt ou tard, en matière d'hystérie, la guérison se produit (Gilles de La Tourette). La maladie de Duchenne ne guérit jamais. Dans un cas de syndrome hystérique simulant le tabes, la guérison s'obtint à Lourdes, après six ans (cas de Petit). Dans un autre de Huchard, elle s'obtint en quelques semaines après quatre ans.

Leval-Piquechef, Bosc, Pausier, Parinaud, ont enfin différencié le tabes de l'hystérie par l'étude de l'œil et de ses annexes.

β. *Syndromes dus soit à une infection, soit à une intoxication et simulant le tabes de Duchenne*. — Ces syndromes peuvent être rangés sous deux chefs :

1. Paraplégies toxiques à type de flexion (Charcot);
2. Nervo-tabes (Déjerine 1883) ou mieux névrites périphériques, infectieuses ou toxiques.

Ils se distinguent de la maladie de Duchenne à plusieurs points de vue :

Anatomiquement, le tabes est dû à une lésion de cordons postérieurs : les nervo-tabes, les paraplégies toxiques frappent les nerfs, non pas l'axe.

Étiologiquement, l'hérédité, cause fondamentale, la syphilis, les excès, causes occasionnelles, font du tabes; les pseudo-tabes viennent de l'alcool, de l'arsenic, du beriberi, de l'érysipèle, du diabète.

Symptomatiquement, l'ataxique de Duchenne ne réalise pas, en quelques semaines, encore moins en quelques jours, l'incoordination motrice.

Les nervo-tabes périphériques peuvent avoir une évolution excessivement rapide, et Leyden a consacré une étude à ces névrites d'évolution suraiguë.

On produit de la douleur en comprimant les masses musculaires ou les troncs nerveux, chez les malades affectés de

tabes périphérique. Ce symptôme, on ne le rencontre pas chez les tabétiques médullaires.

Symptomatiquement, le contraste est plus frappant encore. L'ataxique a une démarche spéciale, à lui propre; or, le faux ataxique est un *steppeur*. L'un projette les jambes en avant et plus ou moins en dehors, d'un seul coup, la pointe reste dirigée en l'air, le pied retombe, frappe le sol avec le talon et fait un choc unique.

L'autre, le faux tabétique, soulève ses jambes haut au-dessus du sol, la pointe des pieds basse, le pied est projeté en avant, non étendu, ballant; il retombe par la pointe et fait deux bruits, celui de la pointe d'abord, celui du talon ensuite.

L'un est le type du talon, l'autre de la pointe. L'un ne commande que la direction générale de la marche; l'autre, le pseudo-tabétique, en fait un acte voulu, combiné en ses moindres détails, médité à chaque pas, et dont le désordre apparent n'est, en somme, qu'une façon de remédier à l'élément paralysie (Brissaud).

L'un est paralysé, et ses muscles (surtout les extenseurs) n'ont plus de force. Le tabétique possède l'intégrité de sa puissance dynamométrique.

Enfin, le pseudo-tabétique n'a pas d'Argyll, ni les troubles des sphincters.

Dans les cas à évolution lente, cas dont la fréquence n'est pas grande, les difficultés diagnostiques sont parfois insurmontables.

Dejerine, Thompsen, Nosme, ont porté pendant la vie le diagnostic de sclérose des cordons postérieurs, pour des cas qui, à l'autopsie, furent reconnus être des tabes périphériques.

« Dans ces cas à marche lente, l'état de la vessie, dit Dejerine, devra être étudié avec soin; il est rare, en effet, que, dans le tabes médullaire, on ne constate pas de troubles du côté des fonctions de cet organe : mictions impérieuses, lenteur de l'émission, incontinence plus ou moins accusée » (Fournier, Guyon).

Mais ici encore, il n'y a rien d'absolu, l'incontinence d'urine pouvant se retrouver dans la névrite périphérique, ainsi que le prouve, entre autres, l'observation de Thompsen.

En réalité donc, lorsque le tabes périphérique évolue d'une manière lente, le diagnostic différentiel peut présenter des difficultés à peu près insurmontables, et Leyden parle de malades qu'il a suivis pendant plusieurs années, avant d'avoir pu arriver à un diagnostic certain.

En définitive, le tabes médullaire diffère des névrites périphériques qui peuvent simuler quelques-uns de ces signes, au triple point de vue de l'étiologie, des symptômes, de la lésion pathologique : il est un autre signe de réelle valeur, c'est celui qui est *tiré de l'évolution*.

« Dans les cas à marche chronique, à diagnostic incertain, l'étude attentive de l'évolution vous sera d'une grande utilité; n'oubliez pas, en effet, que les lésions du tabes périphérique, même dans les cas à évolution lente, sont, en général, d'ordre curable. Par conséquent, lorsque, chez un malade plus ou moins soupçonné de sclérose des cordons postérieurs, vous verrez, au bout d'un temps plus ou moins long, les symptômes s'améliorer lentement et progressivement, vous pourrez déjà, et par ce fait seul, admettre l'origine périphérique du processus. Le tabes médullaire, en effet, ne rétrocède pas : il peut rester sans progresser plus ou moins longtemps, mais il ne guérit jamais. »

5° *Diagnostic des phénomènes tabétiques et hystériques d'avec les phénomènes tabétiques de la syringomyélie.* — On reconnaîtra qu'il s'agit de syringomyélie, si l'on peut constater les symptômes propres à ce syndrome, et, en particulier, la dissociation si caractéristique de la sensibilité (conservation de la sensibilité au tact, et abolition de la sensibilité à la douleur et à la température).

D'ailleurs, les troubles trophiques les plus communs et presque constants dans la gliose sont l'atrophie musculaire progressive, empruntant l'aspect de l'Aran-Duchenne... et les lésions de la peau et de ses annexes (Blocq).

6° Il est un autre tabes, le *tabes héréditaire*, qu'il nous faut mentionner. Brousse (page 89 de sa thèse) s'exprime ainsi : « Dans l'ataxie classique, l'incoordination motrice reste souvent limitée aux membres inférieurs, tandis que, dans l'ataxie héréditaire, elle se généralise toujours aux quatre membres. Dans la première, les troubles de la sensibilité sont constants et primitifs; dans la seconde, ils sont inconstants et tardifs. Dans l'une, il existe des troubles des sens, de la vue en particulier (strabisme, amblyopie, phénomènes pupillaires); dans l'autre, c'est l'embarras de la parole qui domine; dans l'une, à une période avancée, la paralysie des sphincters est de règle, les phénomènes de décubitus sont fréquents; dans l'autre, ces symptômes sont exceptionnels. Voilà pour les *symptômes*.

Pour l'*anatomie pathologique*, dans l'ataxie classique, la lésion reste limitée aux faisceaux postérieurs de la moelle; dans l'héréditaire, elle se prolonge jusqu'au bulbe, et, le plus souvent, envahit les autres cordons médullaires.

Enfin, l'*étiologie* accentue encore les différences entre les deux maladies : l'une est une maladie de l'âge adulte, reconnaissant des causes diverses (diathèses, refroidissements, excès); l'autre est une maladie de l'enfance ou de la jeunesse, reconnaissant à peu près exclusivement pour cause une influence héréditaire, directe ou indirecte.

On le voit donc, conclut Brousse, s'il existe quelques analogies entre l'ataxie héréditaire et l'ataxie locomotrice progressive, les différences sont bien plus accentuées et rendent facile la distinction de ces deux maladies. »

7° Il y a aussi le *tabes combiné*, qu'il nous faut savoir distinguer : « Dans le tabes combiné, on élimine le tabes atavique par les symptômes du tabes spasmodique, et on élimine le tabes spasmodique par les symptômes du tabes ataxique. La considération des réflexes rotuliens est un symptôme qui, en certains cas, aura une très grande importance pour le diagnostic que nous étudions. La loi de Westphall, sur l'abolition des réflexes, est généralement vraie dans le tabes ataxique. De plus, on peut ajouter que c'est là, le plus souvent, un signe de début. Donc, toutes les fois qu'on trouve, avec les symptômes du tabes ataxique, la conservation, ou mieux l'exagération des réflexes tendineux, il faut se méfier et penser plutôt à un tabes combiné. »

8° Le *paramyoclonus multiplex*, la *maladie de Thompsen*, ne nous arrêteront pas, pas plus que l'astasie-abasie (Blocq). On ne saurait les confondre avec l'ataxie locomotrice progressive.

9° Le *syndrome cérébelleux* est difficile à déterminer pathogéniquement et à rapporter exactement, soit aux néoplasies encéphaliques, soit au vertige de Ménière, soit à la sclérose en plaques. Au point de vue symptomatique, il peut donner avec le tabes d'assez vagues ressemblances.

Mais l'ataxique a une démarche que nous avons décrite. Le cérébelleux a une démarche vacillante, en zigzag, et se tient comme un homme ivre. L'ataxique marche dans du coton, ou les jambes en l'air; le cérébelleux marche sur le pont d'un navire; il est entraîné dans un tourbillon; tout tourne autour de lui.

10° Le pseudo-tabes *neurasthénique* est un tabes illusoire. Voici comment il se produit : un névropathe, un déséquilibré assiste à l'évolution du tabes vrai chez un proche parent, un frère, voire même un ami. Il s'autosuggestionne lui-même, s'intoxique psychiquement et réalise le syndrome tabétique, calqué sur le syndrome modèle.

Il s'agit alors de départir ce qui est du domaine de la neurasthénie de ce qui ressort de celui du tabes : chose facile généralement, et connue.

11° Reste, enfin, l'*ataxie hystérique*. C'est Lasègue qui inventa le mot et décrivit un trouble de la coordination motrice qui se manifeste chez les hystériques anesthésiques, lorsqu'ils sont amaurotiques. Ceci, on le voit, n'a rien de tabétique : c'est un syndrome que nous avons appris, plus haut, à définir et à diagnostiquer.

Donc, au point de vue du diagnostic, nous avons étudié rapidement les signes capitaux qui permettent de différencier l'hystérie et de poser le diagnostic de tabes. Passant en revue les affections suivantes : pseudo-scléroses, syndrome hystérique simulateur du tabes, syndromes infectieux ou toxiques, simulant la maladie de Duchenne, syringomyélie, tabes héréditaire, tabes combiné, paramyoclonus multiplex, maladie de Thompsen, syndrome cérébelleux, pseudo-tabes neurasthénique, ataxie hystérique, nous avons tenté de faire un diagnostic différentiel précis. Il nous est donc possible, arrivé à la fin de ce chapitre diagnostique, de reconnaître toutes les modalités diverses qui peuvent donner le change au clinicien et lui faire poser un diagnostic que la marche de la maladie lui permettrait trop tard peut-être de redresser. Lors donc que, chez un sujet, apparaîtra le syndrome tabétique, il s'agira, à l'aide des signes fournis de le bien délimiter. Ceci fait, si le même malade présente le syndrome hystérique, il restera à envisager toutes les éventualités cliniques et toutes les ressemblances, purement de surface, que nous venons d'analyser. Et c'est ainsi que, par éliminations successives, il sera possible de porter un diagnostic ferme et suffisammeut précoce d'association hystéro-tabétique.

IV

Étiologie et pathogénie. — 1° *Sexe*. — Sur 15 observations, nous avons 6 hommes et 9 femmes. Si nous admettons, avec Grasset, que l'hystérie mâle n'est pas très fréquente, et, à tout prendre, beaucoup plus rare chez l'homme que chez la femme, nous constatons sa fréquence relative dans l'hystéro-tabes.

Or, il en est de même dans l'hystérie traumatique, dans l'hystérie simulant la maladie de Duchenne, dans l'hystérie infectieuse, et, d'une façon générale, dans toutes les associations hystéro-organiques. Ceci, en soi, n'a rien de surprenant. En effet, l'hystérie mâle est d'autant plus fréquente qu'elle est associée. Les hystériques vierges de tout mélange sont le plus souvent des hystériques féminins. Les hystériques mâles réalisent d'autres névroses à côté de l'hystérie, ou même des maladies organiques.

C'est que, chez les hystériques mâles (Féré), l'hérédité névropathique paraît plus lourde. La thèse récente de Roubinovitch, reflet des doctrines de Joffroy, apporte des preuves de ce fait que l'hystérique mâle n'est pas purement et simplement un hystérique; il est doublé d'un héréditaire dégénéré, et rentre dans la grande famille qu'a si bien fait revivre Magnan.

Dans l'hystéro-tabes, la prédominance de l'hystérie mâle est donc une preuve de l'existence d'une tare héréditaire plus intense que dans l'hystérie seule.

Les femmes sont rarement tabétiques, quand elles le sont, elles avaient déjà réalisé l'hystérie. « Nous n'avons, pour notre part, disent Grasset et Rauzier, observé qu'un très petit nombre de tabes chez la femme, et, dans la plupart des cas, il y avait des phénomènes hystériques qui obscurcissaient le diagnostic. »

2° *Age*. — Le plus grand nombre de cas d'hystéro-tabes se produit de trente à quarante ans, c'est-à-dire dans la première partie de l'âge moyen de la vie.

3° *Profession*. — Nous avons noté les professions suivantes : domestique, cuisinière, fabricante de plumes, couturière, garçon d'hôtel, garçon de café, serrurier, palefrenier, chapelier. Nombre de nos malades sont des ambitieux déçus, des favorisés du sort tombés dans la misère, des jaloux, des hargneux. Quelques-uns ont fait des excès de travail, se sont beaucoup surmenés, non intellectuellement, mais physiquement et surtout au point de vue génital.

4° *Influence réciproque du tabes sur l'hystérie*. — α. Les deux maladies commencent-elles en même temps?

La simultanéité du début n'a pas été observée. Sur nos 15 cas, 9 ont débuté par l'hystérie, 6 par l'ataxie locomotrice.

Sur les 9 cas qui ont débuté par l'hystérie, il y a 7 femmes et 2 hommes.

Sur les 6 cas qui ont débuté par l'ataxie locomotrice, il y a 4 hommes et 2 femmes.

Il reste donc cette proposition renversée suivant les sexes : c'est par l'hystérie que les femmes entrent dans l'association hystéro-tabétique; c'est au contraire par le tabes que les hommes y entrent. Ainsi, dans l'association du tabes et de l'hystérie, le début se fait plus souvent par l'hystérie que par le tabes. Chez la femme, c'est l'hystérie qui est la première en date, chez l'homme c'est l'ataxie locomotrice.

β. L'hystérie joue-t-elle par rapport au tabes le rôle d'agent provocateur et vice versa?

« L'hystérie, dit Vulpian (p. 246), me paraît exercer une influence moins discutable (que l'onanisme, les excès vénériens) dans la production de l'ataxie progressive. Il n'est pas très rare, effectivement, de constater que des femmes atteintes d'ataxie ont été auparavant, pendant des années, tourmentées par tous les accidents de l'hystérie convulsivante ou autre. Il ne me paraît pas douteux que l'hystérie, par elle-même, surtout l'hystérie convulsive, puisse amener le développement de l'ataxie progressive. »

Le résultat que nous venons de citer quelques lignes plus haut corrobore cette assertion de Vulpian : l'hystérie donc provoque le tabes.

Le tabes en fait autant pour l'hystérie : en d'autres cas, en effet, si l'ataxie prend les devants et précède l'apparition de l'hystérie, elle fait plus. Georges Guinon range le tabes dorsalis parmi les causes provocatrices de l'hystérie. « Si la

névrose se développe chez un sujet déjà en puissance de tabes, il est démontré — M. Georges Guinon l'a bien mis en lumière — qu'on ne peut refuser au tabes un rôle qu'on accorde à d'autres maladies et que la sclérose des cordons postérieurs peut être un agent provocateur de l'hystérie » (Souques).

Nous voilà donc amené à cette formule : l'hystérie peut être une cause provocatrice de l'ataxie; l'ataxie peut être une cause provocatrice de l'hystérie, formule qui nous paraît trop étroite, et passible d'objections.

Pourquoi, si l'hystérie engendre le tabes, n'y a-t-il pas plus de tabétiques hystériques? Il y a comparativement, de par le monde, un nombre beaucoup plus considérable d'hystériques que d'ataxiques de Duchenne. Si le rôle de cause provocatrice était réel, il faudrait qu'il y eût parallélisme entre les deux affections. Les deux courbes numériques de l'hystérie et du tabes seraient superposables. Or, il n'en est rien. Le nombre de femmes tabétiques est petit. L'hystérie, au contraire, dans le sexe faible, est monnaie courante. La formule est donc ici en défaut.

Le même reproche, on peut le retourner du côté du tabes. Si le tabes provoque l'hystérie, pourquoi n'avons-nous pas un plus grand nombre d'hystériques tabétiques? Ici encore pas de parallélisme, pas de superposition des deux courbes, pas de relation évidente.

La formule donc suscite des objections : elle est incomplète, trop étroite. Faisons intervenir un élément nouveau, l'*hérédité*; mettons-la, cette hérédité, à la base des manifestations hystéro-tabétiques : nous voyons les rapports des deux maladies s'éclairer puissamment, parce que les deux maladies sont des modalités de l'hérédité, que leurs origines sont communes. Charcot l'a admirablement dit : « Il ne faut pas oublier qu'ataxie et hystérie représentent deux membres d'une même famille nosographique. Il est donc naturel qu'elles se montrent coexistantes sur un terrain particulièrement favorable à l'éclosion des semences de ce genre... Il ne faut pas oublier que le tabes et l'hystérie appartiennent l'un et l'autre à la grande famille neuropathologique, et que, bien qu'il s'agisse là d'espèces morbides distinctes radicalement, elles se tiennent cependant par les liens de l'hérédité de transformation. » C'est bien là, en effet, dans les antécédents héréditaires que gît l'explication de cette association d'une névrose avec une maladie organique. « Les morts dominent les vivants. » C'est vrai surtout en neuropathologie. Hystérie et tabes ont une commune origine, et, les causant, sont des groupes identiques de maladies, groupes qui ont tous entre eux des parentés considérables. Quoi d'étonnant, que, sur un malade, lorsque l'une d'elles est réalisée, elle appelle l'autre? N'est-ce pas là un exemple de plus de cette grande loi, qui veut que les maladies nerveuses s'attirent entre elles, parce qu'elles ne sont, au fond, que les modalités diverses d'une souche commune, que les branches divergentes d'une famille neurologique étendue, mais toujours la même en substance?

e. Quelle est maintenant, quant à l'évolution, l'influence réciproque du tabes et de l'hystérie associés?

Les avis sont partagés. « Il est fréquent, écrit Souques (page 162), de voir, en matière de pathologie nerveuse, les symptômes d'une affection préexistante s'atténuer, s'effacer lorsqu'une seconde maladie fait son apparition. Cette dernière peut, en effet, se développer au détriment de la première, en quelque sorte, grandir et dominer bientôt la scène morbide. Ce fait est possible, dans les cas complexes d'association hystéro-organique, d'hystérie et du tabes, par exemple. Mais dans ces cas, une distinction est nécessaire. Le tabes est-il primitif? On peut voir exceptionnellement les signes tabétiques s'atténuer. Règle générale, ils ne sont pas notablement influencés par le développement de la névrose hystérique. L'hystérie est-elle la première en date? Dans ce cas, on voit souvent les manifestations de la névrose disparaître ou s'effacer quand survient le tabes. »

Charcot pensait que chacun des composants conservait son autonomie et que l'un ne cédait pas devant l'autre.

Nos observations nous montrent que les symptômes des deux maladies s'entremêlent, se juxtaposent, se succèdent : c'est donc l'opinion de Charcot que l'étude des faits nous fait accepter.

Rappelons aussi que la maladie de Duchenne est de marche immuable et progressive, que l'hystérie est mobile, toujours prête au changement et à la métamorphose et souvent curable. Encore n'accordons-nous pas à ce contraste une trop grande importance. Le tabes, en effet, a de longues phases de rémission. L'hystérie « si elle dure trop, si elle reste trop longtemps fixée sur la même région, peut aboutir à une vraie lésion organique de ce département et le tableau symptomatique ne change pas, et il faut l'autopsie pour démontrer que cette vieille névrosique à contractures très anciennes a ses cordons latéraux, non plus seulement hystériques, mais sclérotiques » (Grasset).

5° *Antécédents héréditaires*. — « En matière de pathologie nerveuse, disait Charcot, l'observation du malade qu'on a sous les yeux ne saurait être considérée que comme un épisode. Il faut la compléter, si faire se peut, par l'histoire pathologique de la famille tout entière. » Cette histoire pathologique des familles, d'où sont issus nos hystéro-tabétiques, nous ne pouvons la donner entière. Son étude, nous pouvons la résumer ainsi :

Les ascendants des hystéro-tabétiques sont *tous*, *sans exception*, des tarés, des dégénérés, soumis aux maladies organiques ou fonctionnelles ou physiques.

Les névroses, hystérie, épilepsie, vésanie se rencontrent	77	fois sur 100.
Le nervosisme simple	50	—
La tuberculose	40	—
Les diathèses (bradytrophie de Bouchard)	40	—
L'alcoolisme	30	—
La cérébralité (attaques)	20	—

Ces diverses hérédités peuvent constituer le terrain héréditaire, *le sous-sol* de l'hystéro-tabes, de deux façons : ou bien, on ne rencontre qu'une seule d'entre elles (hérédité cérébrale, nervosisme, hérédité diathésique), ou bien on rencontre plusieurs hérédités associées (association de l'hérédité névrosique et de l'hérédité tuberculeuse; de l'hérédité diathésique et de l'hérédité alcoolique ; de l'hérédité névrosique et du nervosisme; de l'hérédité tuberculeuse, diathésique et névrosique; de l'hérédité alcoolique, diathésique, tuberculeuse et du nervosisme).

6° *Prédisposition*. — 1° La syphilis ne se rencontre que dans 6,66 p. 100 des cas d'hystéro-tabes. 2° Les maladies infectieuses (érysipèle, fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, varicelle, rhumatisme articulaire aigu) sont fréquemment trouvées avant la réalisation de l'hystéro-tabes. Elles sont notées 46 fois sur 100. Elles constituent donc un facteur

étiologique puissant. 3° Les traumatismes sont le plus souvent notés, 53 fois p. 100. Le surmenage physique se rencontre 20 fois sur 100; les émotions, les chagrins, les chocs nerveux 26 fois sur 100. Il ne faut donc pas négliger ces facteurs, encore que l'hérédité ascendante ne demande qu'une mise en train, mise en train que le trauma localisera. 4° Les maladies par ralentissement de la nutrition sont assez rares chez les hystéro-tabétiques : elles étaient, au contraire, fréquentes chez leurs ascendants. De même la tuberculose, fréquente chez les parents, est seulement trouvée 15 fois sur 100 sur leurs descendants. 5° L'alcoolisme est seulement noté 10 fois sur 100 : lui aussi est autrement important chez les ascendants.

Il ne nous est pas possible de discuter ici la valeur de chacun de ces éléments étiologiques. De l'étude de nos hystéro-tabétiques se dégagent des conclusions que nous ne pouvons pas ne pas reprendre :

1. Ainsi la *syphilis* n'est notée qu'une seule fois sur 15 observations. Elle est donc *une cause vulgaire, banale, quelconque*, et nous pouvons redire le mot de Pierre Marie qui s'applique aussi bien à la maladie de Duchenne qu'à l'hystéro-tabes : « A côté de la syphilis, il y a lieu d'accorder un rôle fort important à l'hérédité nerveuse; à cet état singulier de l'organisme, transmissible de génération en génération, qui fait que le système nerveux est particulièrement vulnérable. »

2. Pour l'influence *de l'infection*, l'étude des faits nous permet de poser ceci : L'infection, microbes et toxines, peut mettre le myélencéphale en état de moindre résistance par une succession d'atteintes. Ces atteintes peuvent, sur un fond héréditaire, déterminer l'éclosion de l'hystéro-tabes. Elles peuvent rester latentes et prédisposer, purement et simplement, à la localisation ultérieure de la névrose ou de la maladie organique. L'hystéro-tabes n'est pas dans l'infection, mais bien dans les antécédents, mais bien dans la nature du sujet infecté.

3. Il est difficile de comprendre, pathogéniquement, le *rôle des traumatismes* dans la réalisation de l'hystéro-tabes. Il paraît bien ressortir des études que nous avons consacrées à la recherche de l'hérédité, que la prédisposition joue un rôle constant et d'une grande importance. De même, pour le surmenage intellectuel et moral, ce rôle est rendu plus important par l'*aptitude fonctionnelle restreinte* (Potain) de l'appareil cérébro-spinal, par une débilité acquise de cet appareil. Il ressort, en effet, de nos observations, que chez les prédisposés héréditaires, à hérédités multiples, tels que sont les hystéro-tabétiques, le moindre excès de travail peut jeter le désordre dans le myélencéphale et permettre la réalisation de l'hystérie et du tabes.

4. La fréquence *de l'arthritisme*, des maladies générales par ralentissement de la nutrition, est de la première importance. Elles démontrent, quand un individu le réalise, qu'il est amoindri dans sa résistance, que certains de ses tissus (vaisseaux par exemple) possèdent une fragilité native, générale ou partielle, qu'il est porteur d'une prédisposition générale, d'une vulnérabilité spéciale, transmission héréditaire d'une faiblesse congénitale. Les hystéro-tabétiques sont nombreux dans cette famille.

5. La valeur *de la tuberculose* a été discutée. Si le bacille s'implante fortuitement chez un hystéro-tabétique appelé par les troubles nutritifs réalisés par cet hystéro-tabétique, ou localisé par une vulnérabilité plus grande, rien là d'étonnant. Mais il y a plus et ce n'est pas certainement une coïncidence fortuite que celle qui ramène perpétuellement et alternativement les mêmes maladies dans les mêmes familles. Or, Grasset l'a soutenu, l'a défendu éloquemment, l'a démontré pour l'hystérie : « L'hystérie est fréquente dans les familles tuberculeuses, où l'on voit quelques-uns des sujets avoir les uns l'hystérie, les autres la tuberculose. » La tuberculose est de l'hystérie une cause étiologique de premier ordre. Elle l'est aussi pour l'hystéro-tabes. Tuberculose et hystéro-tabes se rencontrent sur le même terrain, terrain troublé, vicié, dégénéré. Le lien héréditaire qui unit l'arthritisme à la tuberculose, l'arthritisme à l'hystérie, à l'hystéro-tabes et à toutes les maladies nerveuses, le lien qui unit entre elles toutes ces grandes familles neuropathologiques, c'est une communauté et une identité de fond : *la dégénérescence du terrain*. C'est elle qui est tout, c'est elle qui se transmet de père en fils, c'est elle qui se lègue en héritage, habitude vicieuse du mouvement nutritif qui créera ici une névrose, là une maladie organique avec lésion, ailleurs la tuberculose ou la goutte. Ce qui se transmet, c'est le trouble vital des cellules, trouble qui se localisera, se circonscrira, se spécialisera plus tard, suivant le milieu, suivant les causes.

C'est ainsi, à notre avis, que s'expliquent, par une communauté d'origine, par une disposition générale des cellules de l'organisme, viciées, troublées, perturbées, déviées de leurs fonctions normales et de leur fonctionnement physiologique, que s'expliquent, par cette disposition héréditairement transmissible, les liens qui unissent les maladies que nous venons d'étudier, la fréquente répétition dans les mêmes familles, l'alternance ou la coexistence des diathèses, des maladies nerveuses, de la tuberculose.

7° Parvenu au terme de cette étude étiologique, pouvons-nous en dégager des combinaisons générales ?

1. Tabes et hystérie sont proches parents de tous les états dégénératifs. Ils ne sont même qu'un des modes, qu'un des stades, qu'un des moments de cette déchéance de l'organisme.

Roubinovith par l'hystérie, Raymond par l'ataxie locomotive progressive, et avec eux Ballet, Joffroy, Marquezy, Tabaraud, Féré, Gruet, Rongier, etc., ont démontré que l'une et l'autre maladie sont une modalité de la dégénérescence; en effet, hystérie et tabes sont souvent associés à des formes nombreuses de dégénérescence physique, intellectuelle ou psychique; les limites de l'hystérie et du tabes sont difficiles à préciser. Or, les états qui leur confinent sont précisément des manifestations variées de la dégénérescence. Enfin, argument de plus grande valeur encore, les syndromes de la dégénérescence, et ceux de l'hystérie et de la maladie de Duchenne, ont tous pour facteur étiologique principal, l'*hérédité*. La communauté d'origine conduit logiquement à la communauté de nature. Il paraît donc établi que l'hystérie et la maladie de Duchenne sont la conséquence d'une déchéance héréditaire de l'organisme, d'un amoindrissement aux réactions extérieures, d'origine dégénérative.

Cette déchéance, cet état dégénératif est contenu tout entier dans une *prédisposition*, au sens de l'École montpelliéraine, prédisposition morbide dont l'hérédité fait tous les frais.

Or, la prédisposition, « tendance immanente vers un état morbide déterminé, » est provoquée par des troubles permanents et héréditaires de la nutrition des cellules de l'organisme malade, par des modifications nutritives, accom-

plies dans les cellules qui préparent et façonnent l'ovule ou le spermatozoïde.

2. Ainsi donc, admettant la théorie de la prédisposition *de la tare héréditaire dégénérative*, nous dirons que l'hystéro-tabes, et peut-être toutes les associations névroso-organiques, supposent un terrain préparé d'avance, perturbé, amoindri dans ses réactions, vicié, dégénéré en un mot. Cette dégénération est fonction de l'hérédité :

L'hérédité névropathique	77 fois sur 100.
L'hérédité névrosique.	50 —
L'hérédité tuberculeuse	40 —
L'hérédité diathésique bradytrophique	40 —
L'hérédité alcoolique	30 —
L'hérédité cérébrale	20 —

toutes hérédités, tares ascendantes, capables d'altérer par elles-mêmes, par les produits solubles sécrétés par les cellules malades (Bouchard), par l'exagération de telle ou telle fonction, d'une manière lente ou brutale, progressive ou rapide, la nutrition générale, et, par suite, celle du système nerveux.

3. La spécialisation de la prédisposition commune au tabes et à l'hystérie, est guidée par une malformation ou un arrêt incomplet de développement du myélencéphale. Elle frappe ici la cellule, ailleurs, la trame conjonctive ; chez l'un la moelle, chez l'autre le cerveau, suivant que le trouble physico-chimique de la cellule des ascendants a troublé, vicié, perturbé le fonctionnement normal de la cellule ou de la fibre, du cerveau ou de la moelle. Ce qui permet la spécialisation morbide, c'est très vraisemblablement une malformation congénitale du myélencéphale, ou un arrêt de développement, ou une viciation quelconque, une perturbation physico-chimique de cet axe cérébro-spinal. Il ne paraît pas trop irrationnel d'admettre, chez les tabétiques, une faiblesse congénitale des cordons postérieurs, faiblesse qui n'est que la traduction localisée et circonscrite de l'état dégénératif plus général de tout le myélencéphale ; chez les hystériques comme chez les psychiques, une faiblesse, une imperfection congénitale, une viciation de la cellule ou d'un élément cellulaire que nous ne saurions aujourd'hui déceler.

Ne suffit-il pas, pour produire la maladie de Little, d'un trouble dans le développement? Ne suffit-il pas que cet enfant naisse avant terme ? Et, parce qu'il est né avant terme, l'enfant n'aura plus à la place que devaient occuper dans la moelle le faisceau pyramidal et ses fibres volontaires qu'une traînée de névroglie inerte, sans autorité sur les cornes antérieures (Brissaud).

4. Tout ce qui, hors de cette prédisposition commune, retentira sur le myélencéphale dégénéré, faible, altéré fonctionnellement ou organiquement, contenant en puissance la névrose ou la maladie organique, pourra déterminer l'éclosion de l'affection, mais, à lui seul, ne peut, en aucun cas, la créer de toutes pièces.

Ayant une prédisposition dégénérative commune, un substratum organique héréditaire commun, il n'est nullement étonnant, irrationnel, anormal que l'on rencontre l'association des deux maladies.

Cet état dégénératif des ascendants domine réellement l'association hystéro-tabétique, et domine aussi toutes les autres associations, qu'elles soient névroso-névrosiques ou névroso-organiques. Névroses et maladies organiques du système nerveux sont, peut-on dire, à l'état latent, contenues en puissance, dans une prédisposition héréditaire qui fait plus faible, plus amoindri, vicié, gâté le myélencéphale des descendants.

C'est là une hypothèse. Ce n'est rien de plus. Elle ne paraît pas trop aventureuse. Elle s'appuie sur les recherches scientifiques récentes, elle se fonde sur des analogies et sur des acquisitions précises.

Sans doute, « hypothèse », comme le proclame Brissaud, est un terme honnête, un euphémisme qui veut dire « ignorance ».

Mais il est *une ignorance scientifique qui se connaît*, dont quelquepart a parlé Pascal. Celle-là, n'avons-nous pas tous, quelquefois, le droit de nous en targuer?

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la coqueluche par l'antipyrine.

Le docteur Lyon résume ainsi, dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, un travail de M. Le Goff.

Ce traitement, expérimenté sur 300 malades, lui a donné 196 guérisons ou améliorations. La durée moyenne du traitement a été de trente-cinq jours.

Les doses prescrites ont varié de 30 centigrammes à 1 gramme pour les enfants jusqu'à trois ans, et de 2 à 4 grammes pour les enfants plus âgés et les adultes.

Richardière, qui a traité 15 cas par l'antipyrine, a constaté que l'action de l'antipyrine était réelle, mais qu'elle n'était pas supérieure à celle de la belladone.

Sonnenberger a employé l'antipyrine dans 80 cas ; il administre autant de centigrammes que l'enfant a de mois, autant de décigrammes qu'il a d'années. Il donne l'antipyrine trois fois par jour, de préférence après les repas, dans de l'eau ou du sirop de framboises. La durée moyenne du traitement serait de trois semaines ; donnée dès le début de la coqueluche, l'antipyrine jugulerait la maladie.

Médicament essentiellement nervin, l'antipyrine agit à la fois comme analgésique et comme antispasmodique. En diminuant l'irritabilité du nerf laryngé supérieur qui, par réflexe, produit la toux, l'antipyrine fait cesser les quintes.

Sur 18 coquelucheux dont Le Goff relate les observations, 17 ont vu diminuer par cette médication le nombre ou l'intensité de leurs quintes. Sur 9 d'entre eux, la guérison est survenue en moins de vingt-cinq jours, abrégeant ainsi notablement la durée de l'affection.

Il est impossible d'établir avec certitude si l'antipyrine doit encore certains de ses effets à son action antiseptique, démontrée par Brouardel et Loye.

L'antipyrine n'a pas toujours donné des succès; mais il n'existe pas de traitement infaillible de la coqueluche. En tous cas, c'est une médication inoffensive, ce qui n'est pas à dédaigner.

On peut donner l'antipyrine dans de l'eau de Vichy, en formulant ainsi :

Antipyrine.	1 gramme.
Sirop de groseilles	20 grammes.
Eau de Vichy	80 —

A prendre par cuillerées à dessert après les quintes, en vingt-quatre heures.

On recommande, en outre, de faire suivre chaque cuillerée de l'ingestion de lait ou de bouillon. L'antipyrine est ainsi très bien tolérée. Les doses employées chez les malades de M. Le Goff ont été de 40 centigrammes à 1 gramme pour les enfants âgés de deux ans, et de 1 à 3 grammes pour les enfants plus âgés.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

109. M. Carageorgiadès. De l'endocardite gonococcique.—110. M. Thelliez. Études et observations sur le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde. — 111. M. Fournier. Acromégalie et troubles cardio-vasculaires. — 112. M. Mayet. Considérations anatomiques sur la vessie de l'enfant. (Taille et lithotritie chez l'enfant.) — 113. M. Aron. Du traitement des fractures de la rotule par le procédé de cerclage, — 114. M. Bonnetblanc. Indication du curetage. — 115. M. Morillo. La séroréaction et le sérodiagnostic. — 116. M. Thouvenet. Considérations sur les récidives éloignées dans l'épilepsie jacksonienne traitée par la trépanation. — 117. M. Choyau. Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire. — 118. M. Ravanier. Rétrécissements traumatiques de l'urèthre membraneux. Leur traitement. — 119. M. Thoizon. Sur un point du traitement de l'infection puerpérale. — 120. M. Dufour. Des insuffisances aortiques d'origine traumatique. — 121. M. Ardoin. Contribution à l'étude des infections aiguës du tube digestif chez l'enfant. — 122. M. Jacovidès. L'ichthyol dans le traitement dec conjonctivites et des blépharites.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séance du 13 janvier. — Questions orales posées : Valvules auriculo-ventriculaires (droite et gauche). — Rétrécissement mitral.

Notes. — MM. Guilbaud, 18 + 24 = 42. — Leven, 17 + 27 = 44. — Cochemé, 16 + 25 = 41. — Zamfiresco, 16 + 20 = 36. — Chalochet, 16 + 24 = 40. — Bourgeois, 14 + 24 = 38. — G. Weil, 14 + 23 = 37. — Léo, 14 + 21 = 35. — Audistère, 12 + 22 = 34. — Gennet, 11 + 20 = 31.

Ajouter à la séance du 11, M. Elias, 15 + 23 = 38.

— Les tableaux de concours pour la Légion d'honneur sont arrêtés, comme suit, pour le corps de santé militaire :

Pour le grade d'officier de la Légion d'honneur : 1895. MM. Boyer, médecin-major de première classe; Labrevoit, médecin principal de deuxième classe ; Pebordé, médecin-major de première classe; Pierrot, médecin principal de première classe. — 1896. MM. Carette, médecin-major de première classe ; Richard et Oberlin, médecins principaux de première classe ; Clément et Alphant, médecins-majors de première classe ; Vaillard, médecin principal de deuxième classe.

Pour la croix de chevalier de la Légion d'honneur : 1892. M. Coste, médecin-major de deuxième classe. — 1893. M. Buisson, médecin-major de première classe. — 1894. M. Aubertin, médecin-major de première classe. — 1896. MM. Goebel, Legrand, Darde, Zimmermann, Béchard, médecins-majors de première classe; de Tastes, Paquy, Piot, médecins-majors de deuxième classe; Virolle, Tarriens, médecins-majors de première classe; Maupetit, Dumoutier, médecins-majors de deuxième classe; Trifaud, Martin, Larue, Lucien Collin, Jagot-Lacoussière, Christy, Vignol, Delamare, Boucher, Riff, médecins-majors de première classe; Namin, Basin, médecins-majors de deuxième classe; Brousses, Véron, Bayrel, Mary, médecins-majors de première classe ; Rivière, Verdier, Pascaud, Auger, Bosc, Collinet, Lajasset, Sabatier et Castelli, médecins-majors de deuxième classe.

— Le tableau d'avancement du corps de santé militaire est arrêté comme suit :

Médecins principaux de deuxième classe proposés pour le grade de médecin principal de première classe : 1895. MM. Geschwind et Lepage. — 1896. MM. Corties, Jeanmaire, Blaise et Pierrot.

Médecins-majors de première classe proposés pour le grade de médecin principal de deuxième classe : 1895. MM. Chevassus, Mareschal, Bourdon, Malinas et Vautrin. — 1896. MM. Cottel, Gorsse, Forgues, Eude, Quivagne, Audet, Yvert et Schneider.

Médecins-majors de deuxième classe proposés pour le grade de médecin-major de première classe : 1895 : MM. Loup, Bourbon, Darré, Toussaint, Lucas, Vilmain, Coquand, Bodinier, Courtot, Berthier, Fix, Descour, Boisson, Prieur et Hurstel. — 1896. MM. Collignon, Follenfant, Audiguier, Broüsse, Vedel, Labit, Lacronique, Sauce, Couillault, Uffoltz et Lemoine.

Médecins aides-majors de première classe proposés pour le grade de médecin-major de deuxième classe : 1895. MM. Rouget, Patte, Chabrut, Braün, Zumbiehl, Patris de Broé, Blum, Bonnet, Chambaud, Spillmann, Vialaneix, Georges, Pichon, Darricarrère, Foureur, Deumier, Busquet, Lucy, Vielle, Ferrand, Pouy, Sendral et Thooris. — 1896. MM. Diodeau, Glorget, Moutet, Laporte, Rougier, Toubert, Meyer, Jacob, Vialle, Gasser, Marotte, Lefort et Lejonne.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 janvier 1897, ont été nommés à l'emploi de médecins stagiaires des colonies :

MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Bouet, Régnier, Couderc, Fraissinet, Gibert, Germain et Féray.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 20 janvier 1897 :

Suite de la discussion : sur la chirurgie du poumon (M. Quénu), MM. Tuffier, Bazy, Delorme; — sur la gastro-entérostomie (M. Picqué), M. Reynier.

Élection de membres correspondants.

Communication : Sur un abcès cérébral (M. Reynier).

— L'*Agenda médical*, édité par la Compagnie de Vichy, à l'usage exclusif du corps médical, vient de paraître.

Il est disposé pour une comptabilité médicale pratique. Ceux de nos lecteurs qui ne l'auraient pas reçu n'ont qu'à écrire à la Compagnie de Vichy, 24, boulevard des Capucines, qui leur en fera l'envoi gratis et franco.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Exposition des Beaux-Arts et d'Horticulture à Florence.* — A l'occasion de l'exposition des Beaux-Arts et d'Horticulture qui a lieu à Florence, la validité des billets d'aller et retour délivrés pour Modane et Vintimille sera portée à 20 jours, lorsque les voyageurs munis de ces billets utiliseront des billets spéciaux d'aller et retour de Modane et de Vintimille à Florence, valables 20 jours, émis pendant la durée de cette exposition.

— *Excursion en Tunisie et en Algérie* organisée avec le concours de la société française des « Voyages Duchemin ». — Départ de Paris, le 24 janvier. Retour à Paris, le 24 février 1897.

Itinéraire. — Paris, Marseille, Tunis (Carthage), Sousse, Kairouan, Hammam-Meskoutine, Constantine, Batna (Timgad), Biskra, Sétif, Kerrata, les gorges du Chabet el Akhra, Bougie, Alger, Blidah, Marseille, Paris. — Prix : 1re classe, 1 150 fr.; 2e classe, 1 050 fr.

Ces prix comprennent : les billets de chemins de fer ; les transports en bateaux et en voitures, le logement, la nourriture, etc... sous la responsabilité de l'agence de la société des « Voyages Duchemin ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la société des « Voyages Duchemin », 20, rue de Grammont, Paris.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



N° 7. — MARDI 19 JANVIER 1897. 70e ANNÉE. MARDI 19 JANVIER 1897. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 18 janvier 1897.

Nous avons démontré, avec chiffres à l'appui, que les examens pour l'obtention du doctorat en médecine étaient devenus, à la Faculté de Paris, d'une facilité telle que peu à peu ils s'étaient, surtout pour les examens cliniques, transformés en une simple formalité. Si l'on veut leur comparer les examens du baccalauréat classique et ceux du certificat qui tient lieu du baccalauréat ès sciences restreint, on verra de combien est plus forte, pour ces derniers, la proportion des insuccès, ce qui mène à cette conclusion indiscutable : qu'il est plus difficile de subir les épreuves du baccalauréat que les épreuves exigées pour le doctorat en médecine. Le nombre des fruits secs de l'enseignement secondaire n'ayant jamais pu obtenir leur baccalauréat est des plus appréciables. Le nombre des étudiants en médecine, désertant la Faculté, et quittant définitivement leurs études, par suite de leur incapacité, est des plus minimes et absolument négligeable.

Consultons encore les chiffres officiels, 835 élèves docteurs ont quitté la Faculté, savoir : 594 reçus docteurs, 127 pour passer dans une autre École, 11 sont décédés, 8 ont renoncé aux études, 95 n'ont fait aucun acte de scolarité depuis dix ans. Examinons ce que veulent dire ces chiffres. Mettons de côté les transfuges d'une Faculté dans une autre, ceux qui sont décédés, il reste 103 élèves paraissant avoir abandonné leurs études. De ces 103 élèves, 95, suivant le rapport académique, n'ont pas fait d'acte de scolarité depuis dix ans, ce qui fait une moyenne de 9,5 par an. Sur ces 9 étudiants, les uns, et ce sont les plus nombreux, n'ont même pas subi d'examen, et à peine inscrits à la Faculté, ont cessé leurs études pour un motif ou pour un autre. D'autres abandonnent par suite de revers de fortune, ou parce qu'ils prennent une autre situation; de sorte qu'en réalité, dans cette catégorie d'élèves, n'ayant pas fait d'acte de scolarité depuis dix ans, il n'y en a pas plus de 2 ou 3 par année qui renoncent au doctorat, à cause de la difficulté des examens. Il en est de même pour les 8 qui, officiellement, ont renoncé aux études. Ils ont obéi aux mêmes motifs que les premiers. Aussi, sur ces 17 élèves qui, annuellement, cessent leurs études, y en a-t-il 3 ou 4 qui reculent devant la difficulté des examens? Le fait est possible; mais la proportion est peut-être encore plus faible. On peut donc dire que tout élève inscrit à la Faculté de médecine de Paris deviendra fatalement docteur, puisque la proportion de ceux qui *sont arrêtés par les examens ne dépasse pas* 6 *pour* 1000 *et n'atteint pas* 1 *pour* 100.

On cherche bien loin la cause de l'encombrement des études et le remède à l'encombrement ultérieur de la profession : il nous semble qu'il est inutile de chercher si loin. Nous l'avons déjà dit et répété, nos Facultés de médecine ouvrent trop facilement leurs portes, délivrent avec trop de complaisance des diplômes immérités, et contribuent ainsi à l'avilissement du titre de docteur en médecine.

Le fait est si réel et si connu qu'il y a quelques semaines, dans un journal politique très répandu, paraissait un article fort documenté où l'on disait nettement que l'exercice de la médecine pouvait être considéré chez nous comme un exercice libre, étant donné les simples formalités à remplir pour obtenir le diplôme de docteur. L'auteur de l'article, continuant sur ce thème, demandait que les médecins retombassent sous la juridiction commune; que l'exercice de la médecine fût reconnue officiellement libre puisqu'il l'était en réalité, du fait du peu d'importance des connaissances exigées devant les Facultés.

Tout ce que nous venons de dire plus haut prouve, chiffres en mains, qu'en réalité les examens ne constituent plus une barrière infranchissable pour les paresseux et les ignorants, et qu'il suffit d'un peu de persévérance à tout étudiant pour devenir docteur, quelque limitées que puissent être ses connaissances médicales.

La réforme complète et sérieuse des examens s'impose donc à brève échéance, et c'est là une question vitale pour notre profession.

La séance du 15 janvier à la Société médicale des hôpitaux a été bien remplie et très intéressante.

M. Bensaude a communiqué le résultat de ses recherches sur l'**hématologie du purpura hémorragique**. Dans les cas de purpura infectieux, avec grandes hémorragies internes et externes, il a constaté une pauvreté très grande en hématoblastes, ces petits corps cellulaires que M. Hayem a démontrés être des éléments de rénovation des globules sanguins; de plus, le caillot fibrineux n'est pas rétractile, phénomène qui se rencontre au cours des infections graves et

de certaines toxhémies (Hayem). Ces modifications particulières du sang ne se voient pas dans le purpura simplex : purpura rhumatoïde ou péliose de Schœnlein, purpura cachectique, purpura nerveux.

Voilà une distinction intéressante et qui cadre bien avec les faits cliniques. On sait, en effet, que dans le purpura rhumatoïde, par exemple, il ne s'agit pas d'une véritable hémorragie cutanée, mais d'un érythème dans lequel la dilatation vaso-motrice des capillaires sanguins est poussée à l'extrême ; ce n'est, en réalité, qu'une variété d'érythème polymorphe.

Lorsqu'il fut bien démontré que les rayons cathodiques développés dans les ampoules de Crookes pouvaient traverser la peau, les muscles et les viscères, l'idée vint tout naturellement à beaucoup de personnes d'utiliser les rayons X pour la guérison des maladies infectieuses viscérales, rebelles aux diverses médications, et, plus particulièrement encore, de la tuberculose pulmonaire. On sait très bien que la lumière directe du soleil stérilise plus ou moins rapidement la plupart des cultures microbiennes; les rayons de Röntgen, qui peuvent traverser les tissus, ne pourraient-ils donc aller influencer soit les cellules de l'organisme, et exciter leur vitalité, soit tuer les microbes pathogènes?

MM. Rendu et du Castel soignaient un jeune malade atteint depuis deux mois de broncho-pneumonie et de fièvre hectique ; l'examen des crachats avait révélé la présence de bacilles de Koch. Toutes les médications paraissant impuissantes à enrayer le mal ; sur les instances de la famille on essaya les rayons X à l'aide d'une très forte bobine à induction. Après quelques séances, il se fit une amélioration très marquée, qui alla bientôt en s'accentuant, la fièvre et les sueurs profuses disparurent, le malade reprit de l'embonpoint, ses forces revinrent. Aujourd'hui, il a toutes les apparences de la bonne santé, mais il existe encore des signes d'induration aux sommets : sont-ce des lésions cicatricielles ou des lésions encore en activité?

Il subsiste donc un doute sur la nature de la maladie. S'est-il agi d'une broncho-pneumonie à foyers successifs de nature tuberculeuse ou d'une broncho-pneumonie chez un tuberculeux?

En tout cas, c'est un fait qui paraît favorable à l'emploi thérapeutique des rayons X. Il faut ajouter toutefois que les auteurs amenés ainsi à traiter, de la même façon, des malades réellement porteurs de lésions tuberculeuses, n'en ont obtenu aucun bénéfice appréciable. Y a-t-il donc une simple coïncidence dans leur premier cas, entre le traitement employé et l'amélioration constatée? Cette amélioration serait-elle due à l'existence d'une infection pulmonaire surajoutée ? A l'heure actuelle, on ne peut se prononcer, il faut attendre d'autres faits : ils ne tarderont certainement pas à abonder.

A la suite des séances d'exposition aux rayons de Röntgen, M. Rendu a constaté un érythème cutané assez fugace, qui a bien pu avoir un rôle révulsif utile. Cette irritation de la peau pourrait parfois être excessive. M. Launois a vu un homme chez lequel on avait recherché une balle dans la tête à l'aide des rayons X, présenter une dermite des plus graves. C'est là un fait exceptionnel.

Une jeune fille soignée dans le service de M. Debove était atteinte de maladie de Basedow. Sur ses instances, on lui enleva un lobe du corps thyroïde. L'opération fut parfaitement exécutée par M. Lejars. La malade paraissait en très bon état dans le courant de la journée. Le soir, elle était prise de délire, tombait dans le coma et succombait rapidement.

D'après M. Marie, une semblable catastrophe ne serait pas très rare, à la suite de l'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde chez les malades atteints de goitre exophtalmique : une statistique récente donne 33 morts sur 190 cas. L'opération réussirait non dans la maladie de Basedow proprement dite, mais au cours d'un goitre simple lorsque surviennent des phénomènes basedowiens. La dyspnée est alors un des phénomènes les plus accentués. Ces goitreux devenus basedowiens se trouveraient améliorés par la médication thyroïdienne, contrairement à ce qui s'observe dans le goitre exophtalmique vrai. Chez eux, l'opération chirurgicale pourrait être rendue nécessaire par l'intensité très grande de la dyspnée.

Signalons encore deux observations, presque identiques, de MM. Troisier et Fernet qui ont constaté, dans la fièvre typhoïde, des abcès des reins dus au bacille typhique.

M. Béclère se base sur les recherches qu'il a faites sur des génisses, avec MM. Chambon et Saint-Yves-Ménard, pour déclarer que le chauffage du sérum de cheval à 50 ou 55 degrés n'empêche pas la production d'éruptions d'érythème ortié. A 58 degrés, le sérum perd ses propriétés antidiphtériques; il ne faut donc pas compter sur ce moyen pour mettre les vaccinés à l'abri des accidents toxiques, dus à l'injection du sérum.

HOPITAL TENON. — M. L. GALLIARD.

Un cas de sygmoïdite aiguë (1).

L... (Henriette), vingt-huit ans, cuisinière, est admise, le 28 novembre 1896, dans mon service à l'hôpital Tenon, salle Claude-Bernard, n° 12.

Père mort d'affection cérébrale. Mère morte d'affection cardiaque.

A l'âge de huit ans, la patiente a eu la fièvre typhoïde; à vingt-quatre ans, la grippe. Pas d'autre maladie sérieuse. Constipation habituelle. Pas d'affection gastrique.

Il y a deux mois, les règles ayant été supprimées à la suite d'un refroidissement, la malade souffrit de céphalalgie et de douleur au côté ; un médecin appelé lui prescrivit une purgation. Les dernières règles, peu abondantes, ont été accompagnées de douleurs lombaires. La période menstruelle était terminée depuis une douzaine de jours, lorsque la malade éprouva de vives douleurs abdominales. Le médecin de la ville fit le diagnostic de métrite et conseilla l'entrée à l'hôpital.

Le 28 novembre (soir), la température vaginale est de 39°1.

Le 29 novembre, nous trouvons la malade abattue, prostrée, avec les yeux cerclés de noir et les traits tirés, se plaignant d'un violent mal de tête, de douleurs temporales et d'une sensation de constriction pénible. Elle accuse, en outre, une vive douleur au niveau de la fosse iliaque gauche; elle déclare que, depuis huit jours, elle n'a pas été à la selle, mais elle a émis des gaz par l'anus. Depuis deux jours, elle vomit les aliments solides et les boissons. Elle a la bouche sèche, la langue chargée. T. 38°5. Pouls large.

L'utérus fournit un peu de sang.

---

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

En examinant la fosse iliaque gauche, on y constate une tumeur un peu moins grosse que le poing, sans contours absolument précis, peu mobile, paraissant faire corps avec l'S iliaque, non fluctuante. Elle ne se laisse pas déprimer comme le ferait une masse stercorale. A son niveau, pas d'œdème de la paroi, pas de rougeur de la peau.

La palpation provoque de la douleur.

Pas de météorisme; aucun signe de réaction péritonéale. Pas de symptôme thoracique. Pas d'albuminurie. En cherchant les phénomènes nerveux, on trouve de l'hémianesthésie droite.

S'agit-il d'une phlegmasie de l'S iliaque liée à la coprostase? S'agit-il d'une salpingite avec phlegmon iliaque et parésie de l'intestin?

Le toucher rectal ne fournit aucun résultat. Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est sain et mobile, que les culs-de-sac sont libres, que les annexes sont indemnes. Il faut donc admettre une sigmoïdite aiguë avec périsigmoïdite.

Lavement purgatif. Frictions chloroformées et laudanisées. Cataplasmes chauds. Régime lacté.

Le soir, 38°6. Antipyrine, 1 gramme.

Le 30 novembre, 38°5. Légère amélioration. Moins de céphalalgie, moins de prostration. Les vomissements ont cessé. Pas de garde-robe. Même état de l'abdomen. Encore un lavement.

Le soir, 39°1. Antipyrine, 1 gramme.

Le 1er décembre, la métrorragie a cessé. La malade a pris un verre d'eau de Sedlitz. Je constate du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Même état de la tumeur, qui est peu douloureuse à la palpation. T. 38°1.

A cinq heures du soir, 38°3. Plusieurs selles molles.

Dans la soirée, la malade se met à vomir des mucosités. Elle éprouve un grand malaise; on cherche l'interne de garde. Glace, eau de Seltz.

Le 2 décembre, amélioration, 37°4. Les vomissements ont cessé. Scamonnée, 1 gramme. Le soir, 38 degrés. Évacuations diarrhéiques, non purulentes.

Le 3 décembre, 37°4. Coliques. Douleurs périombilicales. Encore des selles copieuses. La langue est chargée, saburrale. La tumeur diminue progressivement et devient mobile.

Le soir, 38°1.

Le 4 décembre, encore un peu de mal de tête. La tumeur a le volume d'un gros citron. Elle est plus facile à délimiter. Elle occupe la partie interne de la fosse iliaque et ne se sépare pas de l'intestin. Peu de douleur. La malade n'accepte plus le lait; elle se plaint d'une soif vive. Bouillon. Limonade citrique, 37°5 et 38°1.

Le 5 décembre, 37 degrés et 37°8. La malade a de la diarrhée. La langue est moins chargée. Peu de sensibilité du ventre. Je prescris des pointes de feu sur la région tuméfiée. Salicylate de bismuth, 4 grammes. Je supprime la limonade.

Le 6 décembre, 37°5 et 37°6.

Le 7 décembre, 38 degrés et 37°8.

Le 8 décembre, 37°5 et 37°7.

Le 9 décembre, 37°6 et 38 degrés. La tumeur atteint encore le volume d'une mandarine. La diarrhée persiste. Je substitue au salicylate de bismuth xx gouttes de laudanum et 2 grammes de teinture de ratanhia. La soif est toujours vive.

Le 10 décembre, 37°5 et 37°6. Je prie le docteur Gérard Marchant, mon collègue, d'examiner la malade. Ayant pratiqué la palpation et le toucher vaginal avec le plus grand soin, il déclare que l'utérus et les annexes sont complètement indemnes. D'après lui, comme d'après moi, l'S iliaque est seule en cause.

Le 11 décembre, la malade commence à manger; diarrhée moindre. La température oscillera désormais entre 37 degrés et 37°8.

Le 15 décembre, la malade demande à se lever, mais elle manque de force. La diarrhée a cessé. La tumeur n'a pas encore complètement disparu.

Le 20 décembre, l'état est satisfaisant, mais on perçoit encore dans la fosse iliaque gauche une tumeur grosse comme une noix, qui roule sous le doigt. La malade quitte l'hôpital.

Il s'agit là d'une sigmoïdite aiguë, avec périsigmoïdite, terminée par résolution. On retrouve, dans ce cas, les principaux traits de l'excellente description qu'a donnée A. Mayor de cette maladie peu banale. L'étiologie demeure obscure.

COLPOCYSTOPEXIE

ET NOUVEAU PROCÉDÉ DE COLPOPÉRINÉORRAPHIE (1)

Par Pierre DELBET,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Je ne m'occuperai point des indications thérapeutiques dans les cas de prolapsus génitaux, les règles qui ont été fixées par M. Bouilly dans son très remarquable rapport me semblent de tous points excellentes. Ma communication vise uniquement des questions de technique opératoire.

J'ai imaginé, moi aussi après tant d'autres, une opération contre le prolapsus, je lui ai donné le nom de colpocystopexie parce qu'elle a pour but de fixer le vagin et la vessie en bonne position.

Cette opération suppose l'ablation de l'utérus. Je ne voudrais pas qu'on se méprît sur ma pensée, je ne suis nullement partisan de l'hystérectomie dans tous les cas de prolapsus, je ne cherche même pas à en étendre les indications. J'ai vu, après l'hystérectomie, le prolapsus se reproduire tout comme si l'utérus était là. Aussi je n'attache pas grande importance à la présence où à l'absence de la matrice. Qu'est-ce donc que le poids de cet organe à côté de la poussée abdominale? Mais tout le monde s'accorde à reconnaître qu'il y a des cas où l'ablation de l'utérus est nettement indiquée : utérus énormément hypertrophié, présence de fibromes, lésions concomitantes des annexes, etc. Je n'insiste pas sur les indications, car, je le répète, j'admets uniquement celles qui sont admises par la majorité des chirurgiens.

Mon opération n'est donc applicable que dans les cas où l'hystérectomie est indiquée. Voici en quoi elle consiste : la technique de l'hystérectomie elle-même est modifiée.

Le col de l'utérus étant fixé et attiré en bas par une bonne pince de manière à bien tendre la paroi vaginale antérieure, je fais une incision verticale et médiane qui commence un peu en arrière du méat uréthral et se termine à la jonction du vagin et du col. Sur cette première incision j'en fais tomber perpendiculairement une seconde, qui part du cul-de-sac vaginal droit et se termine sur le cul-de-sac vaginal gauche, en contournant la face antérieure du col.

Je dissèque alors, de chaque côté de la première incision, un large lambeau triangulaire. La dissection doit se faire dans la cloison vésico-vaginale. Les lambeaux comprennent donc toute l'épaisseur de la paroi du vagin qui est considé-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1227.

rable. La base du lambeau est la partie adhérente et correspond aux parties latérales du vagin, le sommet est l'angle formé par la jonction des deux incisions. Il faut pousser la dissection loin sur les côtés. Dans la position voisine du col, chaque lambeau doit avoir au moins 3 centimètres de haut, ce qui représente pour les deux lambeaux une surface d'avivement de 6 bons centimètres.

Lorsqu'il existe, ce qui n'est pas rare, des ulcérations sur la paroi antérieure du vagin, je modifie les incisions de manière à enlever avec l'utérus les parties ulcérées. Cela va de soi, je n'insiste pas.

Les deux lambeaux disséqués et airignés je relève le col, je le circonscris en arrière par une incision symétrique à celle qui a été faite en avant et j'ouvre immédiatement le cul-de-sac postérieur.

Arrivé là, on se trouve vis-à-vis de l'utérus dans la situation d'une hystérectomie ordinaire. L'opération est même facilitée par la dissection des lambeaux antérieurs, qui permet de bien voir la vessie ; j'enlève alors l'utérus en faisant des ligatures successives sur les ligaments larges. Rien de particulier dans ce temps de l'opération, si ce n'est que la ligature la plus élevée ne doit pas comprendre le ligament rond. On passe le fil le plus haut avec une aiguille mousse et courbe immédiatement au-dessous de ce dernier. Les deux ligaments ronds restent ainsi libres en dehors des moignons pédiculaires. Avant de les sectionner on les repère soit en les prenant dans un fil, soit en les saisissant avec une pince. L'utérus enlevé, il reste à faire la pexie qui est en même temps, comme on va le voir, une colporraphie antérieure.

Les extrémités des deux ligaments ronds sectionnés sont amenés entre les deux lambeaux vaginaux, jusqu'à la partie antérieure de la première incision longitudinale, ils forment ainsi une sorte de sangle qui passe sous la vessie et sous l'urèthre. On les fixe dans cette position par quatre ou cinq points de suture. Chacun d'eux décrit un U dont les deux branches sont placées dans le même plan vertical de manière à affronter les deux lambeaux, l'un à l'autre, par toute leur surface cruentée, le premier point est le plus rapproché du méat. Une aiguille courbe est introduite du côté gauche du vagin, à la base du lambeau, par la surface muqueuse; elle ressort par la surface cruentée, dans l'angle adhérent du lambeau, au ras de la vessie, traverse les deux ligaments ronds, pénètre sous le lambeau droit (côté gauche de l'opérateur) par la surface cruentée et ressort au niveau de sa base par sa surface muqueuse. Un fil de catgut est accroché et ramené, mais cela n'est que la moitié du point de suture. Pour le compléter, on repasse une seconde fois l'aiguille de la même façon, mais près du bord libre du lambeau et sans prendre le ligament rond. Le même fil est accroché et ramené. Les deux chefs sont fixés dans une pince. Les autres fils sont placés de la même façon, mais de plus en plus haut, c'est-à-dire en se rapprochant du fond du vagin. Chaque fil doit prendre les ligaments ronds qui sont tendus sur le doigt. Les fils les plus élevés sont les plus difficiles à placer.

Les fils sont noués dans l'ordre où ils ont été placés en allant du méat vers le fond du vagin. A mesure qu'on les serre, le vagin, attiré par les ligaments ronds, se rend de lui-même en place, en même temps les deux lambeaux s'affrontent par toute leur surface cruentée, formant par leur adossement une colonne épaisse et résistante. Si, sur la partie saillante de cette colonne, les bords des deux lambeaux ne sont pas bien juxtaposés, on parfait l'affrontement par un surjet de catgut.

Dans cette opération, il y a deux choses : 1° une colpocystopexie par l'intermédiaire des ligaments ronds; 2° une vaste colporraphie antérieure. Au point de vue de la colporraphie, le résultat est le même que si on avait reséqué par le procédé ordinaire un lambeau ayant une largeur de 6 centimètres. Mais le résultat est obtenu sans perte de substance et les deux lambeaux vaginaux adossés forment une colonne solide, qui s'atrophie dans la suite, en perdant ce qu'elle a d'exubérant.

La colporraphie antérieure simple peut être faite par le même procédé, par une simple incision, dont on dissèque les bords, qu'on suture en adossant les surfaces cruentées.

Cette colpocystopexie est d'ailleurs absolument insuffisante si elle est employée seule (trois récidives sur trois cas). Il faut donc toujours y joindre une périnéorraphie complémentaire.

THÉRAPEUTIQUE

Contre les quintes des phtisiques.

Bromoforme	xxx	gouttes.
Alcool.	10	grammes.
Sirop d'ipéca.	30	—
Eau de laurier-cerise	20	—
Sirop thébaïque	150	—

En prendre trois à quatre cuillerées à soupe dans le vingt-quatre heures. (*Rev. intern. de thérap. et pharmacol.*)

L'antipyrine comme analgésique local.

L'antipyrine en solution au dixième dans de l'eau distillée est employée, dans le service du professeur Demons (de Bordeaux), pour anesthésier la tunique vaginale dans les cas d'hydrocèles traitées par les injections iodées.

Voici le manuel opératoire employé par M. L. Mercière : Ponction et évacuation du liquide. Injection de 100 grammes d'une solution d'antipyrine :

Antipyrine.	10	grammes.
Eau distillée	100	—

La solution est maintenue cinq minutes, puis évacuée.

L'injection de teinture d'iode au tiers est à peu près indolore. (*Arch. clin. de Bordeaux.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Du service médical dans les travaux de construction. Une campagne en Macédoine, 1893-1895 (1), par le docteur BARTHE DE SANDFORT.

A une époque où les esprits sont dirigés vers les grandes entreprises lointaines, et où la construction des voies ferrées tient le premier rang dans les préoccupations commerciales de tous les peuples, l'ouvrage du docteur Barthe de Sandfort offre aux ingénieurs, sous une forme aussi succincte que précise, le moyen pratique de prévoir, dans le devis des travaux projetés, l'organisation si importante d'un service sanitaire complet; il démontre, par une expérience des plus probantes, combien il est utile et facile de répondre aux desiderata de l'hygiène sur les chantiers.

(1) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Les médecins trouveront des notions précieuses sur des fonctions en général peu connues, et ils apprendront à surmonter toutes les difficultés d'une tâche plus délicate et plus captivante qu'on ne saurait le supposer.

A cette étude, si pratique qu'elle mériterait le titre de « Carnet du Médecin d'Entreprises », l'auteur a su joindre des considérations scientifiques aussi sérieuses qu'intéressantes. Tout en rendant hommage à ses nombreux devanciers dans cette voie, le docteur Barthe de Sandfort donne une note très personnelle à toutes les questions de pathologie, d'hygiène et de thérapeutique concernant les travaux de terrassement. Mais pour laisser au lecteur toute la liberté de conclure, il se contente de mettre sous ses yeux de nombreux graphiques et tableaux statistiques qui suivent, mois par mois, pendant deux ans, une véritable armée de 8000 travailleurs.

L'aridité apparente du sujet est tempérée par d'alertes aperçus sur la vie de ces hardis pionniers du Génie civil et sur les pays que va régénérer la ligne toute française dont il nous fait l'histoire. C'est ainsi que, dans un dernier chapitre, qui constitue un véritable opuscule, il nous fait faire, en Macédoine, une promenade à laquelle les événements politiques donnent une saveur d'actualité toute particulière.

Éléments d'analyse chimique médicale appliquée aux recherches cliniques (1), par le docteur Sonnié-Moret.

Ce volume, qui est un résumé des connaissances de chimie médicale nécessaires à ceux qui s'occupent de recherches cliniques, est appelé à combler une lacune. Depuis le livre de Méhu, en effet, traitant le même sujet, et dont la deuxième et dernière édition remonte à près de vingt ans, il n'a rien été publié de semblable en France, à part quelques traités qui ont paru concernant l'analyse de l'urine seule; le surplus de la chimie clinique est resté confiné dans des publications éparses, ou bien a été parfois rassemblé dans des ouvrages plus ou moins volumineux où, la plupart du temps, on se trouve en présence d'un exposé beaucoup plus théorique que pratique, partant d'une très médiocre utilité pour l'opérateur qui a besoin d'être guidé.

C'est dans l'espoir de venir en aide à ceux qui s'occupent d'analyse chimique médicale, et spécialement à ceux qui sont loin d'être rompus à ce genre d'analyse, que le livre du docteur Sonnié-Moret a été écrit. C'est un ouvrage élémentaire dans lequel l'auteur n'a abordé que les questions les plus importantes de la chimie clinique, s'efforçant constamment, au cours de ses descriptions opératoires, d'entrer dans des détails minutieux, toujours utiles à ceux qui débutent, ou bien ne sont pas journellement aux prises avec une analyse chimique, et ont besoin qu'on leur remémore point par point ce qu'ils ont à faire.

C'est aux médecins qui s'intéressent aux choses de la chimie clinique aussi bien qu'aux pharmaciens, que s'adresse plus particulièrement le livre du docteur Sonnié-Moret. Les uns et les autres trouveront moyen à l'aide de ce guide d'effectuer, sans laboratoire proprement dit, nombre de recherches simples de chimie clinique, dont, à chaque instant, le praticien a besoin de connaître les résultats.

Ceux auxquels les manipulations de chimie médicale sont familières pourront, eux aussi, trouver dans le présent volume des indications utiles sur diverses questions qui n'ont guère été exposées jusqu'à présent que dans des publications éparses.

Au surplus un extrait de la table des matières donnera une idée de l'ouvrage.

Les quatre premiers chapitres du livre concernent l'*urine*.

Comme de toutes les recherches de chimie médicale auxquelles on est appelé dans la pratique à se livrer, celles qui ont trait à ce liquide sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes, c'est sur l'urine que l'auteur s'est étendu le plus longuement, au point que l'étude de cette dernière occupe à elle seule les deux tiers du volume, et pourrait constituer un traité à part.

Le chapitre V traite du *sang*.

Vu les difficultés que présente l'analyse d'un pareil liquide qui ne peut être entreprise sérieusement que par des chimistes familiarisés avec les opérations spéciales qu'elle réclame, et outillés en conséquence, vu d'autre part la nature élémentaire de son livre, l'auteur s'est attaché à donner plutôt un résumé de la composition et des propriétés chimiques du sang qu'à exposer son analyse proprement dite. Le lecteur trouvera néanmoins dans ce chapitre des renseignements qui lui seront utiles, et à un point de vue théorique, et au point de vue d'un examen élémentaire du sang.

Dans les chapitres VI, VII, VIII et IX, *les sérosités*, *le suc gastrique*, *la bile*, *la salive* ont été traités avec les détails que paraissait comporter leur importance respective.

Enfin, dans un dernier chapitre, sont résumés l'histoire *du lait* et son analyse.

(1) In-16. Prix : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897

1. M. Cras. Étude sur les kystes hydatiques de la rate. — 2. M. Mencière. Étude critique et expérimentale sur la gastro-entérostomie et en particulier sur la gastro-entérostomie par sphacèle. — 3. M. Pichez. Étude historique, étiologique et pathogénique au sujet d'un cas de cynencéphalie. — 4. M. Chagnolleau. Du traitement chirurgical des suppurations de l'oreille moyenne et de l'antre mastoïdien. — 5. M. Le Strat. Absorption cutanée du salicylate de méthyle. — 6. M. Portes. Essai sur l'emploi des grandes injections de sérum artificiel dans le traitement de l'anémie aiguë par hémorragie primitive, particulièrement en temps de guerre. — 7. M. Saucot. De la cure radicale des hernies inguinales par la méthode de Bassini et ses dérivés. — 8. M. Sauzeau de Puyberneau. De l'extirpation des glandes lacrymales. — 9. M. Gauducheau. Sur la rigidité cadavérique. Le lavage de l'organisme par les boissons. — 10. M. Roux. De l'urticaire pigmentaire. — 11. M. Guyot. Variations de l'état mental et responsabilité. — 12. M. Chartres. Contribution à l'étude de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — 13. M. Pichon. Contribution à l'étude des délires miriques ou délires de rêve; délires infectieux et toxiques. — 14. M. Caillet. De la clinique et séméiologique des acides sulfo-conjugués de l'urine. — 15. M. Le Dantec. Étude sur les armes empoisonnées et les poisons des flèches. — 16. M. Andrieux. La fabrication du papier; étude d'hygiène industrielle. — 17. M. Guillon. Essai sur les hypermnésies (étude de psychologie morbide). — 18. M. Ferris. Responsabilité et justice militaire. — 19. M. Chaze. Contribution à l'étude de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque. — 20. M. Le Nadan Étude sur les kystes hydatiques de l'ovaire. — 21. M. Guilliot Troubles de l'état mental aux Antilles. — 22. M. Régnault. La sorcellerie, ses rapports avec les sciences biologiques. — 23. M. Prouvost. Le délire prophétique ; étude historique et clinique. — 24. M. Michel. Contribution à l'étude des kystes de l'épiglotte. — 25. M. Charézieux. De l'ostéomyélite chez les jeunes enfants. — 26. M. Bouet. De la lombricose ; manifestations pathologiques dues à la présence des ascarides chez l'homme. — 27. M. Couderc. Étude sur un nouvel accident professionnel des maîtres d'armes, dû à la rupture probable et partielle du tendon épicondylien. — 28. M. Régnier. De l'éreuthophobie ou obsession de la rougeur émotive. — 29. M. Guiol. Du tatouage ; le tatouage dans la marine. — 30. M. Mage. Contribution à l'étude de la peptogénie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séance du 15 janvier. — Questions orales posées : Portion extra-cranienne du nerf facial. — Signes et diagnostic du tétanos.

Notes. — MM. Daniel, 23 + 12 = 35. — Voisin, 22 + 14 = 36. — Tissot, 24 + 16 = 40. — Stanculéanu, 25 + 14 = 39. — Degorce, 23 + 15 = 38. — Hanotte, 22 + 11 = 33. — Toupart, 21 + 12 = 33. — Sauvage, 25 + 17 = 42. — Masbrenier, 26 + 17 = 43. — Géraudel, 22 + 13 = 35.

— Les cartes de placement dans les services hospitaliers, pour l'année 1897, seront délivrées dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3 :

1° Le jeudi 21 janvier, à deux heures, à MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième années.

2° Le vendredi 22 janvier, à deux heures, à MM. les internes de première année et à MM. les internes provisoires.

3° Le samedi 23 janvier, à une heure et demie, à MM. les externes de troisième année.

4° Le lundi 25 janvier, à une heure et demie, à MM. les externes de deuxième année.

5° Le mercredi 27 janvier, à une heure et demie, à la première moitié de la liste de MM. les externes de première année.

6° Le jeudi 28 janvier, à dix heures, à la deuxième moitié de la liste de MM. les externes de première année.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bonnet, Coupard, Hogg, Martel, Mathieu, médecin-inspecteur des armées; Parenteau; Peyron, directeur de l'Assistance publique; Poupon, Vinant et Violet (de Paris).

MM. les docteurs Barbaux (de Quingey); Blesson (de Montreuil-sous-Bois); Coulaud (de Mouleydier); Empereur (de Bourg-Saint-Maurice); Guérin (de Rougemont); Guès (de Rochefort); Hugot (de Laon); Imbert (de Castellane); Mourgues (de Nîmes); Sicard (de Castres), Stoeber (de Nancy), Van Merris, médecin principal de première classe; Yot (de Versailles).

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Auvergniot, Basset, Benoit, Bolognesi, Brochard, Bruchet, Cambours, Carlier, Chevalier, P. Cornet, Coudoin, Coulon, Coutrest, Dagron, Damain, Delahaye, Faure-Miller, Ferrier, Furet, Gourichon, Guyard, Hellot, Hischmann, Isaac, Jay, Josephson, Lancelin, Legueu, Lepicard, Liandier, Mme Magnus, MM. Mangin-Bocquet, Marque, Martinet, Mavrikos, Mercier, Millon, Moutier, Péchin, Philippeau, Rieffel, Roeser, Saintu, Soudée, Touvenaint, Willemin (de Paris); Ballivet (de Gex), Bertrand (de Roanne), Bessette (d'Angoulême), Beudot (de Moloy-sur-Ignon), Bonnefoy (de Sallanches), Bouché (d'Argenton-sur-Creuse), Bourreterre (de Dax), Boussac (d'Albi), Calmeilles (de Cazal), Cestan (de Gaillac), Charvol, médecin principal de deuxième classe; Chastenet (de Puteaux), Chevallier (de Saint-Agnant), Comme, médecin en chef de la marine, à Brest; Comoz (de Rumilly), Coronat (de Gap), Contemoine (de Morteau), Darroux (de Lagarde), Deltour (de Cousolre), Dermigny (de Saint-Simon), Dezautière (de Decize), Dupérié (d'Agen), Fournié, médecin principal de deuxième classe; Fournier (de Conques), Frelon (des Hermites), Gervais (de Saugues), Giquel (de Vannes), Gradelet (de Brignoles), Gratiot (de la Ferté-sous-Jouarre), Gros (de Lyon), Grosjean (de Montmirail), Hervey (de Troyes), Huguet, médecin-major de deuxième classe; Imberdis (d'Ambert), Jardel (de Remiremont), Labat (de Manzac), Lacronique, médecin-major de deuxième classe; Lafforgue (de Tresme), de Lagorce (de Puteaux), Lagrange (de Fleurie), de Langenhagen (de Nancy), Lecène (du Havre), Lougnon (de Lignerolles), Maguin (de Château-Lavallière), Malteste (de Ruffec), Massin (de Vauconcourt), Menut (de Vernoil-le-Fourrier), Métoz (de l'Isle-sur-le-Doubs), Mossel (de Trie), Ogier (de la Verpillière), Pech (de Verrières-le-Buisson), Petit, médecin-major; Piazza (de Chiavari), Poueydebat (d'Aramits), Poulin (d'Hautot), Rancurel (d'Uzès), Raynaud (des Essarts), Reynaud (d'Aigues-Mortes), Rivière (de Lanta), Senebier (de Mens), Signoret (de Saint-Paul), Soueix (de Saint-Girons), Vaquier (de Villers), Verneuil (de Saint-Amand), Voillot (de Gray), Wimy (de Pierrepont).

Mlle Puéjac, ex-sage-femme en chef de la Maternité de Montpellier.

M. Houzeau, libraire-éditeur de la Faculté de médecine de Paris.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 15 mars 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 8 février 1897, et clos définitivement le vendredi 26 du même mois, à trois heures.

— M. le docteur J. Ferrand, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Duroziez et Martin-Lauzer (de Paris).

Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren, von Dr Leopold Casper, privat-Docent an der Universitaet Berlin; mit sieben Abbildungen. In-8. — Prix Mk : 1,80. — Berlin, Oscar Coblentz, verlagsbuchhandlung.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été presque entièrement consacrée à des communications d'ordre chirurgical. Elle n'en a pas été moins intéressante pour cela. M. Péan a présenté un curieux malade qui était atteint de névromes multiples, dont quelques-uns étaient tellement volumineux et douloureux qu'il a fallu réséquer, chez ce malade, presque tout le nerf médian et le nerf cubital, sans abolition consécutive des fonctions motrice et sensitive. Ce malade, en effet, se sert de son bras comme tout le monde. Il présentait en outre cette particularité qu'il était polyorchide.

Non moins curieux sont les malades qui ont été présentés par M. Chipault. Il s'agit d'abord d'un jeune homme qu'il a guéri d'une névralgie rebelle atroce du membre supérieur droit par la résection intra-durale des racines postérieures, c'est-à-dire des racines sensitives incriminées.

Il a présenté ensuite plusieurs malades, atteints de gibbosités de diverses origines, qu'il a traités avec succès par les ligatures apophysaires. Il était difficile à M. Chipault, dans cette seconde communication, de ne pas rappeler le récent travail de M. Calot. C'est ce qu'il a fait en établissant une comparaison entre les deux méthodes, chacune ayant ses indications et ses contre-indications.

Signalons aussi une intéressante communication que M. Pinard a faite, en son nom et au nom de M. Segond, sur un cas de gastro-hystérectomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail, à terme, ayant un rétrécissement du bassin. La mère et l'enfant se portent bien.

M. Mégnin a lu un travail sur la simili-rage chez le chien. Il ressort de ce travail et des observations de M. Weber que bien des cas, considérés comme des cas de rage, n'en sont pas et que les moyens actuellement employés pour faire le diagnostic de la rage chez les chiens abattus sont absolument insuffisants.

Enfin, M. Perier a fait un rapport sur un cas d'ovariotomie double chez une femme enceinte de trois mois, récemment présenté par M. Mouchez (de Sens).

L'Académie a nommé, par 70 suffrages sur 75 votants, M. Delorme membre titulaire dans la section de chirurgie. Nous ne pouvons qu'applaudir à ce choix et féliciter M. Delorme.

Comité secret à cinq heures pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. La liste de présentation porte : en première ligne, M. le professeur Farabeuf; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Hénocque, Poirier, Remy, Retterer et Reynier.

LAVAGES DU SANG
DANS UNE INFECTION A STREPTOCOQUES (ENDOCARDITE INFECTIEUSE ?) GUÉRISON (1)

Par M. P. DALCHÉ, médecin des hôpitaux.

L'expression « lavage du sang » implique l'idée de faire passer dans les voies circulatoires un liquide, inoffensif et même salutaire pour l'organisme, qui enlève au milieu sanguin les principes nuisibles dont il est chargé. Au sens rigoureux du mot, le procédé qui se rapproche le plus du lavage est celui qui combine la transfusion et la saignée, pourvu que cette saignée soit encore suffisante.

Au cours de maladies infectieuses graves, si l'on se trouve obligé de pratiquer plusieurs fois de suite ce mode de traitement, soustraire chaque jour une notable quantité de sang et la remplacer par une solution saline ne reste pas sans danger. Mais l'injection seule de la solution saline dans la veine constitue encore une sorte de lavage à certaines conditions que je veux seulement énumérer ici, me réservant d'y revenir plus loin : il faut injecter le liquide avec abondance, et les reins, le cœur et les poumons ne doivent pas porter d'altérations trop profondes.

« C'est seulement, dit Pierre Delbet, qui s'appuie sur ses propres expériences, lorsque l'on continue à faire pénétrer du liquide dans le système circulatoire après qu'il est rempli, qu'on obtient une grande élimination urinaire. » Théoriquement donc, plus on introduira de sérum artificiel dans la veine (sans arriver aux doses dangereuses), plus on aura de chances de provoquer une évacuation considérable de poisons par les reins, comme par les autres émonctoires, intestin, peau, etc..., plus le lavage sera complet. Lépine, il est vrai, dit qu'à la rigueur il peut se faire une élimination d'eau sans une élimination correspondante de substances toxiques,

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

et il prend pour exemple ce qui se passe dans la néphrite interstitielle (1). La dépuration urinaire (ou intestinale, etc.) n'est, du reste, pas le seul résultat de l'injection intra-veineuse, et si elle joue un grand rôle dans le processus curateur, elle réclame, pour s'exercer librement, l'intégrité du rein et du cœur.

J'ai eu l'occasion de pratiquer ainsi quelques lavages du sang, mais entre autres, l'histoire d'une malade, qui a fini par guérir après de terribles accidents, m'a paru assez intéressante pour vous la communiquer.

C'était une femme âgée de vingt-sept ans, porteuse de pain, qui entra le 9 juin, salle Béhier, à l'hôpital Beaujon. D'une très bonne santé habituelle, sans rien de suspect dans ses antécédents héréditaires et personnels, au commencement de la seconde quinzaine de mai elle se sent mal à l'aise, perd l'appétit, éprouve une lassitude générale. Elle continue à travailler pendant deux semaines environ, mais le 3 juin, elle est obligée de s'aliter et ses règles, qui arrivent ce jour-là à leur époque normale, sont assez abondantes. La fièvre s'allume alors, tous les soirs la malade a de petits frissons, et à la partie antérieure du genou gauche, il lui vient un abcès qu'un médecin incise le 6 juin. Elle entre à Beaujon, le 9, et dans la nuit même, il se développe, à la partie antéro-interne des deux avant-bras et à la partie supéro-externe de la jambe droite, des plaques de lymphangite accompagnée d'œdème. Le 10 au matin, je trouve cette femme dans un état typhoïde alarmant, en stupeur, répondant à peine et mal aux questions qu'on lui pose, la langue et les lèvres fuligineuses; les téguments présentent une teinte subictérique, les conjonctives sont jaunâtres. Outre l'abcès du genou à bords décollés et les plaques de lymphangite signalées plus haut, je constate que le deuxième orteil du pied droit est rouge et gonflé; les trois derniers doigts de la main droite restent fléchis. Il y a de la diarrhée, les selles sont ocreuses, les urines rares et rougeâtres contiennent de l'albumine et des pigments biliaires. Le foie et la rate sont un peu gros, la respiration est précipitée. Au cœur on entend un premier bruit légèrement soufflant à la pointe, le pouls est petit et accéléré. L'examen de l'utérus et des annexes ne dénote rien d'anormal, et depuis je me suis assuré qu'il n'y avait eu aucun accident, ni aucune manœuvre de ce côté.

M. Bourges voulut bien prendre du sang dans une veine de l'avant-bras et, sur gélose, obtint une colonie unique de staphylocoques dorés; de la sérosité, prise au niveau de la plaque érythémateuse de l'avant-bras, donna une dizaine de colonies de staphylocoques blancs et une seule de staphylocoques dorés. Mais plus tard ayant pris du pus d'un abcès récent qu'on venait d'ouvrir, il ne trouva plus que des cultures pures de streptocoques pyogènes sans aucun autre microbe, et pensa alors que les colonies de staphylocoques fournies, tout d'abord, venaient de la peau insuffisamment aseptisée.

Mais le premier jour, avant l'examen bactériologique, je ne pouvais porter que le diagnostic d'infection pyohémique, d'origine cryptogénique, et peu après ayant entendu en même temps que le souffle mitral un nouveau souffle au second temps et à la base, l'hypothèse d'une endocardite, cause ou effet de l'infection, me parut devoir être au moins discutée.

Le premier jour, 10 juin, devant l'état si profondément infectieux de la malade, le cœur étant fort et l'albumine pas trop abondante, je pratique une injection intra-veineuse de 1 litre de sérum artificiel, fait suivant la formule de M. Hayem. Une demi-heure après, la malade est prise d'un frisson d'une violence inouïe qui dure une demi-heure environ, puis arrive une transpiration très abondante, et la température vaginale, qui était dans la matinée de 39°6, monte à 41°6. Mais le soir, à la contre-visite, cette température était tombée à 37°6.

Le 11 juin au matin, la température est remontée à 40 degrés, mais l'état général paraît un peu meilleur; cette femme a dormi, la langue est humide, la diarrhée abondante; la malade a uriné sous elle, et on ne peut juger exactement de la crise polyurique. Nouveau lavage de 1 litre de sérum, suivi du même frisson, la température monte à 41°8 et retombe le soir à 37°6.

Le 12 juin. Diarrhée très abondante, langue humide, température matinale 39°8. Troisième lavage de 1 litre suivi des phénomènes réactionnels habituels, la température s'élève à 41°5 et retombe le soir à 38 degrés.

Le 13 juin. Quatrième lavage, après lequel la température vaginale monte jusqu'à près de 42 degrés.

Le 14 juin. Cinquième lavage de 1 litre fait le soir, la température s'élève après l'injection à 41°6 et le 15 juin au matin elle est de 38°4. Mais petit à petit, la malade paraît beaucoup moins prostrée, l'albumine disparaît de l'urine ainsi que les pigments biliaires en même temps que s'efface la teinte subictérique de la peau; et bien que la fièvre se maintienne élevée (peut-être surtout sous l'influence des abcès), devant la grande amélioration de l'état général, je cesse les injections intra-veineuses.

Le mieux se maintient; le 23 juin, on incise et on draine trois collections purulentes, et de ce jour la température s'abaisse franchement tous les matins. Le 2 juillet, on ouvre de nouveaux abcès et la température gagne la normale. La malade est sortie guérie le 6 septembre; je l'ai revue depuis, les souffles au cœur sont moins nets que pendant son séjour à l'hôpital.

Après l'injection intra-veineuse d'une quantité notable de solution saline, il survient de tels phénomènes réactionnels qu'il est bien difficile de considérer la polyurie et la toxurie comme les seuls heureux effets qu'elle provoque. En dehors de toutes les constatations fournies par la physiologie expérimentale sur les animaux, cliniquement, elle me paraît avoir sur l'organisme atteint une action stimulante des plus franches : la sensation de mieux, de détente, de bien-être même qui se manifeste après chaque lavage, le réveil du malade prostré dans un état typhoïde, et bien d'autres faits signalés surtout par les chirurgiens, atténuation définitive ou transitoire des accidents, cessation du délire, survenant d'une façon rapide dès que le sérum a pénétré dans les voies circulatoires, ne peuvent dépendre uniquement d'une évacuation de poisons par des urines rendues abondantes. Cette élimination de toxines, leur transformation peut-être (Charrin), des décharges microbiennes (Lejars) jouent certainement un très grand rôle, mais il faut tenir compte aussi de la stimulation que reçoit l'organisme, et de l'effort qu'il tente à ce moment pour lutter contre la maladie. Le frisson, aussi intense que dans le plus violent accès paludéen, l'exacerbation de la fièvre, que j'ai vue affleurer 42 degrés pour retomber le soir même à peine au-dessus de la normale, sont des phénomènes réactionnels qui présentent, comme on l'a dit, le caractère d'un véritable mouvement critique.

Ces phénomènes critiques me semblent incomparablement plus marqués, pour des quantités égales de liquide, à la

(1) D'autre part, Roger, dans une communication tout à fait récente à la Société de biologie, conclut que les injections intra-veineuses réalisent véritablement le lavage de l'organisme (28 novembre 1896). Je rappellerai aussi les recherches contradictoires de Carrion et Hallion (Société de biologie, 5 décembre 1896), de Enriquez et Hallion (26 décembre 1896).

suite des injections intra-veineuses qu'après les injections sous-cutanées.

Un vieillard de quatre-vingt-un ans entra, le 30 septembre, à l'infirmerie de l'hospice des Ménages pour une brûlure étendue de la jambe pansée à la solution saturée d'acide picrique; il présenta au bout de quelques jours de l'urobilinurie, puis du subictère et une très légère albuminurie. Le 28 octobre, il fut atteint d'anurie absolue en même temps que sa langue et ses lèvres devenaient très sèches et que ses forces déclinaient rapidement. Le lendemain, je lui fis une injection intraveineuse de 100 *grammes* seulement de solution saline.

Bien que le sérum artificiel fût poussé dans la veine en aussi petite quantité, malgré l'âge très avancé du vieillard et se faiblesse, circonstances défavorables aux réactions, le malade, au bout d'une demi-heure, fut pris d'un frisson, avec tremblement, assez violent pour qu'on dût le réchauffer; la température s'éleva ensuite de 1 degré, puis le soir retomba aux environs de la normale. Dans la journée, cet homme émit des urines assez abondantes et nullement en proportion avec le petit lavage.

Je n'ai jamais vu une injection sous-cutanée de 100 grammes de sérum causer des effets aussi rapides et aussi nets; le plus souvent, elle produit une réaction beaucoup moins marquée. Mais, il faut le reconnaître, si elle s'accompagne de manifestations plus atténuées, la crise existe cependant après l'injection sous-cutanée; c'est un fait bien connu, dont on a rapporté de très nombreux exemples, et je dois à M. Cury, externe à l'hospice des Ménages, l'observation significative d'une femme de soixante et onze ans, qui entra le 5 octobre pour un ictère grave survenu au cours d'une affection calculeuse du foie; elle fut transportée d'urgence à l'infirmerie dans le coma, agonisante, hypothermique, le pouls petit et incomptable. Le soir même, sous la peau de l'abdomen, on lui pratiqua une injection de 250 centimètres cubes de sérum artificiel. Une heure après, elle fut prise de petits frissons répétés, puis le pouls se releva et battit 104, la température s'éleva à 37°6, un hoquet incessant et le délire cessèrent, la malade émit quelques urines; mais elle retomba dans l'hypothermie et mourut le lendemain.

Toutefois, malgré ce fait et d'autres analogues, au cours des infections graves où l'on désire favoriser une crise, relever la pression artérielle et provoquer une diurèse abondante et rapide, la voie intra-veineuse paraît préférable à la voie sous-cutanée pour le lavage du sang; mais elle nécessite aussi davantage une intégrité relative du rein, du cœur et des poumons. Je n'insisterai pas sur l'importance trop évidente des altérations rénales, mais le bon état du myocarde semble non moins essentiel, car il n'est pas besoin, dans certains cas, d'ajouter beaucoup de liquide au sang pour forcer le cœur.

Une femme de soixante-huit ans entra, au mois de septembre, salle Trousseau, à la Pitié, pour une anurie absolue compliquant, comme nous l'a prouvé plus tard l'autopsie, une néphrite interstitielle accompagnée de myocardite. Aucune thérapeutique ne réussissant à rétablir le cours des urines, je me décidai à lui faire une saignée d'un peu plus de 250 grammes et je poussai ensuite dans la veine 650 centimètres cubes environ de sérum de Hayem; d'où une surcharge *de* 400 *grammes seulement*. Le soir même, à l'heure de la contre-visite, M. Küss, interne du service, constatait un souffle tricuspidien des plus nets, et le lendemain matin la malade avait, pour la première fois, un accès d'urémie; heureusement, dans la journée, elle fut prise d'une diarrhée très abondante après laquelle elle se trouva mieux. Les convulsions urémiques ne se renouvelèrent pas, mais l'anurie ne put être vaincue, et cette femme mourut dans la suite.

Je vous demande la permission de rapporter encore très brièvement l'histoire d'un homme d'une trentaine d'années qui vint à la Pitié, salle Serres, au mois de septembre. Dès son entrée, je portai le diagnostic d'endocardite ulcéreuse, qui fut, du reste, vérifié à l'autopsie. Les manifestations infectieuses prenant le dessus, je songeai à la possibilité de pratiquer un lavage du sang, mais la crainte de provoquer une embolie me retint toujours. Je fis alors deux injections sous-cutanées qui n'amenèrent aucun phénomène réactionnel, ni frisson, ni élévation de température. Deux jours après, le malade mourut subitement dans une syncope. L'autopsie nous montra des lésions valvulaires aortiques et mitrales telles qu'il était impossible de provoquer une embolie sinon peut-être des embolies microscopiques, capillaires; mais le myocarde très nettement altéré avait fléchi, et l'introduction d'une quantité notable de solution saline dans les voies circulatoires aurait certainement pu être suivie des accidents les plus graves de cœur forcé.

Au cours des maladies infectieuses, le myocarde est fréquemment touché, et si avant d'intervenir par un lavage du sang on doit constater l'état des fonctions urinaires, il est aussi indispensable d'examiner le pouls, son ampleur, sa fréquence, de vérifier le rythme et la puissance des mouvements cardiaques, de reconnaître en un mot par tous les moyens possibles la force du cœur. Avec ces précautions et ces réserves, le lavage du sang devient un mode de traitement qui mérite d'être étudié dans des cas vis-à-vis desquels nous nous trouvons trop souvent désarmés.

Le plus habituellement, j'ai fait les injections après avoir dénudé et chargé la veine; en dernier lieu, j'ai essayé d'introduire directement l'aiguille dans la lumière du vaisseau à travers les téguments, mais ce procédé me paraît d'une exécution quelquefois difficile, et je crois préférable de revenir au bistouri.

DU TRAITEMENT DE CERTAINES NÉVRALGIES REBELLES

PAR LA RÉSECTION INTRA-DURALE DES RACINES POSTÉRIEURES

Par A. Chipault,

Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

Le malade qui fait l'objet de ce travail souffrait, depuis quatre ans, d'une névralgie atroce du membre supérieur droit, lorsque je le vis pour la première fois en 1894. Il avait essayé de tous les traitements possibles, et, en particulier, des opérations multiples avaient été pratiquées sur le nerf cubital, sans aucun résultat. La morphine, dont il usait des doses invraisemblables, lui procurait seule des répits de quelques minutes. Il était arrivé à un état de cachexie très avancée. Un examen attentif, appuyé sur des recherches que je poursuivais depuis plusieurs années chez le singe, relativement aux territoires sensitifs des racines postérieures, me démontra que mon malade était atteint, non d'une névralgie d'un nerf, comme on l'avait cru jusque-là, mais d'une névralgie radiculaire, d'une névralgie de la huitième racine postérieure cervicale droite, les douleurs occupant, avec une précision véritablement saisissante, le territoire cutané de cette racine. En l'absence de toute lésion rachidienne ou médullaire susceptible d'expliquer cette radiculalgie, une intervention nouvelle s'imposait : l'ouver-

ture de la colonne vertébrale et la résection, à l'intérieur de la dure-mère, de la racine postérieure incriminée.

Je fis cette intervention, le 11 novembre 1894, dans le service de M. Duplay, avec l'assistance de MM. Demoulin et Gley. Le sommet de la septième apophyse épineuse cervicale, sommet correspondant à peu près, d'après mes recherches cadavériques préalables, à la sortie de la moelle de la huitième racine postérieure, fut pris comme centre de l'incision cutanée de l'ouverture du canal et de l'incision du fourreau dural. Je tombai juste sur la racine postérieure cherchée, qui fut réséquée, d'abord au ras de la moelle, puis à sa sortie de la dure-mère. C'est alors que M. Gley voulut bien, pour confirmer cette détermination, électriser la racine antérieure correspondante; il en résulta des contractions des muscles intrinsèques de la main, des fléchisseurs des doigts, enfin, avec beaucoup moins d'intensité, des supinateurs : c'est juste, chez le singe, le territoire moteur de cette huitième racine. Nous pouvions donc, en toute sécurité, refermer la plaie, ce qui fut fait.

La plaie guérit sans encombre, sauf un décollement superficiel et sans importance, lors de l'ablation des fils. Mais, et c'est là le point capital, mon malade, à qui aucune des opérations antérieures n'avait procuré la moindre amélioration, était, dès le réveil chloroformique, guéri, totalement guéri. « Il ne savait plus, suivant son expression, où il en était. » Voici, aujourd'hui, deux ans et demi que cette guérison dure; je puis donc, sans m'avancer, la considérer comme définitive; ceux qui ont vu le malade, cachectisé à l'extrême, avant l'opération, ne le reconnaîtraient pas.

J'ajoute que l'opération faite n'a laissé à sa suite aucune altération fonctionnelle; d'altération motrice, bien entendu, puisque j'ai réséqué exclusivement des filets sensitifs; d'altération sensitive non plus, ce qui est plus remarquable : le territoire de la racine coupée n'a été hypo-esthésié que pendant vingt-quatre heures à peine. Si mon malade n'avait pas subi, avant mon opération, la section du cubital au coude, qui a entraîné un peu d'atrophie et d'anesthésie de l'éminence hypothénar, il serait sorti complètement indemne de sa terrible affection.

On peut donc dire que la résection intra-durale des racines postérieures, application à l'homme de la découverte de Bell et de Magendie, constitue, physiologiquement, le traitement idéal des névralgies rebelles : le traitement qui s'attaque uniquement à l'élément sensitif du nerf.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la sciatique par les injections de glycéro-phosphate.

M. Billard a expérimenté, dans sa thèse, trois solutions :

1°

Glycéro-phosphate de soude	5	grammes.
Eau distillée	20	—

2° Une solution contenant par centimètre cube :

Glycéro-phosphate de chaux	4	centigrammes.
— de magnésie	4	—
— de potasse	4	—
— de soude	13	—
Total	25	—

3° Une solution contenant par centimètre cube :

Glycéro-phosphate de fer	5	centigrammes.
— de chaux	4	—
— de magnésie	4	—
— de potasse	4	—
— de soude	8	—

On peut injecter de 1 à 4 centimètres cubes, mais 2 suffisent généralement. Préparées par petites quantités, les solutions doivent être rigoureusement aseptiques, ainsi que la seringue et la peau. Il faut injecter profondément, au delà du derme, dans les masses musculaires, assez près du nerf, et pousser lentement. Les deux premières solutions ne provoquent jamais de douleur. La troisième, provoquant souvent des douleurs et de la réaction inflammatoire, est à rejeter. L'effet de ces injections est rapide et surprenant : une seule peut suffire pour supprimer la névralgie sur tout un segment du membre. D'autres fois, elle ne cède qu'à une série d'injections au niveau des différents foyers. Les sciatiques récentes aiguës cèdent toujours en quelques jours. Les cas invétérés, moins favorables, sont très améliorés; dans un seul, il y a eu échec. En général, rien ne se passe au niveau de la piqûre. Rarement on observe un peu de sensibilité cutanée, ou la formation d'un nodule inflammatoire pouvant durer plusieurs semaines (seulement quand les glycérophosphates sont impurs). (*Revue de thérap. méd. chir.*)

Mixture contre la coqueluche (M. R. A. Lancaster).

Teinture de belladone	10	grammes.
Phénacétine	5	—
Eau-de-vie de grain	15	—
Extrait fluide de feuilles de châtaignier	60	—

F. S. A. — Faire prendre de x gouttes (pour enfants âgés d'un an) à une cuillerée à café (pour enfants de dix ans) de cette mixture toutes les deux à six heures. (*Sem. méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 janvier 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATION

Hystérectomie totale chez une femme en travail, à terme, ayant un rétrécissement du bassin. — M. Pinard, au nom de M. Segond et au sien, présente une femme chez laquelle ils ont pratiqué, il y a un mois, une gastro-hystérectomie suivie de l'hystérectomie totale pour un rétrécissement extrême du bassin.

Cette femme, âgée de trente-deux ans, primipare, n'a marché qu'à l'âge de huit ans; sa taille mesure 1m15; les membres inférieurs sont d'inégale longueur et incurvés; la colonne vertébrale offre un beau type de scolio-cyphose.

Le bassin est asymétrique. Le diamètre promonto-souspubien mesure 7cm8 et la ligne innominée du côté droit est rectiligne et se trouve environ à 2 centimètres de l'angle sous-vertébral, c'est-à-dire que le côté droit du petit bassin n'existe pour ainsi dire pas.

Ce cas n'était donc susceptible d'aucune pelvitomie; la seule conduite était de laisser la grossesse aller à terme et de pratiquer, au début du travail, une opération césarienne.

Les premières contractions utérines douloureuses se montrèrent le 16 décembre. Après anesthésie, M. Pinard incisa la paroi abdominale sur une étendue assez considérable pour permettre à l'utérus de sortir de la cavité abdominale. Des pinces rapprochèrent immédiatement les deux lèvres de la partie supérieure de l'incision de façon à empêcher l'issue des intestins. Un fort lien élastique fut placé à la partie inférieure de l'utérus, au ras de la paroi abdominale. Incision,

extraction de l'enfant qui pesait 3k600, et qui était bien vivant. Extraction du placenta.

M. Segond, après avoir assuré avec des pinces l'hémostase des lèvres de la plaie utérine, procéda à l'ablation de l'utérus et de ses annexes par la méthode américaine, c'est-à-dire par une incision continue de gauche à droite.

Suites des plus simples. La malade s'est levée au bout de trois semaines.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de chirurgie. Au premier tour, le nombre des votants étant de 75, majorité 38, M. Delorme obtient 70 suffrages, M. Richelot 2, M. Kirmisson 2 et 1 bulletin blanc; en conséquence, M. Delorme est proclamé élu.

COMMUNICATION

Névromes généralisés; résection d'une grande partie des nerfs médian et cubital; rétablissement des fonctions motrice et sensitive; polyorchidie. — M. PÉAN fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Simili-rage. — M. MÉGNIN dit que le chien est celui de nos animaux domestiques dont les facultés cérébrales sont le plus développées. Cet état moral tient à ce que ce candidat à l'humanité, comme disait Michelet, est le commensal de l'homme depuis des milliers et des milliers d'années, et que les facultés intellectuelles se sont développées parallèlement chez les deux associés.

Mais cette longue domesticité a eu un autre résultat : les privations, une nourriture souvent impropre à son organisation, ont produit beaucoup de dégénérés dans l'espèce canine, et la série de ses maladies organiques est devenue aussi considérable que chez l'homme. Depuis que, sous prétexte de perfectionner les races et surtout pour multiplier celles que l'engouement de la mode adoptait et rejetait avec la même facilité, on a usé et abusé de la consanguinité, les chiens névrosés deviennent de plus en plus nombreux et on voit apparaître des maladies nerveuses dont il n'était pas question autrefois. C'est d'un groupe de ces affections, qu'il nomme les pseudo-rages, que M. Mégnin entretient l'Académie, et dont il rapporte plusieurs exemples.

Ces affections sont caractérisées par des accès de fureur inopinée, précédés ou non de symptômes épileptiformes, mais s'accompagnant toujours du besoin de mordre, dont sont souvent victimes les personnes que le chien affectionne le plus et qu'il ne reconnaît plus. Dans l'intervalle des accès, intervalle qui peut être de plusieurs mois, l'animal présente tous les signes d'une parfaite santé, mange, boit et aboie normalement, est très obéissant et très caressant.

Les blessures que font ces chiens ne sont pas dangereuses et leur vie à eux n'est nullement en danger.

On a beaucoup de tendance, naturellement, quand on n'est pas prévenu, à abattre ces chiens comme enragés, et comme ils ne le sont pas du tout, les statistiques officielles sont faussées par ces exécutions.

M. WEBER fait observer que beaucoup de causes contribuent à déterminer des accès rabiformes chez le chien. Il ajoute que les mesures actuelles sont insuffisantes pour établir le diagnostic de la rage et dresser les statistiques de cette maladie.

Lorsqu'un chien est abattu pour des accidents soi-disant rabiques, il est porté chez un vétérinaire qui est chargé d'en faire l'autopsie. S'il y a des corps étrangers dans l'estomac, la conclusion du rapport est que le chien était enragé. Or, la présence de corps étrangers dans l'estomac suffit, à elle seule, pour amener des symptômes rabiformes, sans que le chien soit enragé. C'est ainsi qu'on a vu guérir souvent des chiens qu'on disait enragés. Pour pouvoir formuler un diagnostic de rage précis et sûr, il faudrait saisir des chiens par des procédés que je ne puis donner ici, les mettre dans des cages, afin de pouvoir suivre le développement de la maladie; ou bien, si on a été dans l'obligation de les abattre, il faudrait laisser au vétérinaire le temps de s'assurer, par un examen plus complet, si l'animal était enragé avant sa mort.

En procédant comme on le fait aujourd'hui, les statistiques sur la rage sont tout à fait inexactes, et ce n'est pas sans intérêt, attendu que certains malades mordus peuvent être très inquiétés par suite d'une morsure sans importance et que d'autres au contraire peuvent s'endormir dans une fausse sécurité.

RAPPORT

Ovariotomie double chez une femme enceinte de trois mois. Continuation de la grossesse. Accouchement à terme d'un enfant vivant. — M. PÉRIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Mouchez (de Sens).

Il s'agit d'une ovariotomie double pratiquée chez une femme enceinte de trois mois, dont les suites furent également heureuses pour la mère et pour l'enfant né à terme.

Les observations d'ovariotomie au cours de la grossesse sont assez nombreuses, mais il est rare que l'ovariotomie ait été double; à peine en compte-t-on une dizaine de cas.

La conduite suivie par M. Mouchez est celle qu'il faut toujours tenir en présence des grossesses compliquées de kystes de l'un ou des deux ovaires.

LECTURE

Du traitement de certaines névralgies rebelles par la résection intra-durale des racines postérieures. — M. CHIPAULT donne lecture d'une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 71.)

Du traitement des gibbosités de diverses origines par les ligatures apophysaires. — M. CHIPAULT a imaginé, depuis trois ans et demi, de traiter certaines gibbosités par un procédé qui lui paraît apporter un sérieux appoint à la question, si délicate, de l'orthopédie vertébrale.

Ce procédé consiste dans l'application, après réduction de la gibbosité, de ligatures en 8 de chiffre au fil d'argent sur les apophyses correspondant à celle-ci : le malade, une fois ligaturé, est immobilisé, pendant un temps variable suivant l'affection traitée, dans un appareil orthopédique; on emploie d'ordinaire une planche avec des orifices disposés deux par deux sous les aisselles, au-dessous des hanches, au-dessus et au-dessous des genoux, pour fixer le malade à l'aide de sangles, et un orifice correspondant à l'anus pour permettre la défécation.

M. Chipault a opéré quinze malades par ce procédé, sans un accident ni un incident opératoire.

Un de ses opérés seulement a succombé de pneumonie, trois mois après l'intervention, dans le service de M. le professeur Raymond.

Restent quatorze opérés.

Huit d'entre eux étaient atteints d'affections orthopédiques du rachis : 1 de cyphose rachitique, 1 de scoliose infantile, 1 d'arthrite rhumatismale des vertèbres cervicales moyennes avec torticolis, 5 de mal de Pott. Sur ces 8 cas, il y a eu : 1 insuccès complet dans le cas de scoliose, 1 insuccès partiel dans le cas d'arthrite rhumatismale et 6 succès complets avec disparition totale de la gibbosité dans le cas de cyphose rachitique et dans les 5 cas de gibbosités pottiques, qui, toutes, étaient des gibbosités moyennes, réductibles ou mieux déroulables sans effort et sans bruit sous chloroforme.

M. Chipault rappelle la récente et remarquable communication que M. Calot a faite sur le même sujet et n'insiste pas davantage.

Est-ce à dire qu'il soit disposé à abandonner, dans les diverses sortes de gibbosité, en particulier dans les gibbosités pottiques, son procédé des ligatures apophysaires? Certainement non et cela pour deux motifs :

a. Le premier est d'ordre anatomo-pathologique; il repose sur les remarquables recherches encore inédites de M. Regnault, sur l'évolution spontanée des maux de Pott : ces recherches, en effet, patiemment suivies depuis plusieurs mois, ont eu pour conclusion qu'une colonne vertébrale tuberculeuse abandonnée à elle-même se consolide spontanément par ankylose des arcs et des apophyses; voici des dessins, pris par Regnault sur les pièces du musée Dupuytren, et une pièce inédite due à M. Capitan, professeur à l'École d'anthropologie, qui sont à ce sujet des plus probantes. On peut donc dire que dans le mal de Pott les ligatures apophysaires ne font que régler et hâter le travail de la guérison, dans le sens où il se fait spontanément; il semble difficile de donner de cette méthode thérapeutique une plus éclatante confirmation.

b. Le second motif est d'ordre thérapeutique et par conséquent plus valable encore. En effet, dans les petites gibbosités réductibles elles ont donné de si excellents résultats que M. Chipault ne voit vraiment pas pourquoi il modifierait à ce sujet sa pratique et, d'autre part, pour les grandes gibbosités moins facilement réductibles, elles semblent appelées à améliorer encore les résultats : on conçoit, en effet, *à priori*, que dans ce cas comme dans les autres, joindre à la contention orthopédique de la colonne vertébrale réduite la ligature de ses apophyses ne puisse que simplifier cette contention et en abréger la durée. Ce n'est du reste pas là une simple hypothèse. Il y a huit jours, M. Leclerc (de Levallois-Perret) adressa à M. Chipault un petit malade atteint de mal de Pott avec gibbosité considérable et ancienne. Confiant dans les résultats qu'il a présentés, confiant aussi dans la valeur éprouvée de ses ligatures apophysaires, M. Chipault a associé, chez ce sujet, à la réduction hardie et parfaite de la gibbosité, la contention mixte par son procédé : ligatures apophysaires et fixation sur une planche spéciale.

M. Chipault se croit donc en droit d'appliquer désormais les ligatures apophysaires, non seulement aux petites gibbosités, facilement réductibles, mais encore aux grandes gibbosités, à condition, bien entendu, qu'elles ne soient pas ankylosées, et de considérer sa formule : réduction, ligatures apophysaires et contention orthopédique, comme indiscutablement supérieure à la formule qui a été récemment présentée.

Les malades que M. Chipault présente, des adultes atteints de gibbosités traumatiques avec accidents sensitivo-moteurs, c'est-à-dire des sujets chez lesquels la contention vertébrale présentait des difficultés exceptionnelles, vont, du reste, prouver une fois de plus combien les ligatures apophysaires peuvent être précieuses en orthopédie vertébrale.

M. Chipault présente trois malades opérés avec succès par son procédé.

L'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

123. M. Gourçon. Vertige des artério-scléreux. — 124. M. Bernard. Contribution à l'étude des anévrysmes de l'artère hépatique. — 125. M. Labour. Recherches expérimentales (anatomie pathologique et bactériologie) sur les poumons des lapins. — 126. M. Pigeaud. La suggestion en pédagogie. Dangers et avantages. — 127. M. Lebas. Recherches sur l'immunité contre l'action anticoagulante des injections intra-vasculaires de pro-peptone. — 128. M. Dumas. Traitement des gangrènes broncho-pulmonaires par l'hyposulfite de soude. — 129. M. Trogneux. Contribution à l'étude des fistules ombilico-vésicales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé lundi soir, 18 janvier 1897, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

Internes titulaires. — 1. MM. Lereboullet, Lenormant, Rudaux, Pédeprade, Tournemelle, Morély, Weil (Émile), Clerc, Leven, Labey (Georges).

11. Oppenheim, Couvelaire, Fresson, Larrieu, Jousset, Bacaloglu, Masbrenier, Guillot (Maurice), Guilbaud, Monthus.

21. Zadok, Hivet, Delestre, Iselin, d'Herbécourt, Rastouil, Minet, Célos, Mauger (Adrien), Sauvage.

31. Caboche, Nattan, Cochemé, Guéry, de Font-Réaulx, Michaut (Charles), Pelisse, Mauger (Noël), Sicard (Gabriel), Michaux (Georges).

41. Zimmern, Malartic, Dévé, Ravaut, Barberin, Bernard (Henri), Hauser, Fossard, Tissot, Chalochet.

51. Bluysen, Froussard, Jacomet, Jalaguier, Bernard (Armand), Loevy, Schwartz, Clermont, Bufnoir, Mesnard.

Internes provisoires. — 1. MM. Lenglet, Lévy (Jules), Talandier, Janot, Herscher, Stanculéanu, André, Desjardins, Sikora, Chifoliau.

11. Prat, Poulain (Albert), Le Roy des Barres, Petit (Jean), Loubet, Degorce (Armand), Tardif, Guéniot, Bourgeois (Henri), Roux (Marcel).

21. Pagniez, Moret (Louis), Deroyer, Rellay, Tesson, Elias, Weill (Benjamin), Dardel, Lustgarten, Legay.

31. Arnal, Monsseaux, Ferrand (Jean), Chevrey, Chauveau, Esmonet, Lamouroux, Weill (Georges), Laubry, Godineau.

41. Nollet, Voisin (Henri), Zamfiresco, Nicaise, Lagrange, Fernique, Labbé (Raoul), Le Meignen, Bonnel, Daniel.

51. Géraudel, Silhol, Léo, Croisier.

Questions orales données à la dernière séance : Pylore. — Symptômes et diagnostic du cancer du foie.

— L'Académie des sciences, dans sa dernière séance, a élu M. Filhol, membre de la section d'anatomie et de zoologie, en remplacement de M. Sappey.

— M. le docteur Ducor, secrétaire général de la Société médicale du XVIIIe arrondissement de Paris, est nommé officier de l'Instruction publique.

— Des médailles d'honneur ont été accordées aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies.

Médaille de vermeil. — M. le docteur Saurez, à Batna (typhus, 1896).

Médailles d'argent. — M. Simon, externe à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris (diphtérie, 1896); — M. le docteur Albert Toussaint (épidémies diverses dans la Somme, 1894); — M. Gennatas, interne en médecine à l'hôpital de Constantine (typhus, 1895).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Geghre, à Mascara (variole, 1895); — Schwartz, à Affreville (diphtérie, 1893-1894).

Mention honorable. — M. le docteur Tanzin, médecin de colonisation, à Tacher (choléra, 1893).

— M. Brissaud commencera, à l'hôpital Saint-Antoine, ses cours cliniques sur les maladies du système nerveux, le jeudi 21 janvier 1897, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 9. — SAMEDI 23 JANVIER 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 23 JANVIER 1897. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Anatomie pathologique et pathogénie de la paralysie infantile.

Par le docteur L. THÉRÈSE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

La paralysie infantile, dont le cadre a paru bien nettement défini, est en train de perdre de la netteté de ses contours.

Considérée seulement au point de vue clinique et anatomique, elle présente une grande sûreté dans la relation des lésions avec les phénomènes objectifs, mais si l'anatomie pathologique en est fixée, il est loin d'en être de même de la pathogénie, et le mécanisme qui détermine les localisations de son expression anatomique, est encore hypothétique.

Après avoir regardé la paralysie infantile comme spécifique, les pathologistes tendent de plus en plus à lui trouver des analogies nombreuses dans les cas d'hémiplégie cérébrale infantile et de paralysie spinale aiguë de l'adulte, par exemple. Sa part de certitude se limite à la relation étroite de la destruction des cellules des cornes antérieures avec la paralysie et l'atrophie des muscles soumis à leur action : pour en être devenue même l'une des preuves les plus concluantes elle est loin d'être isolée. Quelle que soit, en effet, la cause de la destruction de ces cellules, l'effet est le même et les preuves cliniques accessoires peuvent seules permettre de différencier les faits de paralysie infantile vraie de certaines hémorragies médullaires, dont l'expression dernière est absolument identique. Que les cellules nerveuses d'une région médullaire quelconque aient été détruites par un processus inflammatoire ou par un épanchement sanguin, leur disparition reste le seul fait acquis et les phénomènes consécutifs sont les mêmes.

En renversant la question et en la considérant au point de vue pathogénique, on peut comprendre comme absolument identiques, deux ordres de faits donnant lieu à une symptomatologie différente ; une même cause peut agir en des points variables, le foyer destructeur intéresser les zones corticales du cerveau et non plus les cornes antérieures de la moelle : et sous l'influence d'une cause identique, mais localisée en un autre point, on verra se développer l'hémiplégie cérébrale au lieu de la paralysie infantile proprement dite.

La nature intime de la paralysie infantile, la cause primordiale de laquelle découle la lésion est donc encore fort mal connue. Tout, dans les symptômes du début, dans l'allure fébrile de la période prémonitoire, fait songer à une maladie infectieuse. Rien jusqu'ici, cependant, ne permet de décider si l'agent infectieux est spécifique ou si, au contraire, le processus symptomatique spécial dépend de la seule localisation d'un microbe capable de se traduire par d'autres manifestations.

Est-ce à dire pour cela que la paralysie infantile ne mérite pas une description à part? Loin de là, malgré l'obscurité de sa cause primordiale, la régularité de ses manifestations cliniques et surtout la constance de ses caractères anatomo-pathologiques méritent qu'on s'y arrête.

Elle présente, en effet, comme signature anatomique, une lésion portant sur une section plus ou moins considérable de la moelle, intéressant particulièrement les cornes antérieures et se montrant, suivant son ancienneté, sous la forme d'un foyer de myélite ou d'une véritable cicatrice.

Les documents maintenant publiés permettent de suivre les lésions à des étapes très rapprochées depuis les premières heures avec l'observation de David Drummond (1), jusqu'aux lésions datant de plusieurs dizaines d'années, avec le plus grand nombre des faits relatés.

Les lésions les plus importantes portent sur le système nerveux et sur le système musculaire : le système vasculaire est également intéressé et peut-être est-ce à lui qu'il faut réserver la première place dans la chronologie des lésions. Quant aux altérations des nerfs périphériques et des muscles, il est indiscutable maintenant qu'elles sont consécutives à celles de la moelle.

II

LÉSIONS DE LA MOELLE. — Les lésions de la moelle portent, d'une façon prédominante, sur les cornes antérieures, mais elles n'y restent pas exactement localisées, ni au moment de la production du foyer primitif, ni surtout lorsque l'af-

(1) DRUMMOND. *Brain*, 1886.

fection date déjà de quelque temps: les colonnes de Clarke sont fréquemment intéressées et les cordons antéro-latéraux le sont toujours. A l'étude des lésions de la moelle se rattache nécessairement l'examen des modifications des vaisseaux de cet organe.

Lorsqu'on examine à l'œil nu la moelle d'un malade atteint de paralysie infantile, l'aspect est extrêmement variable, selon qu'il s'agit d'un cas récent ou d'un cas ancien. Au début, pendant les premiers jours ou les premières semaines, rien à l'extérieur ne permet généralement de soupçonner la lésion existante, et pour la découvrir, il faut pratiquer des coupes de centimètre en centimètre. Dans ces conditions, on constate des foyers de dimensions variables, tant en hauteur qu'en largeur, intéressant les cornes antérieures au niveau desquelles ils présentent leur centre. Ces foyers occupent, soit un côté, soit les deux côtés de la moelle; lorsque la lésion est double, elle affecte chacune des moitiés de la moelle soit au même niveau, soit à des niveaux différents; les renflements cervical et lombaire semblent constituer leur siège de prédilection.

Ces foyers atteignent en hauteur des dimensions très variables, ne mesurant parfois que quelques millimètres ou quelques centimètres; d'autres fois, au contraire, occupant toute la longueur de la moelle, comme dans le cas si intéressant rapporté par MM. Déjerine et Huet (1). Ce fait, jusqu'ici unique, est surtout intéressant par la localisation exactement unilatérale de la lésion. En effet, lors même qu'au point de vue clinique la paralysie a paru unilatérale, il est bien rare que l'examen microscopique de la moelle ne révèle pas des lésions bilatérales, presque toujours prédominantes d'un côté il est vrai.

Dans les cas qui composent la règle, les foyers sont limités et présentent, à leur partie moyenne, des dimensions plus considérables qu'à leurs extrémités, se terminant pour ainsi dire en fuseau en haut et en bas.

La seule observation qui ait fait connaître l'aspect que présente la moelle tout à fait au début de la paralysie infantile, est celle de Drummond; encore, la terminaison si rapide (mort sept heures après le début des accidents généraux) n'ayant pas permis de constater les phénomènes cliniques de la paralysie infantile, cette observation est-elle discutable. Dans ce cas, l'examen à l'œil nu permettait de constater un foyer de ramollissement rouge, occupant les cornes antérieures entre la troisième et la quatrième paire cervicale. L'observation de Siemerling est plus concluante et présente des caractères à peu près identiques.

Un enfant atteint primitivement de rougeole présente, au cours de sa fièvre éruptive, une paralysie subite des quatre membres; l'autopsie, faite huit jours après le début des accidents paralytiques, révèle les lésions suivantes de la moelle : la substance grise des cornes antérieures est d'un rouge cerise, la substance nerveuse ramollie fait hernie à la coupe et donne complètement l'impression d'une hémorragie récente.

Au bout de quelques semaines, la coloration du foyer est rosée, tandis que plus tard la partie malade est remarquable par sa pâleur. Demme (1876) signale la présence de petits foyers ayant l'aspect d'abcès jaune verdâtre, de la dimension d'un grain de millet, situés entre les faisceaux des cordons antéro-latéraux et empiétant sur les cornes antérieures.

(1) Déjerine et Huet. *Rev. de méd.*, 1888.

Dans les cas datant de plusieurs années, ou mieux de quelques mois, l'examen extérieur de la moelle peut déjà faire prévoir les lésions profondes de la paralysie infantile. L'axe spinal est grêle et, chez un adulte, ne dépasse guère, dans le sens transversal, les dimensions de la moelle d'un enfant. Cette atrophie porte, soit sur toute la hauteur de la moelle, soit sur des segments limités surtout sur les renflements; lorsqu'elle est bilatérale, elle est généralement beaucoup plus marquée d'un côté. Cette même diminution de volume s'observe à un degré encore plus marqué sur les racines antérieures, souvent même du côté opposé à celui de la lésion. Cette atrophie des racines, du côté où la moelle semble être restée saine, n'entraîne pas de troubles notables au niveau des muscles.

L'aspect est encore bien plus caractéristique lorsqu'on examine, même à l'œil nu, la section d'une moelle durcie par les réactifs histologiques. L'inégalité entre les deux moitiés devient bien plus évidente, et ce qui frappe surtout c'est la différence de volume des cornes antérieures comparées entre elles ou avec une coupe normale en cas de lésions bilatérales, et leur disproportion avec les cornes postérieures. En même temps qu'elles sont plus petites, elles subissent une déformation d'autant plus sensible que la région malade présente à l'état normal une surface plus grande. Si la coupe a été faite sur une moelle fraiche, la substance grise des cornes atteintes se montre avec une coloration pâle, qui la rend ainsi moins facile à distinguer des parties voisines.

Les cordons latéraux moins volumineux ont une demi-transparence et une coloration grise, qui rend encore moins nette la différence des deux substances. Cet aspect des cordons, déjà signalé par le professeur Cornil, a été bientôt confirmé par Laborde et Duchenne fils (de Boulogne).

Cependant, certaines observations, par exemple celle de Déjerine (1), signalent, deux ans après le début de l'affection, l'intégrité complète de la substance blanche. Une deuxième observation, du même auteur, mentionne l'atrophie des cordons latéraux, non pas au voisinage des cornes antérieures, mais surtout aux dépens de leur portion externe, et fait remarquer, en même temps, leur coloration jaunâtre : dans cette dernière observation, il s'agissait d'une lésion très ancienne, observée sur un homme mort à quarante ans.

La diminution de volume, l'atrophie et les déformations, tant de la moelle que des racines, sont à peu près les seuls caractères qui puissent s'observer à l'œil nu.

Seul l'examen microscopique permet de déterminer la nature et l'étendue des lésions; elles portent, avec des degrés différents, sur toutes les parties constituantes de la moelle, cellules, fibres, névroglie, cloisons conjonctives, vaisseaux. Tandis que les unes sont primordiales, contemporaines exactement du début de la maladie, d'autres ne se montrent qu'après un certain temps, pour ainsi dire à la longue; nous étudierons donc successivement les lésions que révèle le microscope dans les cas récents, puis dans les cas anciens.

De tous les faits connus, celui qui a été observé à la date la plus proche du début est celui de Drummond, auquel nous avons déjà fait allusion et dont le début remontait à quelques heures; trois cas, datant de la première semaine et dus à Risler (2), sont également très intéressants et sont

(1) Déjerine. *Progr. méd.*, 1878.
(2) Risler. *Nordiskt Med. Arkiv*, Bd. XX.

peu différents de la première observation de Roger et Damaschino (1). Une observation de Golscheider, visant un cas où la mort s'est produite douze jours après le début de l'affection, est très complète au point de vue de l'examen microscopique et de l'étude des lésions.

D'après ces différents auteurs, l'examen microscopique démontre, dès les périodes les plus précoces de la paralysie infantile, des modifications des éléments normaux et la présence d'éléments surajoutés.

Ces éléments anormaux sont représentés par des corps granuleux, corps plus ou moins régulièrement arrondis ou sphériques, qui ne sont autres que des cellules blanches migratrices, des leucocytes, chargés pour la plupart de granulations de graisse ou de myéline. La plupart des auteurs insistent sur ces corps granuleux dont le noyau généralement très volumineux, au milieu d'une mince couche de protoplasma, prend le carmin avec une grande vivacité. Les corps granuleux sont très nombreux au bout de peu de jours, irrégulièrement distribués dans toute l'étendue du foyer, mais abondants surtout au niveau des gaines lymphatiques péri-vasculaires et des petits vaisseaux auxquels ils forment une couronne plus ou moins régulière et plus ou moins épaisse.

Étant donné ce que nous savons maintenant du rôle phagocytaire des cellules blanches, nous ne pouvons voir là autre chose que ce qui se passe dans tout foyer inflammatoire, où les éléments embryonnaires infiltrent les tissus, entourent les vaisseaux et en pénètrent la paroi; l'aspect un peu spécial qu'ils prennent ici n'est dû qu'au milieu dans lequel ils évoluent.

Aucun des éléments de la moelle n'échappe au processus pathologique d'une façon constante : si dans un cas donné l'un d'eux a conservé son intégrité, il ne le doit qu'à une différence de localisation et cet élément respecté chez tel malade sera, au contraire, profondément altéré chez un autre. De tous un seul est atteint d'une façon constante, on peut dire nécessaire; les grandes cellules des cornes antérieures sont inévitablement altérées en plus ou moins grand nombre, et leurs lésions sont si précoces, que certains auteurs ont considéré et considèrent la paralysie infantile comme une maladie propre de la cellule nerveuse. C'est là un point que nous aurons à discuter à propos de la pathogénie.

En tout cas, les lésions de ces cellules sont extrêmement marquées et apparaissent de fort bonne heure : dans le compte rendu des autopsies récentes, on trouve signalés, en même temps que les désordres vasculaires, le gonflement, l'apparence œdémateuse des grandes cellules des cornes antérieures dont le noyau a à peu près disparu et ne prend plus le carmin. Vues sans coloration, ces cellules sont pâles, mal délimitées, quelques-unes sont transformées en petits glomérules sans noyau, leur prolongement cylindraxile est gonflé et variqueux (Risler); il y en aurait même de complètement détruites, sans laisser de vestiges de leur disparition, puisque certains auteurs (Golscheider) signalent la diminution du nombre des cellules.

Nous empruntons textuellement au mémoire de Roger et Damaschino la description des lésions au bout de quelques semaines (*première observation du mémoire : deux mois*).

« Les cellules sont ratatinées, plus opaques, comme granuleuses, sans qu'on puisse bien distinguer les granulations, même sur les points où la coupe laisse voir seulement une portion de cellule. Quant aux noyaux, ils sont presque partout à peine appréciables, à cause d'une diminution très marquée de volume et aussi de l'état granuleux du corps de la cellule; enfin, les prolongements cellulaires sont impossibles à voir sans un très fort grossissement. »

Les fibres nerveuses peuvent être frappées à des titres différents; elles peuvent être directement détruites en même temps que les cellules, lorsque le foyer déborde la substance grise et empiète sur la substance blanche; la plupart des fibrilles contenues dans la corne malade subissent, par le même procédé, une destruction à peu près complète. Les fibres nerveuses peuvent être altérées secondairement par dégénération : cette dégénération apparaît de bonne heure, surtout au niveau des fibres qui, partant des cornes antérieures, se portent en dehors pour constituer les racines antérieures, mais elle existe également sur un certain nombre de fibres des cordons blancs, spécialement des cordons latéraux, comme nous le verrons en étudiant la topographie des lésions.

Dans les observations visant des autopsies très rapprochées de l'époque du début de la maladie, on trouve les fibres radiculaires gonflées, la myéline disparue par place, accumulée dans d'autres endroits. Ce même aspect se retrouve d'ailleurs dès la première origine des tubes et le prolongement cylindraxile des cellules présente également cet aspect moniliforme qui se retrouve dans les racines en dehors de la moelle. Ces altérations ne sont visibles que dans les premières semaines qui suivent l'apparition de la paralysie dont elles contribuent à éclairer le mécanisme. Lorsque le processus est complètement éteint on ne rencontre plus que des lésions vraiment cicatricielles ou même une destruction complète.

III

Lésions des vaisseaux. — Les lésions des vaisseaux présentent une importance considérable, moins peut-être par leur intensité que par le rôle pathogénique que leur font jouer les auteurs les plus modernes. Ces lésions sont péri-vasculaires et vasculaires; il n'est guère d'observations où on ne les trouve signalées et leur absence n'est notée que dans de très rares observations (1). Toutes les altérations qui ont été relevées marquent une étape quelconque d'un processus inflammatoire : dans les autopsies proches du début de la maladie, les vaisseaux sont dilatés, gorgés de globules rouges, accusant une véritable phase de vaso-dilatation paralytique. Quelques observateurs (2) signalent même des thromboses. Puis les vaisseaux se montrent entourés d'une grande quantité de corps granuleux qui leur forment un véritable manchon : plus tard, ils sont cerclés d'une couronne de cellules embryonnaires dont un certain nombre envahissent la tunique externe et même une partie de la couche moyenne.

Les lésions endo-vasculaires sont plus rares et ne peuvent être déduites que des cas où ont été observées des thromboses auxquelles elles servent de substratum nécessaire. Dans les cas plus anciens, où le processus est arrivé à son état définitif, les vaisseaux sont épaissis, les capillaires se

(1) Roger et Damaschino. *Gaz. méd. de Paris*, 1871.

(1) Déjerine et Huet. *Arch. de physiol.*, 1888.

(2) A. Money. *Transact. of the pathol.*, London 1884. — Golscheider. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1893.

sont multipliés et dans un cas rapporté par Roth (1) se trouve notée la dégénérescence graisseuse des vaisseaux du renflement lombaire et d'un vaisseau du cordon postérieur. Les vaisseaux de la pie-mère et de l'épendyme peuvent être aussi atteints (Joffroy et Achard).

IV

Lésions du tissu conjonctif et de la névroglie. — Quant au tissu conjonctif et à la névroglie, leurs lésions s'accusent par l'augmentation et l'épaississement des cloisons, par la place relativement plus considérable qu'ils occupent aux dépens des tubes en partie disparus ou considérablement diminués de volume.

Topographie des lésions. — Ce qui n'est pas moins intéressant que les altérations des éléments considérés séparément, c'est leur localisation et leur répartition. Nous avons déjà signalé la prédominance des foyers de myélite au niveau des renflements lombaire et cervical et la forme en fuseau qu'affectent volontiers ces foyers; mais c'est là plutôt un aspect macroscopique et l'examen à des grossissements suffisants montre que les lésions sont loin de se borner aux foyers principaux. Lors même que la paralysie infantile s'est montrée unilatérale pendant la vie et qu'il n'existe de foyers proprement dits que d'un seul côté, il est bien rare que, du côté opposé, on ne trouve point un certain nombre de grandes cellules malades ou qu'on ne constate pas une diminution dans leur nombre : du côté malade, bien au delà du foyer, au-dessus et au-dessous, on trouve également des cellules ratatinées, atrophiées, en nombre moindre, il est vrai, qu'au niveau du foyer lui-même : ces lésions cellulaires peuvent même parfois remonter jusqu'au bulbe.

Au centre de la région malade, la destruction peut porter sur tous les groupes cellulaires des cornes antérieures ou sur un seul d'entre eux : et bien que la myélite circonscrite, qu'est, en réalité, la paralysie infantile, souvent ne dépasse pas le collet de la corne antérieure, on observe aussi les mêmes phénomènes anatomiques sur la corne postérieure au niveau de la colonne de Clarke (2). Le processus pathologique intéresse également les fibrilles nerveuses et la névroglie environnante et déborde même sur les parties voisines des cordons blancs.

Nous ne saurions mieux faire, pour nous résumer, que de donner ici l'analyse succincte des coupes d'une moelle de paralysie infantile ancienne, que nous devons à l'obligeance de M. Déjerine.

La corne antérieure droite présente un volume moitié moindre que la gauche; quelques cellules seulement du groupe antéro-interne ont conservé leurs dimensions; c'est à peine si, dans le reste de cette corne, on trouve par coupe deux ou trois cellules opaques et ratatinées; le tissu névroglique condensé n'est traversé que par de rares fibrilles nerveuses; en revanche, les vaisseaux y occupent une place considérable, due à la diminution des autres éléments; ils ne présentent, en fait de lésions, qu'un peu d'épaississement de leur couche externe.

Les fibres nerveuses qu'on voit nettement et en grand nombre partir de l'autre corne pour aller former la racine antérieure, sont presque introuvables du côté malade. La limite entre la substance grise et la substance blanche est également loin d'être aussi nette, le cordon antéro-latéral est sillonné par des cloisons conjonctives épaisses, au milieu desquelles se reconnaissent les petits vaisseaux : la plupart des fibres qui composent ce cordon sont extrêmement grêles.

Avant d'aborder l'étude des dégénérescences développées postérieurement, qui font, elles aussi, partie de l'anatomie pathologique de la paralysie infantile, il est un point sur lequel nous devons nous arrêter.

A cette question de topographie des lésions se rattache, en effet, une des plus importantes questions touchant leur pathogénie.

Comme le fait remarquer M. Marie, les altérations anatomiques ne sont pas aussi systématiques qu'elles pourraient à première vue le paraître, puisqu'elles outrepassent les confins de la substance grise : d'après cet auteur (1), il faut en chercher la raison dans le mode de distribution des vaisseaux sanguins dans l'intérieur de la moelle : « Le système vasculaire spinal antérieur se compose d'une artère spinale antérieure provenant de la réunion, au niveau de la moelle cervicale supérieure, des deux rameaux descendants fournis par les vertébrales : cette artère spinale antérieure se place en avant du sillon longitudinal antérieur et peut être suivie jusqu'au conus terminalis; sur son trajet, elle reçoit un certain nombre de branches des artères spinales latérales.

L'artère spinale antérieure donne à angle droit une série de branches assez fortes qui se portent d'avant en arrière dans le sillon antérieur et constituent les artères du sillon antérieur.

Chacune de ces artères du sillon antérieur se jette dans la corne antérieure d'un des côtés de la moelle et assure sa nutrition; par cela même, si cette artère est le siège d'une lésion grave, celle-ci retentira forcément sur la corne antérieure correspondante. L'artère du sillon antérieur va de l'artère spinale antérieure jusqu'au fond du sillon antérieur se jeter, ainsi que l'a montré M. Kadyi, soit à droite, soit à gauche du sillon antérieur, dans l'une des cornes antérieures, et non par une bifurcation simultanément dans les deux cornes antérieures; ce fait vous expliquera que les lésions de la paralysie infantile soient presque toujours unilatérales. En outre, l'extension de ces lésions au cordon antéro-latéral se comprend aisément quand on sait que plusieurs ramuscules de cette artériole du sillon antérieur se perdent dans la substance blanche voisine de la corne antérieure.

On peut aussi admettre que c'est, non pas par l'intermédiaire de l'artère du sillon antérieur, mais par l'une des artères radiculaires antérieures, que se fait le foyer de polio-myélite aiguë, qui constitue la lésion primordiale de la paralysie infantile. La disposition de ces artères permet également d'expliquer la participation du cordon antéro-latéral et l'asymétrie des lésions. »

Pour M. Marie, qui résume les tendances actuelles, on voit donc que la paralysie infantile serait une myélite en foyers disséminés, commandés par des troubles vasculaires déterminant des zones de véritable ramollissement.

A côté des lésions primordiales de la moelle et de ses vaisseaux, il en reste à étudier qui, pour être secondaires,

(1) Roth. *Virchow's Archiv*, 1873.
(2) Observ. de Charcot et Joffroy (*Arch. de physiol.*, 1870).

(1) Marie. *Traité des maladies de la moelle*, 1892.

ne sont pas moins importantes. Il se fait des dégénérescences secondaires des tubes nerveux, puis la paralysie ne va pas sans une atrophie considérable des muscles et un arrêt de développement qui porte jusque sur le système osseux.

V

Lésions consécutives. — *Cordons blancs.* — Indépendamment de la participation directe des cordons blancs à la zone primitivement ramollie, il existe d'autres troubles beaucoup plus étendus, intéressant souvent les deux côtés, lors même que la lésion en foyer est unilatérale. Cette lésion assez diffuse porte spécialement sur les cordons antéro-latéraux, elle se caractérise, dans les premières semaines, par l'état variqueux des tubes, puis bientôt par la disparition ou la diminution considérable de volume d'un certain nombre d'entre eux.

La névroglie et les cloisons conjonctives se développent pour occuper la place des éléments disparus : ces épaississements conjonctifs présentent leur maximum à la périphérie, au voisinage de la pie-mère, et vont en diminuant à mesure qu'on se rapproche des cornes ou du sillon antérieur. Cependant près de la corne antérieure, au niveau du foyer, on peut voir, dans les cas anciens, un ou plusieurs faisceaux de fibres saines, complètement isolées des fibres voisines par une bande scléreuse se continuant avec la cicatrice principale. Les fibres originelles des racines antérieures ont complètement disparu ou se montrent très rares et très grêles.

VI

Lésions des racines et des nerfs. — Les lésions anciennes des racines s'accusent surtout par leur aspect macroscopique; dans les premiers stades, on distingue bien au microscope un certain nombre de fibres plus ou moins variqueuses, dont la myéline segmentée forme un véritable chapelet de petites boules graisseuses; mais sur les pièces un peu anciennes, cet aspect a complètement disparu. Pour la description qui va suivre, nous nous appuierons surtout sur le mémoire de MM. Joffroy et Achard (1). Les racines postérieures sont indemnes : les racines antérieures sont diminuées de volume, sans qu'il reste de gaines vides pour représenter les tubes détruits. Ce qui permet de se rendre compte de la disparition des tubes, c'est l'abondance relative des vaisseaux inter-fasciculaires qui sont très rapprochés : il se trouve bien un certain nombre de tubes grêles, mais c'est là une disposition normale (Siemerling). L'examen macroscopique donne plus de renseignements que l'examen microscopique : la dissociation comme moyen d'étude ne donne donc aucun résultat. Si la régénération se fait, elle ne se fait que sur une très petite échelle. L'absence de gaines vides et de traces de la lésion tient sans doute à ce qu'au moment où elle se produit, le développement n'étant pas encore achevé, la tache scléreuse disparaît peu à peu, « par suite du développement des faisceaux nerveux voisins qui empiéteront sur l'espace laissé vide par l'atrophie des tubes dégénérés et qui rempliront ainsi tout l'emplacement occupé par la lésion. » Les altérations des troncs nerveux sont, de tous points, identiques à celles des racines. Les rameaux musculaires des nerfs présentent quelques fibres saines : les fibres malades sont représentées par des gaines vides.

(1) Joffroy et Achard. *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1889.

VII

Lésions des muscles. — Les lésions des muscles sont très considérables et l'atrophie des muscles paralysés devient extrême à la longue, mais les modifications apparaissent dès les premières semaines; elles sont de deux sortes : les unes atrophiques, les autres hypertrophiques.

L'examen du deltoïde, provenant d'un enfant mort deux mois après le début de la maladie, a donné à Roger et à Damaschino trois aspects différents : 1° quelques petits faisceaux d'apparence normale, avec double striation; 2° d'autres fibres semblables aux premières, mais beaucoup plus petites; sur les coupes durcies, on ne constate que l'atrophie, mais à l'état frais, on percevait, dans l'intérieur de la gaine de sarcolemme, de petites granulations ayant l'apparence de la graisse; on remarque également l'augmentation des noyaux du myolemme, que les coupes transversales ne permettent pas de confondre avec les noyaux du tissu conjonctif; 3° en un très grand nombre de points, surtout au voisinage des fibres atrophiées, on trouve des faisceaux de gaines vides qui ressemblent à des faisceaux de tissu conjonctif ondulé. « On observe d'ailleurs toutes les transitions possibles entre les fibres normales et les fibres réduites au myolemme; il est même possible, sur des coupes longitudinales assez étendues, d'observer sur une même fibre la disparition graduelle de la substance musculaire et l'atrophie la plus complète. »

Là où on observe des granulations graisseuses, on les voit occuper plutôt le centre de la fibre que la périphérie. Les fibres sont généralement pâles, l'atrophie existe aussi bien dans le sens transversal que dans le sens longitudinal; les striations, lorsqu'elles existent encore, sont rapprochées, les sarcous-éléments sont diminués à la fois de nombre et de volume; de plus, on observe de petits pelotons adipeux entre les gaines musculaires. Les gaines vides sont très riches en noyaux fusiformes.

A côté des fibres atrophiques, il existe des fibres hypertrophiées, dont l'existence est laissée dans l'ombre par la plupart des auteurs. M. Déjerine a appelé l'attention sur elles et MM. Joffroy et Achard en ont fait une étude approfondie. D'après M. Déjerine, cette hypertrophie ne s'observerait que dans les cas anciens et devrait être considérée, contrairement à l'opinion de Erb, non pas comme un premier stade d'altération, mais comme compensatrice et fonctionnelle. Cette hypertrophie dans la paralysie infantile est contraire à l'opinion allemande qui fait de cette disposition une caractéristique des myopathies primitives.

Les fibres hypertrophiées examinées par MM. Joffroy et Achard appartenaient à un muscle bigarré présentant des stries blanches et rouges. Les stries rougeâtres correspondaient aux fibres hypertrophiées, les blanches à de la graisse. Le muscle n'avait ni action volontaire, ni contraction sous l'influence de l'électricité. Ces fibres hypertrophiées présentent les caractères suivants : la striation est normale, il n'y a pas d'augmentation du nombre des noyaux; la substance musculaire se colore plus vivement au contact du carmin et de l'éosine : elle présente un aspect transparent et comme vitreux. En aucun point, on ne trouve de granulations graisseuses dans l'intérieur du faisceau primitif, la graisse lui est toujours extérieure.

Les muscles malades se montrent donc altérés dans le volume, le nombre et la qualité de leurs fibres; et ceci, non seulement dans des proportions histologiques, mais macroscopiquement, et les muscles atteints finissent par disparaître en totalité ou en partie, ne laissant plus à leur place qu'un faisceau fibreux, où rien ne rappelle plus la structure musculaire.

VIII

Lésions des os. — Les os eux-mêmes subissent un arrêt de développement dans toutes leurs dimensions et présentent des modifications dans leur forme extérieure et dans leur structure.

A l'œil nu, les angles et les dépressions sont complètement effacés et le tissu compact présente, dans toute l'étendue de l'os, une épaisseur égale.

A l'examen microscopique, immédiatement au-dessous du périoste, les systèmes de Havers sont à peu près normaux ; près du canal central, leur étendue est diminuée de moitié ; au centre de chaque système, les canaux persistent avec des dimensions à peu près normales. Les systèmes intermédiaires présentent une grande exagération dans leur développement. Pour MM. Joffroy et Achard, auxquels sont dues les principales recherches sur ce sujet, les modifications de forme extérieure tiennent à l'absence des tractions, des pressions dues aux mouvements chez un individu sain; mais ces auteurs insistent également sur le rôle nutritif général de la cellule nerveuse.

IX

Pathogénie. — La pathogénie de la paralysie infantile revient à classer, dans l'ordre de leur production, les différentes lésions que nous avons décrites en cherchant quelle est la cause première dont elles ne sont que le résultat. Nous laisserons de côté la théorie de Rillet et Barthez qui considéraient la paralysie infantile comme une paralysie essentielle des muscles. Dans l'état actuel de la science, il n'est pas douteux que, dans la maladie qui nous occupe, les troubles fonctionnels des muscles et leurs altérations soient sous la dépendance de lésions nerveuses, plus exactement de lésions médullaires. Tout en ne parlant que pour mémoire de l'opinion de Rillet et Barthez, nous nous trouvons encore en présence de plusieurs théories pathogéniques.

La lésion de l'élément nerveux est-elle primitive et en quelque sorte spécifique, ou, au contraire, n'est-elle qu'une lésion nécessaire, mais cependant secondaire à un trouble plus général et à quelque chose d'extérieur à l'individu? Telles sont les deux grandes lignes sous lesquelles peuvent se ranger les idées pathogéniques dominantes des auteurs qui se sont occupés de la paralysie infantile.

Charcot, Parrot et Joffroy (1) considèrent la paralysie infantile, la polio-myélite antérieure aiguë de l'enfance, comme le résultat d'une lésion systématique des grandes cellules des cornes antérieures, toutes les autres modifications anatomiques n'étant considérées que comme secondaires. Telle n'était pas l'opinion de Duchenne (de Boulogne), puisqu'il se pose la question suivante (*électrisation localisée*) : « La doctrine de l'atrophie primitive d'emblée des cellules des cornes antérieures triomphera-t-elle des objections qu'elle doit s'attendre à rencontrer chez les partisans de l'hyperhémie primitive ou concomitante de cette atrophie des cellules? »

En un autre passage du même ouvrage, il dit également : « J'avouerai que la dilatation des vaisseaux et la présence de corps granuleux dans la gaine lymphatique était alors à mes yeux, et pour M. Damaschino, la lésion principale, et qu'elle me paraissait être le résultat d'un état inflammatoire aigu des cornes antérieures; aujourd'hui encore, n'oubliant pas les principes qui m'ont toujours dirigé, je ne saurais comprendre une altération parenchymateuse aiguë sans lésion concomitante des vaisseaux. »

Pour Damaschino, il s'agit d'un processus inflammatoire, d'un foyer de myélite intéressant les parties voisines aussi bien que les grandes cellules.

Pour M. Marie, comme nous l'avons déjà vu, et pour nombre d'auteurs contemporains, ce qui commande la production de ce foyer de myélite, c'est la distribution vasculaire, les vaisseaux sanguins servant de moyen de pénétration à la cause vraiment primitive de la maladie.

Dans ces conditions, la paralysie infantile surviendrait sous la dépendance d'une maladie générale et le plus souvent d'une infection. En effet, à côté de la coïncidence depuis longtemps signalée de la paralysie infantile avec la rougeole, la scarlatine, etc., les cas où cette maladie se montre sous forme épidémique se font de plus en plus nombreux : tels sont les faits signalés par Coretier (1), par Lugard (2), Medin, Colmer, etc., et dont on trouvera l'analyse détaillée dans les leçons sur les maladies de la moelle de M. Marie.

En résumé, ce qui paraît actuellement le plus vraisemblable comme pathogénie et comme évolution de la paralysie infantile, c'est une infection dont l'agent peut être variable, dont le point d'élection semble être favorisé par des conditions d'hérédité aboutissant à la production, dans des territoires vasculaires limités, de foyers de myélite aiguë, dont la conséquence est la destruction des éléments atteints, destruction suivie de la dégénérescence des éléments anatomiques auxquels le segment médullaire malade sert de centre trophique.

(1) Joffroy. *Arch. de physiol.*, 1870.

(1) Coretier. *Lyon méd.*, 1888.

(2) Lugard. *Neurol. Centralbl.*, 1890.

THÉRAPEUTIQUE

Prurit de l'urticaire.

Solution contre le prurit de l'urticaire (pour les bourses riches) :

Eau distillée	450	grammes.
Eau de laurier-cerise	50	—
Chloral	5	—
Chlorhydrate de cocaïne . .	3	—

Friction contre le pityriasis versicolor.

Friction d'odeur agréable faisant disparaître rapidement les plaques de pityriasis versicolor :

Alcoolat de lavande.	120	grammes.
Sublimé.	1	—
Huile de lavande	4	—
Savon vert.	80	—

Laisser appliqué le liquide sur la peau, sans l'essuyer, et prendre un grand bain trois jours après la lotion. Tout est fini alors.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1897. — Présidence de M. MONOD.

DISCUSSION SUR LE CANCER DU FOIE

M. ROUTIER rapporte une observation montrant combien parfois le diagnostic de cancer du foie est difficile.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans, qui souffrait du foie depuis un an : elle portait une tumeur sur le bord antérieur du foie.

Le diagnostic était hésitant entre un cancer du foie et une tumeur de la vésicule. On fit une ponction et on retira du pus. On fit alors le diagnostic de kyste hydatique du foie suppuré.

On mit alors un gros drain à la place de la grosse canule du trocart : il sortit des matières grisâtres, sales. Au bout de quelques jours, la fièvre s'établit. On fit alors une laparotomie. On tomba sur une poche flétrie contenant des détritus semblant être des débris d'hydatides. La malade mourut au bout de quelques jours. A l'autopsie, on vit qu'il s'agissait d'un cancer du foie. On était donc tombé sur un noyau cancéreux modifié, ayant donné le change pour un kyste hydatique suppuré.

M. QUÉNU a observé, en 1893, une malade dans les conditions suivantes. Il s'agissait d'une femme âgée, cachectique, portant une tumeur volumineuse et douloureuse du foie. Il y avait de la fièvre. On avait tous les signes d'un abcès du foie.

On proposa une intervention chirurgicale qui fut acceptée. On fit la laparotomie latérale, et une ponction dans la masse principale. Il s'écoula une sorte de pus et de matière ramollie. L'examen histologique de cette matière démontra qu'il s'agissait de cellules épithéliomateuses dégénérées typiques.

Donc dans ce cas, comme dans celui de M. Routier, le cancer du foie a donné lieu à une sorte d'abcès, de noyau puriforme, volumineux, noyau qui a donné le change pour un abcès du foie.

M. RICARD. La question de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du foie a été apportée à la Société de chirurgie par M. Segond, à propos d'un cas qui lui est personnel.

A cette occasion, M. Terrier a pris la parole pour faire connaître un procédé de suture intra-hépatique, procédé dû à un chirurgien russe, et permettant de faire l'extirpation des tumeurs du foie sans perte appréciable de sang.

L'hémorragie est, en effet, le grave danger qui rend périlleuse l'extirpation des tumeurs malignes du foie. Les procédés nouveaux et perfectionnés permettent peut-être l'extirpation de tumeurs hépatiques non vasculaires ; mais il est bon de se rappeler qu'il est au foie des tumeurs essentiellement vasculaires, dont la moindre blessure, même à l'aide d'une aiguille, peut être rapidement mortelle.

M. Terrier vous fera sans doute connaître un cas de cette nature, où une simple ponction, faite au bistouri, amena la mort du malade sur la table d'opération.

J'ai observé un cas de ce genre, où j'ai eu grand'peine à me rendre maître d'une hémorragie, à la suite d'une ponction faite à l'aide d'un trocart presque capillaire.

La difficulté, sinon l'impossibilité d'un diagnostic clinique de ces tumeurs, heureusement rares, m'autorise à vous donner, à titre de document, la relation de l'observation suivante :

Il s'agit d'une jeune femme de trente-deux ans environ, qui, depuis quelques mois, était atteinte de troubles dyspeptiques avec douleurs épigastriques vagues. Elle fut soignée quelque temps pour une affection gastrique, lorsqu'une voussure apparut à l'épigastre.

Je fus appelé à ce moment. La voussure était manifeste, médiane et distendant le creux épigastrique ; elle était du volume d'une tête fœtale, régulière, rénitente, presque fluctuante, mobile dans les mouvements respiratoires et absolument indolente. Mon diagnostic fut : kyste hydatique du foie ; et aujourd'hui, après l'erreur commise, je me demande encore quel autre diagnostic aurait pu être raisonnablement porté. Pour le confirmer, je fis une ponction avec la seringue de Pravaz. Cette ponction ne donna issue à aucun liquide ; mais le fait est si fréquent dans les hydatides à vésicules, l'aiguille dont je m'étais servi était de dimension si petite que mon diagnostic resta le même et que l'intervention fut résolue.

Je pratiquai la laparotomie avec l'aide de deux de mes internes. L'abdomen ouvert, la tumeur hépatique apparut de suite, telle que nous nous la représentions comme forme et comme dimension. Mais, au lieu de voir l'enveloppe plus ou moins translucide d'un kyste hydatique, c'était du tissu hépatique de coloration légèrement violacée. De plus, la grosseur, au lieu de dédoubler le bord tranchant du foie, le surplombait en le respectant, fait insolite dans le cas de distension du foie par une tumeur parasitaire.

Je pratiquai au point culminant de la tumeur une ponction à l'aide du petit trocart de l'appareil Potain. Un jet de sang noir en sortit comme si la pointe de l'instrument eût pénétré dans un énorme vaisseau veineux. Je relevai la pointe de l'instrument de quelques centimètres et l'enfonçai dans une autre direction. Le résultat fut le même : un véritable jet de sang sortit par ma canule. Je retirai alors le trocart, décidé à ne point pousser plus loin mon exploration ; mais mon orifice de ponction saigna d'une façon aussi inquiétante que prolongée. J'essayai de le fermer par des sutures de Lembert ; mais les orifices créés par l'aiguille donnèrent lieu à la même hémorragie, et je ne pus m'en rendre maître que par une cautérisation ignée, faite au rouge sombre, et une compression qui dut être maintenue pendant plus de vingt minutes, non sans une certaine inquiétude.

Je pus enfin, l'hémorragie arrêtée, refermer l'abdomen. Les suites opératoires furent très simples, sauf quelques douleurs abdominales vives pendant les premières heures. Les fils furent retirés vers le dixième jour. La malade alla bien pendant six semaines, se croyant guérie. Malheureusement, les phénomènes ne tardèrent pas à s'aggraver ; la tumeur augmenta de volume, doubla presque en quelques semaines ; un épanchement hémorragique survint, nécessitant plusieurs ponctions. Les membres inférieurs devinrent œdémateux, la cachexie fit de rapides progrès et la malade s'éteignit quatre mois et demi après l'intervention.

Cette opération avait eu lieu sur une malade de la ville et l'autopsie ne put malheureusement pas être faite ; mais l'évolution rapide du mal, son mode de terminaison ne laissent aucun doute sur la nature maligne de la tumeur hépatique et permettent de penser à un *sarcome vasculaire*.

J'ai tenu à rapporter cette observation, non pas pour m'inscrire contre l'extirpation des tumeurs hépatiques d'une façon générale, mais pour attirer l'attention sur ces tumeurs exceptionnelles, dont l'exérèse ne me paraît pas pouvoir être tentée.

RAPPORT

Tumeur du cerveau. — M. BROCA fait un rapport sur une observation de M. Barrette (de Caen). Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, qui entre à l'hôpital de Caen, portant une tumeur de la région pariétale. Cette tumeur volumineuse

était très vasculaire. Il y avait, de plus, des symptômes de tumeur cérébrale avec troubles oculaires. M. Barrette fit le diagnostic de tumeur cérébrale. Il n'y avait pas de troubles moteurs du côté des membres. Il pensa à un fongus de la dure-mère ayant perforé l'os. Les douleurs étaient extrêmement violentes.

M. Barrette se décida à intervenir. Mais, après la première incision, il se produisit une terrible hémorragie, que l'on ne put arrêter que par le tamponnement.

Le malade mourut le lendemain de l'opération.

A l'autopsie, on trouva de volumineuses veines traversant le crâne par de nombreux orifices produits par la raréfaction de l'os. Il n'y avait pas de fongus de la dure-mère. Mais il existait une volumineuse tumeur de l'encéphale, occupant la pointe du lobe occipital et le cuneus.

Elle avait envahi le sinus latéral, ce qui avait produit un arrêt de la circulation veineuse du crâne, d'où la production des veines volumineuses qu'on avait observées sous le péricrâne. Ces tumeurs, simulant les fongus de la dure-mère, sont extrêmement rares.

Au point de vue thérapeutique, M. Barrette eût peut-être plus sagement agi en n'intervenant pas, même dans l'hypothèse d'un véritable fongus de la dure-mère.

COMMUNICATION

La tuberculose rénale. — M. TUFFIER communique un certain nombre de faits de tuberculose du rein.

Les opérations qu'il a pratiquées dans ces cas sont au nombre de quinze. Donc, la tuberculose rénale est assez fréquente.

L'opération n'est indiquée que si la médication interne a échoué.

Quelles sont les indications de l'opération? Elles sont au nombre de trois.

Ce sont l'hématurie, les douleurs, l'infection.

C'est seulement quand l'hématurie est intense, profuse et continue, que l'opération est indiquée. Il s'agit, dans ces cas, de la forme hémoptoïque de la tuberculose rénale, mettant, par l'abondance de l'hémorragie, la vie du malade en danger.

M. Tuffier est intervenu dans ces conditions deux fois.

Une première fois pour une hématurie profuse, M. Tuffier a fait une néphrectomie primitive : il y avait de nombreux abcès dans le rein. Dans le deuxième fait, M. Tuffier a fait simplement l'incision du rein pour des hématuries profuses.

En somme, les accidents hématuriques ne sont pas extrêmement sérieux : il n'y a pas de récidive après l'opération d'ordinaire.

La deuxième indication est fournie par les douleurs, à forme de coliques néphrétiques, progressivement croissantes et subintrantes. Dans un cas semblable, M. Tuffier a fait la néphrectomie. La malade est restée guérie.

Après l'opération, il s'est même produit une obésité extrême. Dans un deuxième cas, chez une jeune fille de vingt-huit ans, les douleurs étaient intolérables ; elles avaient fait penser à une lithiase rénale. Mais on trouva des bacilles de Koch dans l'urine. On fit chez elle une néphrectomie lombaire ; le rein contenait de nombreux abcès froids, l'uretère élargi était farci de granulations. Actuellement d'ailleurs, chez cette malade, on a pu constater une plaque tuberculeuse au niveau de l'orifice vésical de l'uretère. Il s'agissait donc bien, chez cette malade, d'une tuberculose rénale primitive avec urétérite descendante.

Un accident plus rare peut provoquer des douleurs : il est constitué par la présence de calculs secondaires à une pyélo-néphrite tuberculeuse.

La troisième indication est fournie par des accidents d'infection ou d'intoxication. Il s'agit de pyélo-néphrites aiguës ou chroniques.

M. Tuffier est intervenu 9 fois pour ces cas, 5 fois par la néphrotomie, 2 fois par la néphrectomie secondaire, 1 fois par la néphrectomie primitive.

La rétention purulente dans la tuberculose rénale est très grave et l'opération ne donne pas de bons résultats.

En somme, la néphrectomie primitive semble gagner du terrain dans le traitement de la tuberculose rénale, quand celle-ci est primitive dans le rein et siège d'un côté.

L'opération est indiquée quand il y a des hématuries ou des douleurs. Quand il y a des accidents infectieux, l'opération est dangereuse.

On peut intervenir par la néphrectomie ou la néphrotomie.

Rétrécissement traumatique tardif de l'urèthre. — M. BAZY rappelle qu'on admet généralement que les rétrécissements traumatiques de l'urèthre sont toujours précoces. Or, il s'est trouvé en présence d'un malade âgé, atteint de troubles urinaires. Il pensa tout d'abord à des troubles d'origine prostatique.

Mais ce malade avait eu, quarante ans auparavant, une fracture du bassin. L'obstacle siégeait au niveau de la portion membraneuse et non dans la région prostatique.

M. Bazy passa alors une bougie filiforme armée d'une sonde à bout coupé qui fut arrêtée. Il n'y avait donc pas de déviation du canal, mais bien un rétrécissement de l'urèthre. Ce rétrécissement fut incisé et, depuis ce moment, l'état du malade resta parfait.

Donc l'examen physique, de même que les antécédents pathologiques, démontrèrent qu'il s'agissait là d'un cas de rétrécissement traumatique de l'urèthre s'étant manifesté quarante ans après le traumatisme.

M. ROUTIER a vu un malade ayant présenté des signes de rétrécissement traumatique de l'urèthre sept ans après le traumatisme.

PRÉSENTATIONS

Résection du poumon. — M. BAZY présente une portion de tissu pulmonaire sphacélé extrait, le matin, par la pneumotomie.

Hypertrophie de la mamelle. — M. MICHAUX présente une mamelle extrêmement hypertrophiée, qui descendait jusqu'au milieu de la cuisse. Elle pesait 13 livres et demi et contenait beaucoup de liquide.

Ulcération syphilitique. — M. PICQUÉ présente un malade atteint d'une vaste ulcération du bras, prise pour un sarcome ulcéré. C'était tout simplement une ulcération syphilitique du bras, guérie par trois injections de calomel.

La séance est levée.

Séance du 20 janvier 1897. — Présidence de M. MONOD.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CANCER DU FOIE

M. TUFFIER rappelle combien il est difficile souvent de distinguer un cancer du foie d'une tumeur d'une autre nature, kyste hydatique ou autre. Aussi ne saurait-on trop s'appliquer à reconnaître des signes pouvant mettre sur la voie du diagnostic. Il en est un, dans le cancer du foie, dont on n'a pas parlé et sur lequel insiste tout particulièrement M. Tuffier. C'est la présence de ganglions au niveau du hile du foie. Il y a donc tout intérêt à s'assurer si, du côté du hile du foie, il n'existe pas de ganglions. Si on en trouve, on peut être assuré qu'il s'agit d'un cancer du foie. Il est cependant une variété de cancer, l'adéno-épithéliome, qui, même à une période avancée, peut ne pas s'accompagner d'engorgement ganglionnaire.

Il est un second point sur lequel désire revenir M. Tuffier ; c'est le moyen d'éviter les hémorragies qui rendent dangereuses les interventions sur le foie. Il propose de recourir à l'hémostase préventive faite de cette façon : il comprime le pédicule du foie au niveau de son hile. Cette compression préventive, très difficile chez le chien, mais probablement beaucoup plus facile chez l'homme, suffit pour prévenir et empêcher toute hémorragie au cours d'une intervention chirurgicale sur le tissu hépatique.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

M. REYNIER, à propos de la présentation faite dans la dernière séance, par M. Picqué, rappelle avoir dit toute l'importance qu'il attachait à la torsion de l'anse intestinale suturée à l'estomac. Si l'on ne prend pas cette précaution, on peut exposer les opérés à des vomissements incoercibles ou à des accidents d'occlusion intestinale. M. Reynier a perdu, de cette manière, ses deux premiers opérés de gastro-entérostomie. Il a vu ces deux malades mourir avec des phénomènes d'occlusion intestinale. A l'autopsie, il trouva l'intestin coudé de telle façon que les matières stomacales refluaient vers le bout supérieur de l'anse intestinale anastomosée au lieu de passer dans le bout inférieur. C'est là un accident très redoutable. Il y a certainement des malades qui meurent à la suite de ces opérations, parce que le passage des matières stomacales dans le bout inférieur de l'anse intestinale anastomosée n'est pas suffisamment assuré. Or cet accident peut être facilement évité par la torsion de l'anse intestinale qui dispose cette anse, par rapport à la face antérieure de l'estomac, de telle façon que les matières passent aisément de l'estomac dans l'intestin grêle. Ce procédé très simple donne d'excellents résultats et M. Reynier ne manque plus jamais d'y avoir recours.

M. QUÉNU a fait un grand nombre de gastro-entérostomies ; il n'a jamais pris la précaution recommandée par M. Reynier et il n'a jamais constaté les accidents dont a parlé M. Reynier.

M. CHAPUT fait observer que l'éperon résultant de l'anastomose gastro-intestinale, faite sans torsion de l'intestin, peut devenir la cause de vomissements incoercibles et même d'occlusion intestinale. Aussi M. Chaput, d'accord avec M. Reynier, a-t-il adopté la torsion de l'anse intestinale anastomosée.

M. RICARD rapporte, à ce sujet, l'observation d'une malade qui lui avait été adressée avec le diagnostic de sténose cicatricielle du pylore. Il ne s'agissait pas d'une sténose cicatricielle, mais bien d'un néoplasme malin. M. Ricard pratiqua une gastro-entérostomie. Après l'opération, cette malade continua à vomir. Les vomissements de bile devinrent si menaçants vers le dixième jour, que M. Ricard rouvrit le ventre pour en rechercher la cause et y remédier s'il était possible. Il trouva une distension excessive de la poche duodénale de l'intestin, et, par contre, un aplatissement, une vacuité absolue, une sorte d'atrophie de la portion jéjunale. M. Ricard n'hésita donc pas à faire une anastomose jéjuno-duodénale, de façon à assurer le cours des matières dans l'intestin grêle. Les vomissements cessèrent aussitôt. La malade succomba dix-huit mois après l'opération, en pleine cachexie cancéreuse.

DISCUSSION SUR LA CHIRURGIE DU POUMON

M. BAZY discute certaines opinions émises par MM. Quénu et Tuffier. Il maintient que l'exploration extra-pleurale du poumon, sans ouverture de la plèvre, est un procédé défectueux, qui doit être abandonné, et il s'applique à démontrer les avantages de l'exploration directe du poumon, avec ouverture de la plèvre.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Abcès cérébral. — M. REYNIER présente les pièces anatomiques provenant d'un malade qu'il a opéré d'un abcès cérébral, consécutif à des lésions de l'oreille moyenne. Ce malade avait eu d'abord un abcès de l'oreille. M. Reynier, ayant constaté des symptômes de mastoïdite, fit la trépanation de l'apophyse mastoïde. Mais les accidents ne furent pas enrayés. Le malade tomba dans une sorte de torpeur et eut de l'aphasie. M. Reynier fit alors la trépanation au niveau du point classique, c'est-à-dire à 3 centimètres au-dessus du conduit auditif. Il trouva la dure-mère non adhérente ; il prolongea la trépanation jusqu'à la suture temporo-pariétale et fit une ponction en la dirigeant un peu en bas. Il trouva du pus, il incisa alors au thermocautère et tomba dans un foyer de 4 à 5 millimètres de profondeur. Il laissa un drain. L'aphasie disparut complètement, mais la température, qui était tombée à 37 degrés, remonta les jours suivants, atteignit rapidement 39 et 40 degrés, et le malade succomba le sixième jour. A l'autopsie, on trouva des abcès ganglionnaires, des abcès dans le foie, de la phlébite, en un mot de l'infection purulente. Mais l'abcès cérébral, qui se prolongeait du côté du lobe occipital, était vidé. C'est la seconde fois que l'apparition de l'aphasie porte M. Reynier à intervenir. Il cite un premier cas dans lequel il suivit la même conduite.

M. BROCA constate, sur les pièces présentées par M. Reynier, que la trépanation mastoïdienne n'a pas été poussée assez loin. Il ajoute que M. Reynier a dû diriger la ponction en arrière et en bas, ce qui prouve qu'il serait arrivé directement sur l'abcès, s'il avait suivi la voie mastoïdo-pétreuse.

M. POIRIER constate, comme M. Broca, l'insuffisance de la trépanation mastoïdienne. Quant à la trépanation cérébrale, elle a bien été pratiquée sur le point classique, et M. Poirier s'étonne que, dès la première ponction, M. Reynier n'ait pas trouvé du pus. En effet, ces abcès prennent généralement naissance au-dessous du conduit auditif. Il ne faut jamais étendre la trépanation en avant.

M. CHAMPIONNIÈRE, à propos de l'aphasie constatée par M. Reynier, rappelle que les localisations ne donnent pas toujours des indications bien fixes. L'aphasie seule n'est pas un symptôme suffisamment net pour qu'on puisse exactement localiser la lésion cérébrale. Il faut tenir compte des phénomènes de compression à distance. Il ne faut donc pas se guider sur un seul symptôme pour admettre telle ou telle localisation.

M. BRUN fait observer que le cas présenté par M. Reynier est classique au point de vue des abcès cérébraux d'origine otique. Le phénomène de l'aphasie est un phénomène fréquent, même en dehors du fait des lésions localisées au siège du langage. Ces abcès cérébraux doivent être attaqués directement à travers la caisse. En suivant ce chemin, on arrive fatalement sur l'abcès. C'est certainement la voie la plus courte, la plus sûre.

M. REYNIER estime que, dans ces cas, il faut faire une distinction entre la pratique et la théorie. Théoriquement, en effet, l'opinion soutenue par MM. Broca et Brun est très séduisante. Après coup, devant les pièces anatomiques, cela paraît tout simple. Il n'en est plus de même en présence du malade, et M. Reynier ne trouve pas qu'il soit si simple et si inoffensif de défoncer la caisse. Il faut tenir compte des troubles consécutifs de l'audition et de bien d'autres accidents possibles. Au point de vue de la difficulté de l'interprétation des symptômes, au point de vue des localisations, M. Reynier est heureux de voir son opinion confirmée par M. Championnière.

M. BROCA maintient, contrairement à M. Reynier, qu'il s'agissait, dans son cas, d'un abcès superficiel. Mais il s'agit

de s'entendre, cet abcès était superficiel par rapport à la face inférieure et non par rapport à la face supérieure. Ce sont précisément ces abcès qui doivent être tributaires de l'intervention directe par la caisse, ainsi que l'a très bien dit M. Brun.

ÉLECTION DE MEMBRES CORRESPONDANTS

MM. Barette, Bineau, Chupin, Ferraton, Lemaistre et Gabriel Roux sont élus membres correspondants nationaux.

MM. Gardner, Novaro et Lardy sont élus membres correspondants étrangers.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel théorique et pratique d'accouchements (1), par le docteur A. Pozzi, professeur à l'École de médecine de Reims.

Depuis la publication du *Guide de l'accoucheur et de la sage-femme* longtemps populaire de Pénard, la bibliothèque de l'étudiant s'est enrichie de plusieurs manuels d'obstétrique, dont quelques-uns ne sont pas sans valeur. De ce nombre est le manuel théorique et pratique d'accouchements que M. A. Pozzi (de Reims) vient de publier. Antérieurement M. Pozzi avait réuni dans un petit volume consacré à l'anatomie et à la physiologie obstétricales, les principales notions indispensables au médecin et à la sage-femme pour comprendre les phénoménes relatifs à la grossesse et au mécanisme de l'accouchement. Très heureusement encore, dans les 464 pages qui composent le volume actuel, il a condensé la substance des gros traités d'obstétrique.

Il faut, entre autres, louer M. A. Pozzi d'avoir su donner, malgré le cadre forcément restreint de son manuel, un développement suffisant aux questions touchant l'antisepsie, le forceps, l'allaitement du nouveau-né, qui sont de pratique obstétricale courante.

Le livre de M. A. Pozzi s'adressant surtout à des débutants et à des sages-femmes, auxquels on ne saurait trop répéter les précautions à prendre pour éviter l'infection, nous avons été toutefois surpris de ne pas trouver plus de détails sur le nettoyage antiseptique des mains. Sans doute, au chapitre consacré à la pratique générale de l'asepsie et de l'antisepsie, il est bien dit que « les avant-bras, les mains, les ongles seront savonnés et brossés, puis trempés dans une solution antiseptique »; mais nous aurions voulu y voir mentionnés et la composition du bain antiseptique, et la durée d'immersion des mains dans ce bain, et celle du savonnage et du brossage, et enfin le lavage des mains à l'alcool, qui constitue un des actes importants de leur désinfection. Pourquoi aussi, dans le même ordre d'idées, ne pas recommander systématiquement, chez la femme en travail ou en couches, le cathétérisme vésical à découvert? Ce mode de faire découle, ce nous semble, des précautions dont on doit entourer aujourd'hui l'introduction de la sonde dans la vessie d'une accouchée ou d'une parturiente, c'est-à-dire toilette antiseptique préalable de la région génito-urinaire, impliquant la mise à découvert de la femme.

L'ordre adopté par M. Pozzi, dans la description des opérations obstétricales, est passible de critique.

La réunion dans la même section de la délivrance artificielle et de la version est-elle suffisamment justifiée par ce fait que l'une et l'autre de ces manœuvres ne nécessitent que l'emploi de la main et sont permises aux sages-femmes? Nous ne le pensons pas. Plus légitimement, la version devait avoir sa place à côté du forceps, puisque, comme ce dernier, elle a pour but l'extraction, à travers les voies naturelles, du fœtus vivant. Une note indiquant que les sages-femmes étaient autorisées à pratiquer la version suffisait, sans qu'il soit besoin de scinder si complètement deux opérations ayant même objet.

Version et forceps sont aussi méthodes de douceur, et l'on ne comprend guère comment M. Pozzi a été conduit à inscrire l'étude de l'instrument de Levret et de Tarnier, sous l'en-tête : accouchement forcé. Outre que le terme d'accouchement forcé a un sens bien déterminé en obstétrique, on ne peut accepter cette désignation pour l'extraction du fœtus avec le forceps, alors que le col est complètement dilaté ou facilement dilatable. A ce compte, la version doit rentrer dans le cadre de l'accouchement forcé.

D'ailleurs, M. Pozzi nous paraît avoir un peu abusé de ce qualificatif qui sonne si mal aux oreilles obstétricales. Est-ce bien, en effet, la *dilatation forcée* du col que recherche M. Tarnier avec son dilatateur? Mis en place, l'écarteur amène l'ouverture du col en agissant mécaniquement et en provoquant, par excitation réflexe, les contractions du muscle utérin : il ne force pas la dilatation de l'orifice cervical, mais l'accélère méthodiquement.

Enfin, le curage de l'utérus puerpéral n'est guère à sa place entre l'étude du forceps et celle des opérations ayant pour but la mutilation du fœtus.

Malgré ces quelques remarques, le petit livre de M. A. Pozzi n'en reste pas moins un bon manuel d'obstétrique, qui rendra des services à l'étudiant, et que consultera également avec profit le praticien au temps toujours limité : les récentes questions intéressant l'obstétrique s'y trouvent, en effet, très convenablement résumées.

Dr P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

(1) In-12, cart. à l'anglaise, avec figures. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs de Comeau (de Limoges); Charles Daum (de Nancy), médecin-major en retraite, décédé à Saint-Nicolas à l'âge de quarante et un ans; Evanno (de Nesles-la-Vallée); Garny (de Blidah); Gauthier, interne à la Maison nationale de Charenton; Nicolas (de Pleurtuit); Quesney (de Quillebœuf); Rouxel (de Saint-Brieuc); Sourdin (d'Évron); Tédenat (de la Vacquerie).

— M. G. Ballet commencera, à l'hôpital Saint-Antoine, ses leçons sur les maladies du système nerveux, le dimanche 24 janvier 1897, à dix heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— M. Hallopeau reprendra ses leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le dimanche 31 janvier, à neuf heures et demie, dans la salle des conférences, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

VIN DEFRESNE
TONI-NUTRITIF A LA
PEPTONE
Adoptée par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

Contient non-seulement les principes solubles de la viande, mais aussi la fibre musculaire, fluidifiée, digérée, rendue assimilable.
POUDRE; ÉLIXIR
INAPPÉTENCE, ANÉMIE, CONVALESCENCE, etc.
DEFRESNE, AUTEUR DE LA PANCRÉATINE,
4, Quai du Marché-Neuf, PARIS, et Pharmacies.

POUR AVOIR DE LA VERITABLE EAU DE
VICHY
(FRANCE)
Exiger le nom de la Source sur l'Étiquette et sur la Capsule

CÉLESTINS. GOUTTE, GRAVELLE, DIABÈTE
GRANDE-GRILLE. FOIE.
HOPITAL. ESTOMAC.

Avoir soin de désigner la Source.
EN VENTE DANS LES BONNES PHARMACIES

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, ph^{ien}, 41, B^{ard} Haussmann, et t^{tes} ph^{ies}.

CÉRÉBRINE
(COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)
Une cuillerée à soupe à toute période de l'accès.
MIGRAINES, NÉVRALGIES, Vertige stomacal, Coliques menstruelles. Fl. 5 fr. et 3 fr.
C. BROMÉE et C. IODÉE : Neurasthénie, Névroses, États congestifs du cerveau. Fl. 5 fr.
C. BROMO-IODÉE : Névralgies du Trijumeau, sciatiques et autres, rebelles à *tous traitements antérieurs*. Fl. 6 fr.
C. QUINIÉE : Grippe, Influenza, Coryza, Fièvres éruptives. Fl. 5 fr.
E. FOURNIER, 114, Rue de Provence, Paris et Ph^{ies}.
Notices et Spécimens F^{co}

RHUMES, BRONCHITES GRIPPE, TOUX NERVEUSE, etc.
SIROP MIREILLE
au Bromhydrate de Codéine, à la Terpine, au Benzoate de Soude, à l'Aconit, etc.
Association rationnelle et scientifique de divers produits actifs. — Spécifique de la Toux.
ADMIS DANS les HOPITAUX de PARIS
PÂTE MIREILLE au Bromhydrate de Cocaïne, Terpine, Benzoate de Soude et Chlorate de Potasse.
La plus efficace pour Maux de Gorge.
LANOS, Ph^{ien}, 43, avenue Kléber, Paris et Ph^{cies}.

Rapport favorable de l'Académie de médecine.
VINAIGRE PENNÈS
Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.
Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.
Exiger Timbre de l'Etat. — Toutes pharmacies.

FER QUEVENNE
Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles).
0g05 à chaque repas. — ... des Beaux-Arts, Paris.



Excellents effets contre
PHTISIE
et autres Tuberculoses
BRONCHITES, CATARRHES
Chaque capsule contient :
0^{gr} 05 *véritable* Créosote de **HÊTRE**
Huile de foie de morue Q. S.
2 ou 3 à chaque repas
Le flacon 3 fr.
105, Rue de Rennes, PARIS
et toutes les Pharmacies.
Exiger le timbre de l'Etat.

CACHETS DIGESTIFS MOURRUT
DE PEPSINE ET DIASTASE PURES

Les CACHETS MOURRUT sont le meilleur mode d'administration de la Pepsine et de la Diastase. « Insolubles dans l'alcool qui les précipite de leur dissolution dans l'eau, ces deux ferments digestifs ne doivent pas être administrés dans un liquide alcoolique — vin ou élixir. « (BOUCHARDAT. *Annuaire*, 1880. p. 138; ACADÉMIE DE MÉDECINE, 12 août 1879.)
Ph^{ie} FOURNIER, 39, r. de Clichy, Paris.

Sirop et Pâte Clin
à la Codéine pure et cristallisée

Le Sirop et la Pâte Clin sont employés avec le plus grand succès dans les cas de : **Toux, Bronchite, Coqueluche, Grippe, Maux de Gorge**, dans les **Affections de l'Estomac et du Ventre**; ils constituent le remède souverain contre l'**Insomnie nerveuse** et donnent au malade un sommeil prompt, calme et réparateur.
M^{on} CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

MALADIES DE POITRINE
AMÉLIORATION CERTAINE par les
SIROPS DU Dr CHURCHILL
A L'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE OU DE CHAUX
Pr. : 4 f. Pharm. SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

SENECINE
A. FRICK
EMMÉNAGOGUE
Agréable, Efficace et Inoffensif
Ech. grat. Ph^{ie} 11bis Rue de la Chapelle. PARIS



Institut Bactériologique
de la SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE (Anc^{t} Gilliard, P. Monnet & Cartier)

Administration : 8, Quai de Retz, LYON — **LYON-VAISE** — Adresse Télégraphique : RHODIA — LYON

Sérum antistreptococcique
Préparé suivant la Méthode MARMOREK
Par MM. MÉRIEUX & CARRÉ
Ex-Assistants de l'Institut Pasteur de Paris.

INDICATIONS : Erysipèle, Fièvre puerpérale, Septicémies médicales ou chirurgicales, Phlegmons, Angines, Broncho-Pneumonies, etc., ainsi que les maladies empruntant à l'association de leur agent spécifique avec le Streptocoque une gravité exceptionnelle (Diphtérie, Scarlatine, Influenza, Fièvre typhoïde et quelquefois la Tuberculose). *Voir les publications du Dr Marmorek dans les* ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR.

Sérum Antidiphtérique *(ne contenant pas d'acide phénique.)*
Sérum Antivenimeux contre la morsure des serpents.
Vaccin Jennérien, spécial pour les pays chauds.

AUCUN ANTISEPTIQUE NUISIBLE n'est additionné à tous ces produits pour leur préparation ou leur conservation.

Reconstituant général, Dépression du Système nerveux, Neurasthénie.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR
NEUROSINE PRUNIER
NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE — NEUROSINE-CACHETS

Débilité générale, Anémie, Phosphaturie, Migraines.

DÉPOT GÉNÉRAL :
CHASSAING et Cie, Paris, 6, avenue Victoria

PHTISIE PULMONAIRE
CARBONATE DE GAÏACOL
HEYDEN



Dose de 1 à 6 grammes par jour.
VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

SPÉCIFIQUE des MALADIES NERVEUSES
CAPSULES
VALERIANATE D'AMYLE
BRUEL
Dans toutes les Pharmacies

L'ÉTHER AMYL-VALÉRIANIQUE, qu'il ne faut pas confondre avec l'Ether Valérianique, est le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques. C'est aussi le *meilleur dissolvant de la* **Cholestérine.**
Deux capsules prises avant le coucher, procurent un sommeil plus calme que le chloral.
DOSE : *3 à 10 Capsules par 24 heures.*

NÉVRALGIES MIGRAINES
COLIQUES HÉPATIQUES
NÉPHRÉTIQUES UTÉRINES
Gros : *11, r. de la Perle*, PARIS

N° 10. — MARDI 26 JANVIER 1897. 70e ANNÉE. MARDI 26 JANVIER 1897. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 25 janvier 1897.

L'examen du rapport présenté au conseil académique sur les travaux et les actes de la Faculté de médecine de Paris, nous a démontré qu'il y avait une réforme urgente à apporter au régime actuel des examens. Il n'est pas admissible que tout élève inscrit obtienne toujours et constamment son titre de docteur. A qui fera-t-on croire que sur les 5175 étudiants inscrits, il n'y ait ni un ignorant, ni un incapable? La Faculté tiendra à honneur, nous l'espérons, de redonner au titre de docteur toute la valeur qu'il avait autrefois, et qu'actuellement elle laisse par trop déprécier.

Mais quittons ce sujet : il suffit d'avoir signalé le mal pour qu'un prompt remède y soit apporté, du moins nous l'espérons.

Nous trouvons encore, dans le même rapport, d'intéressants documents sur les études anatomiques. Nous y voyons que 1432 élèves ont pris part aux travaux pratiques de dissection et 364 ont fait des exercices de médecine opératoire.

Pour ces travaux, la Faculté a reçu 1671 sujets, dont 1209 utilisables. Sur ces 1209, 587 seulement ont pu être livrés aux élèves des pavillons de dissection, c'est-à-dire « même pas un demi-sujet par élève, alors que l'enseignement pratique bien entendu nécessiterait deux sujets au moins pour chacun d'eux ».

Quelle conclusion à tirer de cette constatation, sinon que ces élèves ont tout intérêt à commencer leurs premières années d'études en province au lieu de venir s'entasser à Paris, dans des amphithéâtres dépourvus de sujets.

Le nombre des élèves qui ont suivi les hôpitaux, en vue du stage réglementaire, s'est élevé à 2551, répartis dans 74 services. Or 33 des chefs de service, choisis par la Faculté, sont rémunérés, 10 ne reçoivent pas d'indemnité parce qu'ils sont professeurs. Il y a donc 31 chefs de service qui font cet enseignement gratuitement et qui, pour tout honoraire, n'ont que les platoniques remerciements de la Faculté.

Aussi le rapport constate, non sans amertume, que les résultats obtenus par la nouvelle organisation du stage sont loin d'être aussi favorables qu'au début. « Un tiers des services est excellent, un quart laisse beaucoup à désirer. » Nous ne pouvons que plaindre les 5 ou 600 élèves qui font partie de ce dernier quart, sans envier les 1000 ou 1200 autres appartenant à des services sur lesquels le rapport observe un éloquent silence.

Il y a donc encore beaucoup à faire dans cette réorganisation qui, au début, avait donné de si bons résultats. Maintenant que la Faculté fait partie de ce tout qui s'appelle l'Université de Paris, verra-t-elle ses ressources augmenter et l'étudiant recevra-t-il l'enseignement auquel il a droit? La Faculté a fait beaucoup, ces dernières années, pour modifier et perfectionner son enseignement; aussi nous ne doutons pas qu'elle porte tous ses efforts du côté de l'enseignement clinique, encore si défectueux.

Voilà qui est peu encourageant pour le traitement des maladies infectieuses et, en particulier, de la tuberculose pulmonaire par les rayons de Röntgen. MM. Lannelongue et Achard, d'après une courte communication de celui-ci à la Société médicale des hôpitaux (22 janvier), ont exposé aux rayons X des cultures de divers microbes : jamais aucune d'elles n'a été ni stérilisée, ni même affaiblie. Ils ont fait des inoculations de cultures microbiennes virulentes à des animaux qu'ils ont ensuite exposés aux rayons de Röntgen : ils ont succombé tantôt plus, tantôt moins rapidement que les animaux témoins inoculés de la même façon, mais non soumis aux rayons X.

M. Jacquet présente les moulages des pieds d'un malade atteint pour la cinquième fois d'arthrite blennorragique. Il lui était survenu, à la plante du pied, des saillies cornées arrondies, les unes isolées, les autres agglomérées en massifs montagneux semblables à celles que Vidal et M. Janselme ont déjà signalées au cours du rhumatisme blennorragique. Pour M. Jacquet, il s'agirait, non d'une simple excroissance cornée, mais d'une véritable dermite; ce serait une lésion provoquée par l'infection blennorragique, parallèlement à l'arthropathie.

M. Bourneville présente, avec photographies et tracés à l'appui de leur histoire, deux jeunes enfants de quatre ans, atteints d'idiotie myxœdémateuse, qu'il a soumis au traite-

ment thyroïdien. Le résultat est réellement des plus remarquables ; ces enfants se sont transformés sous l'influence de cette médication. Ils ont grandi, ils ont perdu la tuméfaction et l'empâtement de leur peau. Ils ont pris un air beaucoup plus intelligent, beaucoup plus éveillé, leur vocabulaire s'est sensiblement accru.

Leur sang, étudié par M. Vaquez, présentait des caractères infantiles qui ont eu tendance à disparaître. A la fin du traitement, en effet, le volume de leurs globules rouges avait diminué et les globules à noyaux avaient complètement disparu.

A propos de la communication de M. Bourneville, M. Debove fait remarquer que la médication thyroïdienne est loin d'être inoffensive ; il y a eu des accidents graves et même des morts. M. Bourneville lui-même a vu un jeune homme présenter une tachycardie accentuée avec tendance à la syncope, faiblesse très grande des jambes, vomissements.

Il convient donc de ne manier la substance thyroïdienne qu'avec beaucoup de précautions, comme une substance toxique. Les médecins sont sollicités à la mettre en œuvre par de nombreux prospectus de maisons rivales ; ils ne doivent pas oublier qu'il y a, pour la substance active du corps thyroïde, des susceptibilités personnelles très grandes.

Un malade du service de M. Ferrand a succombé à une septicémie streptococcique aiguë, avec état typhoïde grave, consécutive à une piqûre infectieuse de la main, suivie d'adénite suppurée de l'aisselle. Le sérum sanguin, examiné une première fois par son interne M. Téohari, ne présentait pas la réaction agglutinative de Widal : il la présentait à un second et à un troisième examen. L'autopsie permit de constater qu'il s'agissait bien d'une septicémie aiguë et non d'une fièvre typhoïde. La réaction de Widal était-elle donc en défaut? M. Widal fait remarquer qu'il devait s'agir d'une fausse réaction agglutinative. L'observation n'est pas, du reste, irréprochable au point de vue scientifique. La réaction agglutinative a maintenant été employée des milliers de fois pour le diagnostic de la fièvre typhoïde dans tous les pays : elle n'a jamais donné une indication trompeuse ; rien ne démontre jusqu'à présent qu'il y ait des faits contraires à la règle.

La constance de cette réaction est devenue du même coup un argument très important, péremptoire même, en faveur de la spécificité du bacille d'Eberth et de la fièvre typhoïde qui en est l'expression clinique.

HOPITAL BEAUJON

Suppuration rénale à bacille d'Eberth survenue au déclin d'une fièvre typhoïde (1).

Par MM. Ch. Fernet, médecin de l'hôpital Beaujon, et Papillon, chef du laboratoire de l'hôpital Beaujon.

Observation (résumée d'après les notes prises par M. Weber, externe du service). — L. A..., âgé de vingt-six ans, commis marchand de vin, entre le 24 juin 1894, à l'hôpital Beaujon, salle Monneret, n° 18.

Dès son entrée, on porte le diagnostic de fièvre typhoïde, arrivée au sixième jour de son évolution, et le malade est traité par la balnéation.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

La maladie suit un cours régulier, sauf un accès épileptiforme, qui s'est manifesté à la suite d'un bain, le 27 juin (neuvième jour de la maladie), a duré une minute et ne s'est pas renouvelé depuis.

Le 1er juillet (treizième jour), le malade se plaint d'une douleur dans le flanc gauche, au niveau de la rate qui est grosse et douloureuse à la pression. M. Fernet porte le diagnostic de périsplénite, et le maintient jusqu'au 9 juillet (vingt et unième jour).

A ce moment, la température, qui avait diminué régulièrement, était voisine de la normale ; la fièvre typhoïde semblait terminée, et cependant l'état général du malade s'aggravait. La tuméfaction de la région splénique s'était accrue et devenait visible, et l'examen attentif du malade permettait de constater les faits suivants :

A la vue, voussure manifeste. Le palper délimite, à la partie supérieure de l'hypocondre gauche, une tumeur arrondie, rénitente, élastique, bien limitée. La percussion méthodique de la rate montre que celle-ci est hypertrophiée, mais se trouve en arrière de la tumeur qui s'étend, d'après le résultat du palper bimanuel, jusque dans la région rénale. Au niveau de la tumeur, la percussion ne donne pas une matité franche.

Le 11 juillet (vingt-troisième jour), le malade est soumis à l'examen de M. Tuffier, qui diagnostique un abcès du tissu sous-péritonéal en avant du rein, et propose de l'opérer.

13 juillet, opération. Incision de l'abdomen au niveau de la poche ; le côlon transverse se présente et on est obligé de le récliner pour atteindre la poche purulente ; celle-ci est incisée, il s'écoule 1 litre de pus séreux, très clair.

Les jours suivants, l'état du malade s'améliora un peu, puis survinrent quelques signes de péritonite (20 juillet) et peu à peu, par une aggravation des phénomènes généraux et de l'adynamie, le malade arriva à la mort le 27 juillet, après trente-neuf jours de maladie.

Pendant tout ce temps, la température oscilla autour de 37 degrés, sans jamais atteindre 38 degrés ; par contre le pouls, qui, pendant le cours de la fièvre typhoïde, avait été peu fréquent, atteignit toujours des chiffres élevés, variant entre 112, 120 et 152. A aucun moment de la maladie les urines ne furent purulentes ou même troubles.

Autopsie et examens bactériologiques (par M. Papillon). — La plaie abdominale s'ouvre dans un foyer de péritonite, qui s'est produit après l'intervention chirurgicale, et est béant, bien qu'il ne contienne que quelques grammes de liquide fétide. Ce foyer est limité par le diaphragme, le foie et l'estomac, le côlon et l'épiploon. A sa partie inférieure se trouve l'incision de la poche purulente. Après dissection minutieuse, on trouve que cette incision conduit, à travers le parenchyme rénal aminci, dans le bassinet extrêmement dilaté.

Le tissu périnéal est sain ; le rein et son bassinet forment une tumeur volumineuse descendant jusqu'à la crête iliaque. La coupe de l'organe montre la dilatation considérable du bassinet, communiquant largement avec un abcès anfractueux, gros comme une noix, creusé en plein tissu rénal. Le reste du rein, aminci par endroits, contient, en d'autres points, des abcès au nombre de trois ou quatre, remplis de pus épais, crémeux et sans communication avec le bassinet.

L'uretère, de ce côté, est rétréci et, en abordant le bassinet, se coude brusquement à angle droit. Il est fermé par cette coudure, mais non oblitéré : car on y engage facilement une sonde cannelée qui rétablit la communication entre l'uretère et le bassinet. C'est, en somme, la disposition anatomique de l'hydronéphrose intermittente, décrite par M. Navarro (Thèse Paris, 1894).

Tout le reste de l'appareil génito-urinaire (y compris le rein droit) est normal.

Dans le petit bassin, légère péritonite adhésive.

Au niveau de l'intestin, plaques de Peyer cicatrisées ou en voie de cicatrisation.

L'examen des autres organes ne montre rien de particulièrement intéressant.

Bactériologie. — 1° Au moment de l'opération, prise de liquide à l'ouverture de la poche : pus très séreux, très ténu, donnant par le repos un dépôt blanc peu abondant, surmonté d'une grande quantité de liquide clair, jaunâtre. L'examen extemporané de ce liquide sur lamelles y démontre des globules blancs peu nombreux, très altérés et des bacilles courts assez abondants, se décolorant par le Gram. Les cultures ont donné, à l'état de pureté, un bacille que ses caractères permettent d'identifier au bacille d'Eberth (mobilité, non-fermentation de la lactose, aspect typique sur pomme de terre) ;

2° Quelques jours après l'opération, liquide recueilli au moment d'un pansement. Les cultures ne sont plus pures et contiennent, avec du coli-bacille, différents saprophytes ;

3° A l'autopsie, dans le bassinet, coli-bacilles et saprophytes. Dans les abcès rénaux isolés, bacilles d'Eberth à l'état de pureté.

Résumé et conclusions. — Il semble, d'après ces constatations, que l'on peut comprendre ainsi l'enchaînement des faits dans l'observation précédente. Un malade, atteint d'hydronéphrose intermittente ou, tout au moins, porteur d'une disposition anatomique permettant son apparition, contracte une fièvre typhoïde. Au déclin de cette affection, sous une influence indéterminée, l'uretère s'oblitère par coudure et le bassinet se dilate (douleurs vives, tumeur rapidement croissante) : il se fait à, ce niveau, un point d'appel, une localisation de l'infection typhique. Le bacille d'Eberth, se localisant sur l'organe d'un malade vacciné par la fièvre typhoïde en cours, devient pyogène, et son développement rapide est favorisé, comme l'ont montré les travaux de l'École de Necker, par l'oblitération des voies d'excrétion de la glande. Après l'ouverture de la pyonéphrose, le péritoine s'infecte par des microbes vulgaires qui pénètrent secondairement dans le bassinet et occasionnent la mort.

Deux faits doivent encore être mis en relief dans cette observation. D'une part, l'absence de réaction thermique pendant cette longue suppuration ; la courbe de la fièvre typhoïde n'est aucunement modifiée par l'abcès pyélonéphritique : c'est là d'ailleurs, semble-t-il, un des caractères des suppurations à bacilles d'Eberth. D'autre part, la marche en avant de la pyonéphrose, qui vient faire saillie sous la paroi abdominale et non dans la région lombaire, comme il est de règle, égarant ainsi le diagnostic.

NÉVROMES GÉNÉRALISÉS

RÉSECTION D'UNE GRANDE PARTIE DES NERFS MÉDIAN ET CUBITAL. RÉTABLISSEMENT DES FONCTIONS MOTRICE ET SENSITIVE. POLYORCHIDIE (1)

Par M. Péan,
Membre de l'Académie de médecine.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, dont les antécédents héréditaires n'offrent rien de remarquable. Lorsqu'il entra dans sa quatrième année, se développèrent sur son dos, sur ses membres et son front, des tumeurs isolées, distinctes, très nombreuses. Depuis, quelques-unes ont disparu spontanément, tandis que d'autres, principalement au bras gauche, où elles étaient plus profondes, ont pris un développement considérable. Ces dernières devinrent le siège de douleurs intolérables et de crises nerveuses, que le malade comparait à des secousses électriques. Un certain nombre d'entre elles étaient manifestement enflammées et semblaient sur le point de s'ulcérer. C'est pour ces motifs que l'on réclama l'intervention de M. Péan.

Celui-ci, après un examen approfondi, constata les faits suivants. Rien dans les viscères qui indique qu'ils soient envahis. La maladie semble absolument périphérique, ce qui explique l'intégrité relative de la santé générale.

Les deux bras, mais principalement le gauche, le tronc, le scrotum et une partie des membres sont recouverts de tumeurs. La plupart d'entre elles sont sous-cutanées ou sous-aponévrotiques. Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une noix. Quelques-unes sont remarquables par leur forme aplatie, comme une d'elles, qui siège sur le grand pectoral droit ; d'autres, par leur forme arrondie et leur mobilité, comme celle que l'on trouve dans le scrotum, également du côté droit, au-dessus du testicule, auquel elle ressemble si bien qu'il serait difficile, au premier abord, de les distinguer l'une de l'autre. Enfin il y en a une, la plus gênante, la plus douloureuse, à la partie moyenne du bras, sous l'aponévrose et les muscles ; elle entoure le paquet vasculo-nerveux, du côté interne du membre. Elle a le volume d'une tête d'enfant à terme, elle est ovoïde, fluctuante, allongée, suivant l'axe du membre, et diffère tellement des autres par ses dimensions, sa consistance liquide, surtout du côté de la peau, par le soulèvement des muscles et des aponévroses, qui montre qu'elle est profonde, qu'elle seule attire tout d'abord l'attention. Il est facile de voir qu'elle est enflammée, ou, tout au moins, qu'elle a une coloration violacée, qui témoigne qu'elle est hématique et ne tarderait pas à s'ulcérer, tant elle a aminci l'aponévrose et les téguments qui la recouvrent. Il y a urgence à intervenir, tandis que presque toutes les autres sont bien tolérées depuis l'enfance.

Pour enlever cette tumeur, une incision verticale est faite, au côté interne du bras, du milieu de l'aisselle au milieu du pli du coude. Elle intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose, le biceps étalé à la surface de la tumeur, dont elle met à nu l'enveloppe propre, qui se présente sous l'aspect d'une membrane blanchâtre, vasculaire, à travers laquelle on distingue une matière noirâtre fluctuante. Dès que la tumeur a été incisée, on voit s'écouler du sang noirâtre, mélangé de vieux caillots et de matières encéphaloïdes qui composent les quatre cinquièmes du volume total. Quand elle a été ainsi réduite de volume, il devient facile avec le doigt et la spatule d'énucléer la surface externe de l'enveloppe, en coupant les brides cellulo-vasculaires qui la relient aux organes voisins. On reconnaît ainsi que cette tumeur est développée dans l'épaisseur du nerf médian ; qu'elle est assez facilement isolable de l'artère et de la veine humérales ; qu'au-dessus et au-dessous, le nerf médian est envahi, dans sa totalité, par d'autres tumeurs qui dissocient ses fibres. L'une de ces tumeurs, kystique, séreuse, translucide, située au-dessous de la principale, a le volume d'un œuf de poule. Les autres ont une consistance fibreuse et un volume qui va d'une châtaigne à une orange et même à une tête de fœtus pour la plus grosse. On constate que la gaine des troncs nerveux a subi une augmentation considérable de grosseur, non seulement au

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 73.

niveau du nerf médian et de ses branches, mais encore de tous les nerfs du plexus axillaire, de telle sorte que, en coupant le médian au-dessus de la clavicule, on voit qu'il a, comme dans le reste de la partie réséquée, la grosseur du doigt. En apercevant son névrilemme et celui des autres branches du plexus brachial, aussi épaissi et distendu par des tumeurs kystiques, liquides, translucides, on ne peut méconnaître que cet aspect a quelque analogie avec celui de la moelle épinière, entourée de liquide céphalo-rachidien. On pouvait même se demander s'il n'y avait pas, chez ce malade, une anomalie consistant en une continuation des gaines de la moelle épinière, avec celles du plexus cervico-brachial, par une ouverture disposée de façon à laisser ce liquide entourer les troncs nerveux en donnant naissance aux kystes et à l'épaississement du névrilemme.

Bien que le nerf cubital soit également le siège de tumeurs, on se contente d'enlever le nerf médian dans toute l'étendue du bras, pour ne pas trop aggraver l'importance du traumatisme.

La réunion a lieu par première intention et l'opération n'ébranle en rien la santé du malade.

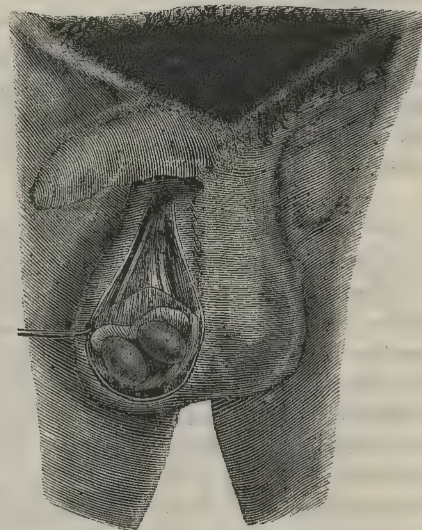
Mais les tumeurs du nerf cubital et de la portion du nerf médian, situées au-dessous du pli du coude, restent douloureuses et continuent à s'accroître rapidement, si bien que le malade demande instamment à ce qu'on les enlève.

Cette seconde opération nécessite la résection du cubital depuis la partie supérieure de l'avant-bras jusqu'au tendon du petit pectoral, et celle du médian et de ses branches au niveau du pli du coude et du quart supérieur de l'avant-bras. Le même jour, on enlève quelques tumeurs sous-cutanées de l'épaule et du thorax, de la forme et du volume d'une noix. Le malade, en raison de violentes névralgies dans le côté droit du scrotum, prie d'extirper en même temps les tumeurs de cette région. Après avoir incisé les parties molles qui la recouvrent, on reconnaît que l'une de ces tumeurs n'est autre qu'un deuxième testicule. Il y a donc manifestement, dans la moitié droite du scrotum, deux testicules superposés et réunis par un épididyme commun. De l'extrémité supérieure de cet épididyme, part un seul canal déférent. Un petit névrome situé au-dessus de ce canal, et dont il est complètement indépendant, est ensuite enlevé.

Bien qu'il ne soit pas douteux que ce malade porte de la sorte trois testicules (le côté gauche en contenant un normal), M. Péan, sachant la rareté de cette anomalie (1), juge utile, pour mieux s'en assurer, d'ouvrir largement la vaginale qui les entoure et qui est flasque, spacieuse. Cette incision montre qu'elle est commune aux deux testicules; que ceux-ci sont sains et réguliers. Il eut soin, pour mieux s'en assurer, de les ponctionner avec un bistouri. On traverse ainsi les deux albuginées et on voit à l'intérieur les canalicules spermatiques; pas de liquide. On ferme les petites plaies avec un petit surjet de catgut et la réunion a lieu par première intention. (Voir la figure ci-contre.)

A partir de cette époque, les douleurs disparaissent, le malade reprend ses occupations. Il ne peut d'abord se servir de son bras, ce qui s'explique puisque l'on a dû réséquer le médian et le cubital sur 25 à 30 centimètres de long.

Il était naturel de supposer que ce bras avait définitivement perdu les fonctions motrices et sensitives qui dépendaient des portions des nerfs médian et cubital excisées. Il en fut ainsi pendant les premières semaines. Les doigts et les mains se déformèrent et n'obéirent qu'au radial. Mais quelle ne fut pas la surprise, au bout de ce temps, de voir la sensibilité et le mouvement reparaître dans toute l'étendue du membre, spontanément, si bien qu'aujourd'hui, comme on peut le constater, il reste à peine un peu de gêne dans les mouvements du pouce et que la sensibilité a reparu partout.



Comme on n'a cité dans la science aucun exemple d'un retour semblable des fonctions d'un nerf dont une aussi grande longueur a été réséquée, il était utile de citer ce fait qui intéresse non moins le physiologiste que le chirurgien. Ne peut-on se demander, en effet, si la circulation nerveuse anastomotique s'est rétablie chez ce malade en raison de la distension du névrilemme et de la multiplicité des névromes cutanés et profonds existant dans le membre gauche? La question peut être posée; mais il est aussi impossible de la résoudre que d'expliquer pourquoi, après la résection du cubital et du médian, les tumeurs situées à l'avant-bras, au-dessous de ces troncs, se sont atrophiées et ont fini par disparaître.

L'examen histologique des tumeurs enlevées a été fait par MM. Brault et Cornil. Ils ont reconnu que celles qui étaient kystiques étaient formées de poches remplies de sang et que les tumeurs solides n'étaient autres que des *fibromes fasciculés à fibres courtes*. Dans quelques-unes, le point de départ se trouvait manifestement au niveau de la gaine des nerfs, dont une partie des fibres disparues par résorption étaient remplacées par du tissu conjonctif nouveau. En résumé, il s'agissait de *fibromes purs*, sans néoformation de fibres nerveuses. Comme les éléments cellulaires y étaient fort rares, il ne peut donc être question de sarcomes. Ce sont des tumeurs véritablement *bénignes*.

La *polyorchidie* dont ce malade est atteint n'est pas moins intéressante. On sait combien ces cas sont rares dans la science et ont été discutés. La plupart des auteurs n'ont-ils pas conclu, en effet, que l'on ne peut guère en citer d'authentiques? Ceux d'Hervet et de Lion sont appuyés sur la forme, sur l'absence de gargouillement à la réduction et sur

(1) En raison de l'intérêt que présentent les anomalies des organes génitaux internes, M. Péan a montré à l'Académie le dessin d'une pièce qu'il a recueillie le 8 avril 1895 chez une malade à laquelle il avait enlevé, par la voie abdominale, l'utérus affecté d'énormes fibromes. On voit qu'il y avait du côté droit deux trompes bien conformées et parfaitement distinctes. Bien que les exemples de *polysalpinx* soient incontestablement moins rares que ceux de polyorchidie, le fait est néanmoins assez curieux pour être signalé.

la sensation spéciale à la pression, tandis que le nombre de ceux où on a pu constater *de visu*, soit à l'autopsie, soit par une opération, la présence du testicule surnuméraire, est extrêmement petit. On ne peut guère citer que le cas de Blasius, où, à l'autopsie du sujet, on a vu que les deux glandes séminales du côté gauche recevaient chacune des vaisseaux distincts, et celui de Lane, bien plus récent, où l'incision exploratrice permit de reconnaître un petit testicule muni d'une vaginale et d'un épididyme auquel faisait suite un petit cordon grêle qui se confondait avec le cordon plus volumineux d'un testicule normal situé au-dessous.

Dans le cas actuel, rien n'autorisait à songer à la possibilité d'une polyorchidie. On croyait, au contraire, avoir affaire à un simple névrome accolé au testicule. Mais après avoir ouvert successivement le scrotum et la vaginale, il fallut bien se rendre à l'évidence et constater que le malade était *polyorchide*.

REVUE DE LA PRESSE

Extirpation d'une phalange atteinte de « spina ventosa » et restitution par ostéoplastie. — Le docteur Thiel ayant affaire à un cas grave de *spina ventosa*, localisé à l'index de la main droite, chez une fillette de douze ans, eut l'ingénieuse idée de substituer à la seconde phalange nécrosée qu'il était obligé d'enlever, un fragment de la première phalange, de façon à conserver le doigt autant que possible intact. Il partagea, avec une scie fine, la première phalange en deux parties égales sur les deux tiers de sa longueur, à partir de son extrémité périphérique; puis isolant par un second trait de scie, perpendiculaire au premier, l'une des moitiés ainsi obtenues, il la rabattit dans le lit de la seconde phalange qu'il venait d'enlever, de telle sorte que la moitié de surface articulaire formant l'une des extrémités de ce fragment de phalange, s'appliquait exactement sur l'autre moitié de la même surface articulaire restée en place. Il sutura ce fragment au moyen d'un fil d'argent à la première phalange, au moyen d'un catgut à la troisième, puis réunit par première intention sans drainage. Les résultats plastiques obtenus par cette méthode furent excellents dans le cas présent, à en juger par les photographies que l'auteur joint à sa communication. Un mois après l'opération, les mouvements passifs étaient presque normaux dans l'articulation des deux dernières phalanges: les mouvements actifs laissaient encore à désirer, mais avec chance d'amélioration, par un exercice approprié; une ankylose osseuse solide joignait les deux fragments de la première phalange. (*Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 35, p. 835.)

Traitement de l'actinomycose par l'iodure de potassium. — Jurinka s'est fort bien trouvé de l'application du traitement de l'actinomycose indiqué par Thomassu, dans trois cas observés à la clinique de Wölfler. Deux cas d'actinomycose grave de la tête et du cou, un cas d'actinomycose péricæcale, furent traités, après incision des abcès, par l'iodure de potassium donné à la dose de 1 à 2 grammes par jour, et guéris dans l'espace de un mois et demi à six mois. La guérison se maintient depuis un an. On doit, selon Jurinka, continuer à donner le médicament longtemps après l'oblitération des fistules et des foyers pour éviter toute récidive; l'auteur préconise surtout ce traitement quand la lésion est inaccessible aux ressources chirurgicales, dans les cas d'actinomycose généralisée à l'abdomen ou localisée à la base du crâne par exemple. (*Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 36, p. 862.)

Propriétés et mode d'emploi du trional. — Mehring, qui a employé le trional dans un millier de cas, environ à la dose de 1 gramme ou de 1g5 tous les deux ou trois jours, prétend n'avoir jamais eu le moindre accident à déplorer. Il n'a pu recueillir que six cas d'empoisonnement par le trional, et il a fait remarquer que les uns sont dus à l'emploi d'une dose trop élevée, que les autres sont insuffisamment démontrés. Il le prescrit à la dose moyenne de 1g5, ne dépassant pas 2 grammes par jour; il ne le donne de préférence qu'un jour sur deux, en alternant avec le bromure de potassium. Il a pu ainsi le donner pendant des mois sans inconvénient. A la dose de 50 centigrammes, répétée plusieurs fois dans la même journée, il a obtenu de très bons effets de sédation du système nerveux. Il conclut, en mettant le trional au nombre des meilleurs médicaments hypnotiques et calmants, actuellement à notre disposition. Il recommande, toutefois, de n'en pas faire un usage quotidien et longtemps prolongé; il vaut mieux, si l'on est obligé d'agir longtemps, alterner avec d'autres médicaments du même ordre. Les cas dans lesquels on observe de la somnolence et une action prolongée à longue portée de plus de vingt-quatre heures, réclament une diminution de la dose. (*Wien. Klin. Wochens.*, 1896, n° 37, p. 836.)

Du choix des moyens à employer en cas de mort apparente chez le nouveau-né. — Dans une étude comparée des procédés usités pour ranimer les nouveau-nés en état de mort apparente, Schultze (de Iéna), s'attache avec juste raison à distinguer les cas dans lesquels la moelle est toujours susceptible de réagir à une excitation périphérique, cas dans lesquels, par conséquent, il est possible d'exciter le réflexe médullaire, et ceux où cette réflectivité même a besoin d'être réveillée.

Il aboutit à cette conclusion pratique, que le procédé de traction rythmée de la langue, du docteur Laborde, doit être rangé au nombre des procédés qui, comme les révulsifs cutanés, sont susceptibles d'agir par voie réflexe, tandis que la respiration artificielle agit encore quand le réflexe médullaire est aboli et le rétablit. (*Centralbl. f. gynæk.*, 1896, n° 37, p. 942.)

Épidémie infantile de pneumonies fibrineuses à forme cérébrale. — Holdheim a observé cinq cas de pneumonies accompagnées de symptômes cérébraux plus ou moins intenses, au cours de la même semaine, dans la région ouest et sud-ouest de Berlin.

Dans cette petite épidémie, Holdheim n'a pas noté de localisation particulière à un lobe déterminé; les symptômes nerveux les plus violents accompagnaient la localisation du sommet. Un des cas, dans lequel les symptômes pulmonaires manquaient complètement, offrit le tableau complet de la méningite. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1896, n° 38, p. 956.)

Diagnostic de l'âge du lait chez la femme. — Il résulte d'expériences nombreuses et très judicieusement conduites par Umikoff, que l'adjonction de 2cc,5 d'une solution d'ammoniaque à 10 p. 100, permet, chez une femme, de diagnostiquer, par le degré d'intensité de la coloration violette que prend le mélange, la date du début de la période actuelle de lactation ou, autrement dit, la date approximative de la dernière parturition. A-t-on affaire, par exemple, à une nourrice accouchée récemment, la réaction est rouge-violet pâle; est-elle accouchée depuis plusieurs mois, la réaction est d'un violet intense.

La mise au bain-marie du mélange, pendant une durée de quinze à vingt minutes, à une température moyenne de 60 degrés C., accélère la réaction et la rend plus manifeste.

Umikoff a noté l'absence d'influence exercée sur les qualités de la réaction par l'âge de la femme, le nombre de ses

parturitions, ou sa complexion physique. Le moment du début de la lactation influe seul.

Il est inutile d'insister sur les précieux services que peut rendre ce procédé d'examen dans le choix d'une nourrice, si son exactitude se confirme. Il est à remarquer, cependant, que les renseignements qu'on en peut tirer ne peuvent être qu'approximatifs et déduits par comparaison et par un praticien exercé à son emploi. C'est, du reste, une objection dont sont passibles bon nombre de réactifs utilement employés.

Umikoff n'a pu obtenir la réaction violette avec du lait de vache; c'est une réaction spéciale au lait de femme, qui acquiert chez elle une remarquable ténacité, puisque du lait conservé dix jours a pu donner la réaction avec une intensité égale à celle d'un lait frais. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, Band XLII, 1896, Heft 3 et 4, p. 356.) P. VIOLLET.

THÉRAPEUTIQUE

Formules diverses de sérum artificiel.

Au moment où il est question, de toutes parts, des injections sous-cutanées de sérum, il nous paraît bon de publier la liste qu'en donne M. le docteur Maurange dans l'*Indépendance médicale*.

1° Chlorure de sodium . . . . . . 7 gr. 50
Eau distillée stérilisée q. s. p. . 1000 grammes.
(Sérum chirurgical.)

Employé dans le collapsus et la septicémie péritonéale post-opératoires, dans l'éclampsie puerpérale, chez les typhiques et les urémiques graves, dans le choléra et les maladies infectieuses.

2° Eau stérilisée . . . . 1 litre.
Sulfate de soude. . . . . 10 grammes.
Chlorure de sodium . . . . . . 5 —

50 à 100 centimètres cubes (Hayem).

3° Sulfate de soude. . . . . 10 grammes.
Phosphate de soude cristallisé. . 5 —
Eau distillée. . . . . 100 cent. cubes.

5 à 25 centimètres cubes (Lutaud).

4° Chlorure de sodium . . . . . . 4 grammes.
Carbonate de soude . . . . . . 3 —
Eau distillée. . . . . 1000 —

30 à 50 centimètres cubes (Cantani).

5° Chlorure de sodium . . . . . . 6 grammes.
Carbonate de soude . . . . . . 3 —
Eau distillée . . . . 1000 —

De 2 à 500 centimètres cubes (Samuel).

6° Chlorure de sodium . . . . . . 75 centigr.
Eau distillée . . . . 1000 grammes.
Bicarbonate de soude . . . . . 50 centigr.

10 centimètres cubes pour le collapsus pneumonique (Schiess).

7° Chlorure de sodium . . . . . . 50 grammes.
Eau . . . . 100 —

20 à 30 centimètres cubes dans l'anémie grave (Vignési).

8° Sulfate de soude. . . . . 8 grammes.
Phosphate de soude . . . . . . 4 —
Chlorure de sodium . . . . . . 2 —
Acide phénique neigeux . . . . 1 gramme.
Eau stérilisée. . . . . 100 grammes.

5 à 10 centimètres cubes tous les deux jours (Chéron).

9° Eau stérilisée. . . . . 100 grammes.
Phosphate . . . . 10 —
Sulfate de soude. . . . . 2 gr. 50
Chlorure de sodium . . . . . . 5 grammes.
Acide phénique neigeux . . . . 1 gr. 50

5 à 10 centimètres cubes (Huchard).

10° Eau distillée . . . . 1000 grammes.
Iode pur . . . . 1 gramme.
KI. . . . . 3 grammes.
Na Cl. . . . . 5 —

200 à 300 centimètres cubes contre la tuberculose pulmonaire (de Renzy).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897

130. M. GARDETTE. Du catarrhe printanier de la conjonctive. — 131. M. FROUIN. Bronchite chronique simple chez les enfants. — 132. M. ROGER. Essai sur les angines diphtériques toxiques. — 133. M. LAUTMANN. L'ozène atrophiant. Clinique. Pathogénie. Sérothérapie. — 134. M. FRANCHET. Traitement des fractures de jambe (méthode d'Helferich). — 135. M. DREYER-DUFER. Mensuration du strabisme. — 136. M. MÉNACHEM. Contribution à l'étude du traitement du trichiasis. — 137. M. POCHON. Méningisme et méningites. — 138. M. LAURENS. Relations entre les maladies de l'oreille et de l'œil. — 139. M. MALOT. Des injections sous-cutanées de gaïacol.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 janvier 1897, M. le docteur Kermorgant, président du conseil supérieur des colonies, est nommé, pour trois ans, représentant du ministère des colonies au conseil du bureau central météréologique, en remplacement de M. le docteur Treille.

— Le concours pour deux places de répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. les médecins-majors de deuxième classe Batut et Marcus.

— Le concours pour une place de chirurgien adjoint de l'hôpital civil d'Alger s'est terminé par la nomination de M. le docteur Denis.

— Aujourd'hui ont eu lieu à Saint-Augustin les obsèques de M. le docteur Louis-Constant Chevalet, ancien premier médecin de S. A. S. le prince Charles III de Monaco, et médecin honoraire de S. A. S. le prince Albert Ier de Monaco. Ce vénéré confrère, qui vient de mourir dans sa quatre-vingt-unième année, laisse un fils, M. le docteur Hippolyte Chevalet, qu'un nombreux concours de confrères et d'amis était venu assister dans cette cruelle épreuve.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jounia (de Marseille), Lesage (de Beauvais), Melquioud (de Marseille), Payan (de Payzac).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et Essence de Santal
Au Copahu, Cubèbe et Essence de Santal
Au Copahu, Fer et Essence de Santal.

Les **Capsules Mathey-Caylus**, *à enveloppe mince de Gluten*, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables. Elles sont employées avec succès dans la **BLENNORRHAGIE**, la **BLENNORRHÉE**, la **CYSTITE** du col, l'**URÉTHRITE** et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

M^on CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

APIOLINE CHAPOTEAUT

NE PAS CONFONDRE AVEC L'APIOL

L'Apioline exerce son action sur le système circulatoire, en déterminant des phénomènes de congestion vasculaire et d'excitation, en même temps que sur la contractibilité de la fibre musculaire lisse de la matrice. L'**Apioline** liquide, couleur acajou, est renfermée dans de petites capsules rondes, contenant chacune 20 centigrammes. Administrée 2 à 3 jours avant l'apparition des règles, à la dose de 2 à 3 capsules par jour, prises aux repas, l'**Apioline** rappelle et régularise le flux mensuel. — **Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, PARIS.**

Ferme d'Arcy-en-Brie (S.-&-M.)

LAITS PURS

LAIT MATERNISÉ Procédé Gaertner. Alimentation des nouveau-nés. Remplace le lait de femme.

LAIT STÉRILISÉ Conservation garantie parfaite.

LAIT PHOSPHATÉ Obtenu par la nourriture spéciale de la vache.

M. NICOLAS (O✱), 22, r. Paradis, Paris

ENVOI NOTICE SUR DEMANDE

EXPÉDITIONS EN PROVINCE

ELIXIR de PEPSINE

du Dr MIALHE

Cet Elixir, d'une saveur très agréable et d'un dosage absolument constant, est ordonné depuis plus de 35 ans, par un grand nombre de médecins pour combattre les divers genres de dyspepsie.

Il contient la Pepsine en dissolution parfaite, prête à agir immédiatement sur les substances alimentaires et conservant indéfiniment toutes ses propriétés.

Nous avons démontré par des essais nombreux et concluants qu'il suffit d'étendre notre Elixir de 3 ou 4 parties d'eau pour que la Pepsine qu'il renferme manifeste toute son action digestive. Nous préparons également un Elixir de **Pepsine** et de **Diastase.**

Le flacon, **6** fr.; le 1/2 flacon, **3** fr.

EN VENTE : ***Pharmacie MIALHE,*** 8, rue Favart à PARIS et dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger.



Excellents effets contre

PHTISIE

et autres Tuberculoses
BRONCHITES, CATARRHES
Chaque capsule contient :
0gr.05 *véritable* Créosote de **HÊTRE**
Huile de foie de morue Q. S.
2 ou 3 à chaque repas
Le flacon **3** fr.
105, Rue de Rennes, PARIS
et toutes les Pharmacies.
Exiger le timbre de l'État.

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, ph^ien, 41, B^vd Haussmann, et t^tes ph^ies.

Obésité, Myxœdème, Crétinisme, Goître.

TABLETTES DE CATILLON

à 0gr.25 de corps

THYROÏDE

Inaltérable, bien dosé, bien toléré.

FLACON : 3 fr. — *Paris, 3, Boulevard Saint-Martin.*

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies.

AIROL

MARQUE GRIFFON



ANTISEPTIQUE INTERNE ET EXTERNE

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'**AIROL** n'est pas toxique, est inodore.
L'**AIROL** est un cicatrisant des plaies.
L'**AIROL** n'irrite pas les muqueuses.
L'**AIROL** est d'un emploi moins dispendieux que l'Iodoforme.

HOFFMANN, TRAUB & Cie
BALE (Suisse)

EN VENTE DANS TOUTES LES DROGUERIES.

VENTE EN GROS : HERRMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS

GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX contre :

RACHITISME CHEZ LES ENFANTS
NEURASTHÉNIE, NÉVRALGIE, PHOSPHATURIE
DÉBILITÉ pendant la **GROSSESSE**, etc.

Chaque Flacon est accompagné d'une cuillère-mesure en aluminium. — DOSE : 2 à 3 cuillerées par repas.

Vente en Gros : 13, Rue de Poissy, Paris et t^tes Ph^ies.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS

SÈCHE, SOLUBLE, BLANCHE, Sans Odeur

Très Agréable au Goût

PEPTONE CORNELIS

Représente 10 fois son poids de Viande de Bœuf

La PLUS NUTRITIVE, la PLUS DIRECTEMENT ASSIMILABLE

Ne se vend qu'en flacons dessiccateurs brevetés.

DOSE : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

DÉPOT G^al : Ph^ie L. BRUNEAU, à LILLE.

CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES

2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

HAMAMELINE-ROYA

Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA

par LACHARTRE
19, R. Mathurins, PARIS

HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

TOILE VÉSICANTE

LE PERDRIEL

Action Prompte et Certaine

LA PLUS ANCIENNE

La Seule admise dans les Hôpitaux Civils

EXIGER LA COULEUR ROUGE

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle et Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose p^r jour Granules (1 à 3). — Solution p^r us. int. (10 à 30 g^ttes.

(1) A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**

Ph^ie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris, et t^tes ph^ies.

N° 11. — JEUDI 28 JANVIER 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 28 JANVIER 1897. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie s'est occupée de la peste bubonique. Nous avons entendu deux importantes communications, l'une de M. Proust, l'autre de M. Roux.

M. Proust a fait connaître exactement ce qu'il en est de l'épidémie actuelle. L'apparition de la peste à Bombay et dans l'Inde, l'éventualité de son importation en Europe, sont, dit-il, autant de causes de légitimes préoccupations pour les divers États. Après avoir rappelé les épidémies de peste qui ont sévi en Chine de 1894 à 1896, après avoir montré qu'il faut faire remonter à ces épidémies le point de départ de l'épidémie actuelle qu'il suit étape par étape, M. Proust s'occupe de la prophylaxie : isolement rigoureux des malades, surveillance de leur famille et de leur entourage, précautions antiseptiques de ceux qui leur donnent des soins, désinfection de tous les objets contaminés, application plus rigoureuse que jamais des règles de l'hygiène générale, et enfin mesures sanitaires nationales et internationales sur lesquelles insiste particulièrement M. Proust, et qu'il serait de toute nécessité que prissent toutes les nations européennes sans la moindre exception. On sait, en effet, que certaines nations, plus soucieuses de leurs intérêts commerciaux que de l'intérêt sanitaire général, se contentent de se garantir chez elles et négligent trop aisément les mesures générales adoptées par les conférences internationales.

Après M. Proust, M. Roux est monté à la tribune et a fait l'historique de la découverte de M. Yersin. Il a raconté comment M. Yersin a trouvé le microbe de la peste, comment il est arrivé à le cultiver, à immuniser les chevaux, à en tirer un sérum à la fois préventif et curateur. Muni d'une certaine quantité de ce sérum, M. Yersin est retourné dans les pays infectés à la recherche de la peste; après maints obstacles de toutes sortes, il est arrivé, grâce au concours d'un évêque, chef d'une mission catholique, à pouvoir appliquer son sérum sur des malades atteints de la peste, et il en a guéri 24 sur 26. Ainsi que le reconnaît lui-même M. Yersin, ce n'est pas là évidemment un chiffre bien considérable. Mais il n'en est pas moins prouvé aujourd'hui que cette maladie, dont la mortalité était en moyenne de 80 p. 100, grâce au traitement institué par M. Yersin ne donne plus aujourd'hui qu'une mortalité de 6 ou 7 p. 100.

On comprendra aisément avec quel intérêt a été écoutée la communication de M. Roux.

Signalons trois autres communications qui ont été faites en cette séance : l'une de M. Blanquinque, sur le diagnostic différentiel de la psittacose et de la fièvre typhoïde; l'autre de MM. Sanglé-Ferrière et Remlinger, sur la présence du bacille d'Eberth dans les poussières d'un casernement; la troisième, enfin, de MM. Mairet et Vires sur un stigmate permanent de l'épilepsie.

Au cours de la séance, M. le professeur Farabeuf a été nommé membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

SUR LA PESTE BUBONIQUE ET SA SÉROTHÉRAPIE

Par M. le docteur Roux (de l'Institut Pasteur).

La peste bubonique a disparu de l'Europe, mais elle sévit encore dans certains pays de l'Asie, notamment en Chine, où, depuis l'année 1871, elle s'est installée dans le Yunnam. Chaque année, du mois de mars au mois de juillet, elle fait de nombreuses victimes dans cette province. L'épidémie est annoncée par une maladie des rats qui sortent par bandes, courent affolés dans les maisons et meurent en grand nombre. Après les rats, les animaux domestiques sont atteints, puis les hommes. En 1882, la peste se montra à Pakhoï, mais elle restait inconnue à Canton. Elle y apparut, pour la première fois, en mars 1894. Sans doute, elle venait de Pakhoï d'où elle n'avait jamais complètement disparu. Des familles de Canton émigrées à Hong-Kong apportèrent la maladie.

C'est pendant l'épidémie de Hong-Kong que M. Yersin entreprit sur la peste des recherches bactériologiques dont les résultats ont été publiés dans les *Annales de l'Institut Pasteur* en septembre 1894. Rappelons-les brièvement : chez les malades de la peste, on trouve constamment un microbe spécifique, très abondant dans les bubons. Dans les cas graves, il passe dans le sang et à l'autopsie on le rencontre dans les ganglions lymphatiques, dans le foie et dans la rate. Ce microbe, qu'il est facile de mettre en évidence en colorant la pulpe du bubon par les couleurs basiques d'aniline, apparaît au microscope, sous la forme d'un bacille court à bouts arrondis, se teignant plus fortement aux extrémités. C'est un coco-bacille qui se décolore par le procédé

de Gram. Il cultive facilement sur la gélose et dans le bouillon alcalin où il se dispose en chapelets de courts bacilles.

Le microbe existe non seulement chez l'homme atteint de peste, mais aussi chez les rats qui meurent en si grand nombre au début de l'épidémie. Souvent, ces animaux pestiférés présentent de gros ganglions, véritables bubons remplis de bacilles spécifiques. Avec les cultures pures, provenant de peste humaine, il est facile de reproduire la maladie sur le rat et sur la souris en les inoculant au moyen d'une piqûre. L'animal infecté meurt en trente-six à soixante heures; les ganglions de la région inoculée sont très augmentés de volume et entourés d'un tissu œdématié, ceux des autres régions sont tuméfiés et renferment des bacilles en abondance, ainsi que la rate et le foie. Un rat prend encore la maladie si on lui fait ingérer une culture du bacille de la peste, il peut alors contaminer d'autres rats sains placés dans la même cage. Voici, qu'en partant d'une culture pure, nous faisons naître une épidémie qui ne diffère des épidémies spontanées que parce qu'elle reste limitée à une cage au lieu de s'étendre à toute une cité.

Au moment des épidémies de peste, et même après que la maladie a disparu, on trouve, dans le sol des localités infectées, un microbe exactement semblable à celui de la peste, mais moins virulent que celui retiré des bubons.

Ce microbe se conserve dans la terre et on conçoit que les rats puissent se contaminer si les circonstances sont favorables. C'est ainsi que se réveillent les épidémies. Avec une prescience surprenante, M. Pasteur, dans son célèbre mémoire sur l'atténuation des virus et leur retour à la virulence, écrivait à propos de l'apparition spontanée de la peste à Benghazi en 1856 et en 1858 : « Supposons, guidés comme nous le sommes par tous les faits que nous connaissons aujourd'hui, que la peste, maladie virulente propre à certains pays, ait des germes de longue durée. Dans tous ces pays son virus atténué doit exister, prêt à reprendre sa forme active quand des conditions de climat, de famine, de misère s'y montrent de nouveau. »

L'expérience a confirmé entièrement les idées de M. Pasteur.

Cette étiologie nous explique pourquoi la peste sévit avec tant d'intensité dans les pays comme la Chine, où les familles vivent entassées, sur un sol souillé de détritus de toute sorte, visité par les rats. La peste, qui est d'abord une maladie de rat, devient bientôt une maladie de l'homme. Il n'est pas déraisonnable de penser qu'une bonne mesure prophylactique contre la peste serait la destruction des rats. M. Yersin a vu aussi à Hong-Kong que les mouches peuvent transporter le virus et il a pu donner la peste à des cobayes, en leur injectant un peu d'eau stérilisée dans laquelle il avait broyé des mouches trouvées mortes au laboratoire.

L'homme prend la maladie comme les animaux, soit par des plaies de la peau, soit par le tube digestif. Le bacille de la peste a été signalé dans les déjections et d'ailleurs les symptômes d'entérite ne sont pas rares chez les pestiférés. Parfois, les malades n'ont aucune glande apparente, mais à l'autopsie on découvre une tuméfaction des ganglions mésentériques qui constituent des bubons internes. Tous ces détails sont importants à connaître si on veut se rendre compte de la façon dont la maladie se répand et prendre les mesures propres à l'arrêter.

Après avoir observé la peste à Hong-Kong en 1894, M. Yersin rentra à Paris pour faire, à l'Institut Pasteur, une étude plus détaillée du bacille et surtout pour essayer d'immuniser des animaux. Sous ma direction MM. Calmette et Borel avaient déjà entrepris l'immunisation des lapins et des cobayes, le terrain était donc préparé.

L'injection d'une culture récente de peste (un quart de culture sur gélose) sous la peau d'un cheval provoque une tuméfaction considérable, accompagnée d'une fièvre violente pendant quarante-huit à soixante heures ; puis, le gonflement diminue et se précise pour aboutir à un abcès. Afin d'éviter la suppuration, l'inoculation a été faite dans les veines, en prenant toutes les précautions pour éviter les embolies. Déjà quatre à six heures après l'injection, la température atteint 40 degrés et s'élève parfois à 41°5. Le cheval est abattu, frissonnant. La fièvre se maintient pendant plusieurs jours, elle baisse graduellement sans qu'on remarque aucune tuméfaction ganglionnaire. Les injections sont répétées avec des doses plus fortes, mais à intervalles assez éloignés, afin que l'animal se rétablisse complètement après chacune d'elles. Souvent, en effet, il survient des gonflements articulaires, des synovites qui ne suppurent point, mais amènent des boiteries douloureuses. Pendant l'immunisation, les chevaux maigrissent beaucoup et il faut bien se garder de trop précipiter les inoculations. Ils réagissent à chacune d'elles, si la dose est assez forte, mais la durée de la réaction devient de plus en plus courte.

Le premier cheval, ainsi immunisé, fut saigné trois semaines après la dernière injection et son sérum fut essayé sur des souris. Ces petits rongeurs meurent toujours lorsqu'on leur inocule le bacille virulent de la peste, et en faisant des passages de souris à souris on entretient un virus très actif.

Les souris qui recevaient 1/10 de centimètre cube du sérum de cheval immunisé ne devenaient point malades quand, douze heures après, elles étaient infectées avec de la peste. Ce sérum était donc préventif. Nous avions constaté, avant de commencer l'immunisation, que le sérum de notre cheval, et aussi celui d'autres animaux neufs, lapins, cobayes, n'avaient aucune action préventive. Pour guérir les souris, déjà inoculées de peste depuis douze heures, il fallait employer un centimètre cube à un centimètre cube et demi de sérum. Les petits rongeurs traités avec ces doses guérissaient constamment, tandis que les témoins mouraient. Le sérum avait donc des propriétés curatives manifestes. Ces premières expériences de sérothérapie ont été publiées dans les *Annales* en juillet 1895, elles étaient assez encourageantes pour être poursuivies et elles faisaient espérer que la sérothérapie pourrait être appliquée à l'homme pestiféré.

Aussi, à son retour en Indo-Chine, grâce au concours de M. le gouverneur général et du ministère des Colonies, M. Yersin installa à Nha-Trang (Annam), à proximité des régions où la peste sévit le plus, un laboratoire pour la préparation des virus, et des écuries pour loger les chevaux immunisés. Cette installation constitue l'Institut Pasteur de Nha-Trang. Elle était loin d'être terminée lorsque la peste se réveilla à Hong-Kong en janvier 1896. A cette époque, malgré que M. Pesas, vétérinaire militaire attaché à l'Institut de Nha-Trang, et M. Yersin eussent fait toute la diligence possible, ils n'avaient aucun animal suffisamment immunisé. M. Yersin dut attendre jusqu'au 10 juin pour se rendre à Hong-Kong muni de quelques flacons de sérum fourni par une des juments de Nha-Trang. Cette petite quantité de sérum ne lui aurait pas permis d'entreprendre des expériences décisives, lorsqu'il reçut de l'Institut Pasteur de Paris 80 flacons

de sérum antipesteux provenant du cheval immunisé qu'on y entretenait.

Le 20 juin, il n'y avait plus de peste à l'hôpital de Kennedytown; les trois ou quatre décès survenant chaque jour à Hong-Kong avaient tous lieu dans des maisons chinoises où, assurément, son sérum et lui auraient été mal accueillis. Il se rendit à Canton, l'épidémie y était à sa fin; d'ailleurs, malgré l'appui empressé du consul de France, M. Flagelle, il paraissait bien difficile d'essayer le sérum sur quelques Chinois pestiférés, car la population de Canton passe pour la plus turbulente de la Chine et la plus hostile aux étrangers. Un hasard heureux fit rencontrer à M. Yersin le malade cherché, et dans des conditions inespérées pour une tentative thérapeutique. Au cours d'une visite qu'il faisait à Mgr Chausse, évêque de la mission catholique, celui-ci lui demanda s'il connaissait un remède contre la peste.

— Nous en aurions bien besoin, ajouta-t-il, car un jeune Chinois de la mission est gravement atteint de cette maladie.

— J'ai un remède, répondit M. Yersin, je le crois excellent, mais je ne l'ai jamais essayé sur un malade.

Mgr Chausse, qui considérait le jeune Chinois comme perdu, conduisit M. Yersin près de lui et lui donna toute facilité d'expérimenter le sérum, prenant sur lui toutes les responsabilités si la tentative ne réussissait pas. Voici, écrit M. Yersin, l'observation de ce premier cas de peste traité par le sérum.

Tsé, jeune Chinois de dix-huit ans, élève du séminaire et y remplissant les fonctions d'infirmier, était mal à l'aise depuis quelques jours (fatigue, maux de tête), lorsque le 26 juin, à dix heures du matin, il se plaint d'une vive douleur à l'aine droite ; à midi la fièvre se déclare subitement et le malade doit s'aliter. Mgr Chausse me conduit près de lui à trois heures de l'après-midi. Le jeune Chinois est somnolent, il ne peut se tenir debout sans vertige, il éprouve une lassitude extrême, la fièvre est forte, la langue chargée. Dans l'aine droite existe un empâtement très douloureux au toucher. Nous avons bien devant nous un cas de peste confirmée, et la violence des premiers symptômes peut le faire classer parmi les cas graves.

A cinq heures (six heures après le début de la maladie), je pratique une injection de 10 centimètres cubes de sérum. A ce moment, le malade a des vomissements et du délire, signes très alarmants et qui montrent la marche rapide de l'infection. A six heures et à neuf heures du soir, nouvelles injections de 10 centimètres cubes chacune. De neuf heures à minuit, aucun changement dans l'état du malade qui reste somnolent, s'agite et se plaint souvent. La fièvre est toujours très forte et il y a un peu de diarrhée. A partir de minuit le malade devient plus calme et à six heures du matin, au moment où le Père directeur vient prendre des nouvelles du pestiféré, celui-ci se réveille et dit qu'il se sent guéri. La fièvre, en effet, est complètement tombée, la lassitude et les autres symptômes graves ont disparu ; la région de l'aine n'est plus douloureuse au toucher et l'empâtement presque effacé. La guérison est si rapide que, si plusieurs personnes autorisées n'avaient, comme moi, vu le patient la veille, j'en arriverais presque à douter d'avoir traité un véritable cas de peste.

On comprendra que cette nuit passée près de mon premier pestiféré ait été pour moi pleine d'anxiété. Mais, au matin, lorsque, avec le jour, parut le succès, tout fut oublié, même la fatigue.

30 centimètres cubes de sérum avaient suffi à guérir, avec une rapidité surprenante, un cas de peste grave. Cependant, ce sérum n'était pas très actif, il venait d'une jument de Nha-Trang et il n'en fallait pas moins de un quinzième à un vingtième de centimètre cube pour préserver une souris de 20 grammes, si bien que M. Yersin fut surpris, tout le premier, d'un succès si facile. Aussi, essaya-t-il de se procurer, à tout prix, d'autres pestiférés.

Il resta encore deux jours à Canton, pour suivre son malade; la convalescence s'affirmait, les forces revenaient avec l'appétit et il put partir pleinement rassuré, en laissant au consulat de France une seringue et quelques flacons de sérum pour le cas où de nouveaux malades seraient observés au séminaire. Ce sérum ne tarda pas à être employé et je citerai textuellement ce que Mgr Chausse écrivait à M. Flagelle :

M. Yersin est un médecin prévoyant. En guérissant le jeune séminariste il a montré la valeur de son remède; en nous laissant une seringue et quelques flacons de sérum, il nous a épargné beaucoup d'ennuis. Deux nouveaux cas se sont déclarés dans la même maison; l'un, dimanche, l'autre hier lundi. On a injecté la liqueur et aujourd'hui les deux élèves sont sur pied, les bubons ne sont plus douloureux, la fièvre est à peu près tombée.

Le 1er juillet, M. Yersin se dirigea sur Amoy où, d'après les journaux, la peste faisait encore de nombreuses victimes. Amoy est une ville de deux à trois cent mille habitants, dont le port est fréquenté par de nombreux vapeurs venant surtout de Singapoore, de Manille, de Shanghaï et de Hong-Kong. La peste a été importée de cette dernière ville, l'année dernière, et depuis lors elle a régné à Amoy presque sans interruption, avec accalmie, pendant les mois d'hiver où les cas étaient rares. La population européenne (Anglais, Allemands, Américains) habite dans une île rocailleuse, séparée de la ville chinoise par la rade; elle a été épargnée. Dans la ville chinoise existe un hôpital créé par le concours philanthropique des Européens et des Chinois d'Amoy. Un médecin anglais visite souvent cet établissement qui est, d'ailleurs, dirigé et servi par des médecins chinois. C'est dans un pavillon abandonné de cet hôpital que M. Yersin put s'installer, afin d'être plus à la portée des patients. La population d'Amoy est moins hostile aux Européens que celle de Canton et ne refuse pas les soins des médecins étrangers, si mal vus des Cantonais. C'est ce qui explique, qu'en dix jours, M. Yersin ait soigné 23 cas de peste. Presque tous ces pestiférés ont été traités dans des maisons chinoises. Du matin au soir on venait le chercher pour voir de nouveaux malades et on arrêtait sa chaise à porteurs, dans la rue, pour le faire entrer dans quelque maison, dont un habitant venait d'être atteint par le mal.

De ces pestiférés, traités par la sérothérapie, deux sont morts et vingt et un ont guéri. Les deux qui ont succombé étaient arrivés au cinquième jour de la maladie quand le traitement a été entrepris; l'un est mort cinq heures et l'autre vingt-quatre heures après la première injection de sérum.

Voici le résumé des résultats obtenus à Amoy :

Six pestiférés étaient au premier jour de la maladie; la guérison a été obtenue chez tous en douze et vingt-quatre heures, sans suppuration du bubon, par l'injection de 20 à 30 centimètres cubes de sérum.

Six étaient au deuxième jour. La guérison a été plus lente et pour l'obtenir on a dû injecter de 30 à 50 centimètres cubes de sérum; elle était complète en trois à quatre jours, sans suppuration du bubon.

Quatre étaient au troisième jour; la fièvre a persisté un à deux jours après le début des injections; la guérison a été plus lente et les bubons ont suppuré dans deux cas (sérum injecté: de 40 à 60 centimètres cubes).

Trois étaient au quatrième jour; ils ont guéri en cinq à six jours, un seul bubon a suppuré (sérum injecté: de 20 à 50 centimètres cubes).

Quatre étaient au cinquième jour; deux sont morts, dont l'état était désespéré au moment du traitement, les deux autres ont guéri (sérum injecté: de 60 à 90 centimètres cubes).

Ces 23 malades comprenaient: 6 jeunes garçons, 3 jeunes filles, 8 hommes, 4 femmes, 1 vieillard homme, 1 vieillard femme.

Jusqu'à présent 26 pestiférés ont été traités par le sérum (3 à Canton, 23 à Amoy); ils ont fourni deux morts, soit une mortalité de 7,6 p. 100.

Vingt-six cas, c'est peu assurément pour établir qu'un remède est spécifique et efficace. M. Yersin en convient facilement et il est le premier à déclarer qu'il faut de nouvelles expériences. Mais, si l'on considère que la peste est la plus meurtrière des maladies humaines, on conviendra que ces 26 observations prennent une valeur singulière. Tous ceux qui ont observé la peste estiment que la mortalité qu'elle cause n'est pas inférieure à 80 p. 100, et comme, de plus, les patients traités par le sérum offraient, pour la plupart, des symptômes alarmants, il n'est guère à craindre que les résultats obtenus soient démentis dans la suite.

En général, la peste n'est pas une maladie qui dure; la mort survient souvent en trois ou quatre jours; il faut donc se hâter d'intervenir. Elle est d'autant plus facile à guérir que le sérum est injecté plus tôt. On est vraiment étonné de voir se dissiper, en quelques heures, les symptômes les plus alarmants, lorsque le sérum est donné dans les deux premiers jours de la maladie. Les bubons se résolvent pour ainsi dire à vue d'œil. Si l'intervention est plus tardive, il faut davantage de sérum et on ne parvient pas toujours à éviter la suppuration des bubons, mais celle-ci, au lieu de se prolonger, comme dans le cas où la peste guérit spontanément, se tarit en quelques jours. Une preuve de l'efficacité du sérum c'est le rétablissement complet et rapide des personnes traitées, tandis que, d'ordinaire, la convalescence est longue et pénible, même pour les patients atteints de peste bénigne. Le sérum est impuissant lorsque la maladie est trop avancée. Dès que le pouls et la respiration deviennent irréguliers, que le cœur s'affaiblit, l'empoisonnement est trop avancé et le sérum ne peut rien.

Le sérum employé à Amoy avait été envoyé à M. Yersin de l'Institut Pasteur de Paris; il était préventif à la dose de 1/10 de centimètre cube pour une souris de 20 grammes. Il avait été expédié d'abord à Nha-Trang, d'où M. Yersin l'avait transporté à Hong-Kong, puis à Canton, puis à Amoy. Malgré tous ces voyages pendant la saison chaude, il avait conservé ses propriétés curatives. C'est là un fait intéressant qui démontre que le sérum antipesteux pourra être expédié au loin.

Il va sans dire que les sérums qui ont servi à M. Yersin étaient bien loin de posséder toute l'activité qu'on peut obtenir. Ils étaient même très faibles, si on les compare aux sérums antidiphtérique et antitétanique; il faut donc s'efforcer d'en préparer de beaucoup plus actifs qui agiront mieux encore et à plus faible dose. D'ailleurs, dans bien des cas, M. Yersin a donné plus de sérum qu'il n'était nécessaire et il a pratiqué des injections à des convalescents dans le seul but de précipiter une guérison déjà assurée.

Les patients se sont plaints, quelquefois, de douleurs assez vives au point d'injection, mais celles-ci se dissipaient promptement et aucun accident de quelque importance ne peut être attribué au sérum.

Le diagnostic bactériologique n'a pas été fait dans tous les cas traités. M. Yersin n'avait pas le loisir d'ensemencer des tubes de gélose et de regarder au microscope; cependant il a constaté le bacille spécifique dans plusieurs bubons. La peste est une maladie trop facile à reconnaître, pour que cette omission enlève beaucoup de leur valeur aux observations de M. Yersin.

Le sérum antipesteux a-t-il des propriétés antitoxiques, ou est-il seulement efficace contre le microbe? La réponse à cette question suppose la connaissance de la toxine de la peste. Celle-ci existe; M. Yersin a pu la retirer des cultures et il se propose d'en faire plus tard l'étude; mais, actuellement, la peste est trop menaçante pour songer à autre chose qu'à préparer du sérum, sans pénétrer le mécanisme de son action.

Jusqu'ici, le sérum antipesteux n'a été employé que dans le cas de maladie confirmée. D'après ce qui a été observé chez les animaux, il doit être plus efficace encore pour prévenir la peste que pour la guérir. Il est donc tout indiqué, lorsqu'un cas de peste a éclaté dans une maison, d'injecter préventivement du sérum à toutes les personnes exposées à la contagion. M. Yersin pense que c'est la mesure la plus efficace contre la diffusion de la maladie. Combien de temps durerait l'immunité ainsi conférée? Des expériences en train sur les animaux l'établiront. M. Yersin se promet d'essayer ces injections préventives lorsqu'il sera muni d'une assez grande quantité de sérum pour entreprendre une nouvelle campagne.

M. Yersin donne ici un court résumé des 23 cas de peste traités à Amoy. Tous peuvent ainsi se résumer :

Aussitôt la maladie déclarée, injection de 20 à 40 centimètres cubes de sérum, dès le lendemain disparition des accidents, guérison en 2 jours. Celle-ci est d'autant plus vite obtenue que l'injection est faite plus près du début des accidents.

M. Yersin avait épuisé sa provision de sérum, et pour échapper aux sollicitations des parents de malades pour lesquels il ne pouvait plus rien, il quitta Amoy, laissant quelques-uns de ses patients en convalescence; tous guérirent comme on en fut informé plus tard.

THÉRAPEUTIQUE

Les vomissements dans le cancer de l'estomac.

M. Albert Robin préconise :

1° Cinq à dix minutes avant les principaux repas, V à VIII gouttes de la solution :

Picrotoxine	5 centigrammes.
Chlorhydrate de morphine	5 —
Sulfate neutre d'atropine	1 —
Eau de laurier-cerise	20 grammes.

2° Ou encore, cinq minutes avant les principaux repas : Une cuillerée à café de la solution de cocaïne (15 centigrammes pour 150 grammes d'eau).

Une cuillerée à café d'eau chloroformée.
Une cuillerée à café d'eau de menthe.

3° Appliquer un vésicatoire de 5 × 5 cent., au niveau du creux épigastrique, et saupoudrer avec de la poudre d'opium brut.

4° Le matin, en se réveillant, suppositoire avec :

Poudre d'opium brut.	10 centigrammes.
Poudre de feuilles de belladone.	2 —
Beurre de cacao	Q. S.

Les épistaxis à répétition.

Les épistaxis, sans cause nettement définie, se manifestent de préférence chez les arthritiques. Elles sont dues à l'ulcération d'un point variqueux de l'artère de la cloison, branche de l'artère sphéno-palatine. Ce sont de petits angiomes qui, au moindre traumatisme, s'ulcèrent et déterminent des hémorragies plus ou moins importantes.

Le traitement, d'après MM. Rendu et Lermoyez, est le suivant :

Les lotions froides, les solutions astringentes, la cocaïne, l'antipyrine, les tamponnements arrêtent l'hémorragie momentanément.

Les toniques, les ferrugineux, le quinquina atténuent les effets de l'épistaxis, mais ne la guérissent pas.

Le remède véritable doit s'adresser à la cause elle-même. Il faut rechercher la petite ulcération variqueuse et la cautériser avec un crayon de nitrate d'argent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 janvier 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATIONS

La peste bubonique. — M. PROUST fait une communication sur ce sujet, dont voici le résumé :

L'apparition récente de la peste à Bombay et dans l'Inde, la misère et la famine, ces deux conditions habituelles de la propagation des épidémies, l'éventualité de l'importation de la peste en Europe, sont, dit-il, autant de causes de légitimes préoccupations pour les divers États.

D'un autre côté, la situation misérable de l'empire ottoman, aggravée encore par les massacres arméniens, vient accroître le péril en préparant trop bien le terrain à recevoir les germes de peste qui pourraient y être importés.

Il y a là un amas de matières combustibles dont il faut éloigner l'étincelle.

Sans doute la peste ne pourrait plus produire aujourd'hui les désastres de la « mort noire » du XIVe siècle. Les conditions générales d'hygiène sont heureusement bien changées.

Mais on ne saurait pourtant considérer comme éteinte une maladie qui, chaque année, fait encore périr 6 000 personnes.

L'épidémie pestilentielle de l'Inde touche de près la Perse et aussi la Russie qui, par ses possessions en Extrême-Orient, est la voisine de l'Inde anglaise.

Cependant, la cause la plus importante du danger réside dans la présence de la peste à Bombay, c'est-à-dire dans un port que la navigation à vapeur met en communication rapide avec le monde entier. C'est là le péril le plus redoutable pour l'Europe. Par la mer Rouge, la peste peut être importée directement en Égypte, son antique berceau, par la voie maritime ; elle peut ainsi gagner le bassin de la Méditerranée. Les gouvernements européens doivent donc s'unir pour s'opposer à ce danger redoutable.

M. Proust remonte aux épidémies de peste qui ont sévi de 1894 à 1896 en Chine et fait longuement cet historique étape par étape, en citant le nombre des décès répartis par races et par castes. Il rappelle l'horreur invétérée de l'hôpital que manifestent dans les villes les indigènes, qui considèrent que le séjour dans un pareil établissement, en raison de la promiscuité qui en est la conséquence, leur fait perdre leur caste.

On se trouve donc en présence d'une sorte de complicité de toute la population pour cacher les cas de peste qui se produisent.

Arrivant ensuite à la prophylaxie, M. Proust s'exprime ainsi :

Il faut isoler rigoureusement les malades, exercer une surveillance sur leur famille et leur entourage, recommander aux médecins et aux personnes qui donnent leurs soins aux pestiférés de se désinfecter fréquemment les mains et le visage, d'avoir les plus grands soins de propreté, de prendre leurs repas en dehors de la chambre des malades.

Tous les objets contaminés seront désinfectés ou détruits ; enfin toutes les règles d'hygiène générale devront être appliquées. On donnera une attention spéciale au sol, qui paraît être le principal réceptacle de l'agent pathogène.

En 1894, à Hong-Kong, parmi les sept médecins japonais envoyés pour étudier la maladie, il y eut trois malades et un mort.

La mission anglaise, composée de onze médecins, qui prenaient les plus grands soins hygiéniques, fut complètement indemne.

Lorsque la France s'est occupée de la défense de l'Europe contre le choléra, on a remarqué que cette maladie, à son départ de l'Inde, avait suivi tour à tour la route de terre et la voie maritime. Certaines mesures de protection sont aussi nécessaires contre la peste. Les points à défendre sont les points limitrophes de l'Inde d'un côté, de l'Asie et de l'Europe de l'autre.

Depuis 1846, le choléra semblait avoir abandonné la route de terre, c'est-à-dire la route de Perse et de Transcaucasie, qui était délaissée par les voyageurs à cause de sa lenteur. Aujourd'hui, le nouveau chemin de fer transcaspien la rendant plus rapide, le choléra la reprend aussitôt. Le gouvernement russe devra instituer des mesures sanitaires pour protéger l'Europe contre cette voie nouvelle ouverte à l'invasion épidémique de la peste comme au choléra.

Le conseil sanitaire de Téhéran s'est réuni, le 23 et le 24 octobre et le 10 novembre 1896, au sujet de l'apparition de la peste à Bombay. Mais, en l'absence de toute organisation intérieure, il a désigné, pour veiller à l'application des mesures sanitaires, le médecin attaché au consulat britannique de Bender-Bouchir, qui ne se trouve peut-être pas dans toutes les conditions d'impartialité désirables.

Un tel désarroi ne justifie que trop les résolutions de la conférence de Paris, relativement à la nécessité de la protection internationale du golfe Persique.

Si ces résolutions eussent été exécutées, on ne serait point obligé de s'adresser au consulat anglais de Bouchir pour surveiller des bâtiments anglais ou de provenance anglaise.

Une dépêche de l'ambassadeur ottoman, à Téhéran, donne la note juste sur la valeur des mesures sanitaires prises par la Perse, dans le golfe Persique, et nous dit la confiance qu'on peut leur accorder.

Sur la peste bubonique et sa sérothérapie. — M. ROUX (de l'Institut Pasteur) fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 97.)

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 72, majorité 37, M. le professeur Farabeuf est élu par 44 voix contre 19 à M. Reynier, 2 à M. Poirier, 2 à M. Retterer, 1 à M. Hénocque et 2 bulletins blancs.

LECTURES

Diagnostic de la psittacose et de la fièvre typhoïde. — M. BLANQUINQUE rapporte trois observations de fièvre infectieuse à forme typhoïde, observées dans la même maison. On avait pensé qu'il s'agissait de psittacose, parce que, dans cette maison, étaient morts plusieurs oiseaux. Mais, d'une part, l'examen nécroscopique de ces oiseaux, négatif au point de vue de la psittacose, fait par M. Nocard, et, d'autre part, la séro-diagnose ont montré qu'il s'agissait, dans deux de ces cas, de fièvre typhoïde et, dans le troisième, il s'agissait d'une grippe.

Un nouveau signe de l'épilepsie. — M. ROBIN lit, au nom MM. Mairet et Vires, un travail sur un nouveau signe de l'épilepsie. Des nombreuses expériences qu'ont pratiquées ces auteurs il résulte que les urines des épileptiques sont hypertoxiques avant l'attaque et hypotoxiques après. Cette hypotoxicité existe constamment dans la période intercalaire. Elle est donc constante, en dehors des attaques, et constitue un stigmate permanent; on la retrouve dans toutes les formes d'épilepsie, même dans l'épilepsie larvée. C'est donc là un signe d'une grande importance clinique et médico-légale.

Traitement de l'ophtalmie granuleuse. — M. BENTEJAC lit une note sur le traitement de l'ophtalmie granuleuse par le gaïacol, associé à la glycérine à la dose de 2 p. 100.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 janvier 1897, M. le docteur Wallerand, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé, dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin de première classe.

— *Prix de la Faculté de médecine de Paris* (année 1895-1896). — 1° LEGS TRÉMOND. — Ce legs, de la valeur de 1000 francs, a été partagé entre deux étudiants méritants et remplissant les conditions du legs.

2° PRIX BARBIER (2000 francs). — Sept appareils ont été présentés, la Faculté n'a pas décerné le prix, mais a attribué les encouragements suivants : 1° 800 francs à Mme Gaches-Sarraute pour son corset hygiénique; 2° 400 francs à M. le docteur Marage pour son serre-nœud galvano-caustique ; 3° 400 francs à M. Philadelphien pour son sphygmométrographe; 4° 400 francs à M. Terdin pour son dynamomètre et dynamométrographe.

3° PRIX CHATEAUVILLARD (2000 francs). — A M. le docteur Chipault pour son ouvrage intitulé : « Chirurgie opératoire du système nerveux. » — Mentions honorables : 1° à M. Péron, pour son ouvrage intitulé : « Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre » ; 2° à M. Sergent, pour son mémoire intitulé : « Tubercules et cavernes biliaires. »

PRIX MONTYON (700 francs). — Aucun candidat ne s'est présenté.

PRIX JEUNESSE (hygiène, 1500 francs). — La Faculté n'a pas décerné le prix, mais a attribué les récompenses suivantes : 1° 1000 francs à M. Bodin pour son ouvrage : « Les teignes tondantes du cheval et leurs inoculations humaines »; 2° 500 francs à MM. Burot et Legrand, pour leur ouvrage intitulé : « Maladies des marins et épidémies nautiques, moyens de les prévenir et de les combattre »; 3° mention honorable à MM. Delobel et Cozette pour leur travail : « Contribution à l'étude des accidents septicémiques dus à la vaccination. Étude générale de la vaccination »; 4° A M. Barré, pour son travail : « Du problème de l'alimentation du soldat en campagne. »

PRIX BÉHIER (1800 francs). — Le sujet proposé pour le concours était : « Des troubles digestifs chez les cardiaques. » Le prix a été décerné à MM. Blind et Babon.

PRIX LACAZE (10000 francs). — Le prix a été décerné à M. Nocard, professeur à l'école d'Alfort, pour ses travaux sur la tuberculose.

PRIX SAINTOUR (3000 francs). — Le sujet proposé était : « De l'urémie chez les phtisiques. » Le prix a été partagé entre MM. Claude, interne, et Teissier, chef de clinique médicale à la Faculté.

THÈSES RÉCOMPENSÉES. — *Médailles d'argent* : MM. Ancelet, Auvray, Chrétien, Dufour, Launay, Longuet, Mirallié, Schwaab, Sée, Sergent.

Médailles de bronze : MM. Arthus, Bolognesi, Bouglé, Boulai, Brunswic, Choppin, Delanglade, Giresse, Guiart, Koutnik, Lalande, Lévi, Mangin-Bocquet, Martin, de Massary, Meslay, Michel, Mignot, Ostrovsky, Ch. Pupin, Ricapet.

Mentions honorables : MM. Alardo, Berg, Bobier, Bodin, Chavin, Chambrin, Cerf, Dauriac, Finet, Folles, Houzé, Jeannulatos, Jorand, Mlle Joteyko, MM. G. Lefèvre, Leray, Levassort, Lucas, Mitour, Péron, Picou, Ranglaret, Riffé, Thévenard, Touillon.

— En témoignage de leur longue et active participation aux travaux du conseil central et des commissions d'hygiène du département de la Seine, les récompenses honorifiques suivantes ont été décernées aux docteurs ci-après désignés :

Médailles d'or : MM. Riche (Alfred) et du Mesnil.

Médailles de vermeil : MM. Ed. Nottin et Rives.

Médailles d'argent : MM. Durozier, Tissier, Roeser, Albert (Ch.-Ph.) et Chenet (G.).

— M. Neuville est nommé préparateur près la chaire d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle.

— MM. les docteurs Garnier (de Lagny) et Bertrand (de Roanne) sont nommés membres du Comité d'inspection et d'achats de livres de ces deux villes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dumayne, médecin principal de première classe; Morcrette (de Crécy-sur-Serre).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

DIGESTIF CLIN

A base de Pepsine et de Pancréatine.

Le **Digestif Clin** convient aux dyspeptiques par atonie des organes et par insuffisance de sécrétions gastrique et intestinale.

Les ferments de ce digestif peuvent simultanément digérer les graisses, l'albumine, la viande, les féculents.

1 verre à liqueur à chaque repas.

Mon CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.



Seule liqueur concentrée
BALSAMIQUE
ANTISEPTIQUE
donnant instantanément *l'eau de goudron du Codex*
(Deux cuillerées par litre)
MALADIES DE LA PEAU
Voies respiratoires
Voies urinaires
Diathèse furonculeuse
ÉPIDÉMIES
Le flac. **1** fr. **50**, rue de Rennes, 105, PARIS, *et dans les pharmacies.*

KOLA ROY

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.

Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après les repas.
Mariani, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

GOUTTES LIVONIENNES

de **TROUETTE-PERRET**

(Créosote, Goudron et Tolu)

Le Remède le plus puissant contre les **Affections des voies respiratoires.**

Quatre capsules par jour aux repas.

E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

MIGRAINES NÉVRALGIES NÉVROSES — CÉRÉBRINE

de 2 à 4 cuillerées à café à chaque accès — Notices et Spécimens Fco.

Eug. FOURNIER (*Pausodun*), 114, rue de Provence, Paris.

St RAPHAËL

Maladies de l'appareil digestif, Chlorose, Anémie
Affaiblissement général. Convalescences
Affections scrofuleuses.
Le *Vin de Saint-Raphaël* est un vin fort agréable à boire.
Dose : un petit verre après les principaux repas.
Dépôt toutes bonnes Pharmacies. Vente en gros chez tous les Droguistes.

EUCALYPTÉOL ANTHOINE

(BICHLORHYDRATE CRISTALLISÉ D'ESSENCE D'EUCALYPTUS)

représente au plus haut degré toute la valeur thérapeutique de cette essence sans en avoir les inconvénients.

INDICATIONS :

Rhume, Bronchite, Catarrhe, Grippe, Influenza

DOSE. — 2 à 6 capsules par jour dans l'intervalle des repas.

Chaque capsule, de forme olivaire, contient 25 centigr. d'eucalyptéol.

DÉPOTS { Pharmacie ANTHOINE, à CHATEAUROUX.
Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, à PARIS

SENECINE

A. FRICK

EMMÉNAGOGUE
Agréable, Efficace et Inoffensif
Ech. grat. Phie 11 bis Rue de la Chapelle. Paris

PHTISIE PULMONAIRE

CARBONATE DE GAÏACOL

HEYDEN

Dose de 1 à 6 grammes par jour.

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

CHLORO-ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, TUBERCULOSE, PHOSPHATURIE
GROSSESSE et ses SUITES

Admis dans les Hopitaux (Délicieux et Facile à prendre).



SIROP FRAISSE

à **L'OXYHÉMOGLOBINE**
et au **GLYCÉROPHOSPHATE** de **CHAUX**
(Auxiliaire puissant de l'Hemopoèse)

Dépôt : ***83, Rue Mozart, PARIS-PASSY,*** Marius FRAISSE, Phen, *et toutes Pharmacies.*

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des femmes* et la *Chlorose*, dans les *Maladies de la peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires et rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**ICHTHYOL** sont dus en partie à ses qualités *résolutives, sédatives et antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption et augmentant l'assimilation.*

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS SANITAIRES et ANTISEPTIQUES, 35, rue des Francs-Bourgeois, Paris.

SÉRUM ARTIFICIEL WUHRLIN

A L'USAGE HYPODERMIQUE

Employé dans les hôpitaux de Paris. — PRIX : 4 fr. LE FLACON

MIGRAINE, NÉVRALGIES

guéries par les *DRAGÉES* et les *CACHETS* de

PHÉNÉDINE-PELISSE

Ils n'occasionnent
NI TROUBLES GASTRIQUES NI VERTIGES
Phie PENNÈS, *49, Rue des Écoles.* DÉTAIL TOUTES PHies

HAMAMELIS DU Dr LUDLAM

Gouttes concentrées, véritable spécifique des hémorrhoïdes, varices, puissant hémostatique. — Paris, Phie Cabanès, 34 Bd Haussmann. — Ech. sr dem.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine. – Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles).
0,05 à chaque repas. — [illegible] rue des Beaux-Arts, Paris

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er février 1897.

HÔTEL-DIEU. — Médecin : M. le professeur Dieulafoy; chef de clinique : M. Charrier; chef adjoint : M. Remon; interne : M. Jolli; externes : MM. Crouzon, Zacchiri, Petit (Paul), Mathé, Matza, Logerot, Gadaud, Lacaille, Demilly.

Médecin : M. le professeur Proust; interne : M. Comte; externes : MM. Labiche, Vaillant (Jacques), Sainton, Vernet.

Médecin : M. le professeur Cornil; interne : M. Carnot; externes : MM. Strohéker, Alglave, Courchet, François, Trémolières, Genton.

Médecin : M. Ferrand; interne : M. Leven; externes : MM. Sebilleau, Guibal, Mlle Préciszewski, MM. Mainguy, Ducatte.

Médecin : M. Gingeot; interne : M. Sicard (Gabriel); externes : MM. Villaret, Bleynie, Barcat, Marcland, Warin.

Médecin : M. Audhoui; interne : M. Iselin; externes : MM. Lauvinerie, Pellagot, Le Guern.

Chirurgien : M. le professeur Duplay; chef de clinique : M. Cazin; internes : MM. Ménier, Branca, Cadol, Roger (Jean); externes : MM. Alivizatos, Ducournau, Devez, Devraigne, Mesnil, Rostainne, Bourlot, Philippe, Mlle Medvednikoff.

Chirurgien : M. Polaillon; internes : MM. Labey (Georges), Rastouil; externes : MM. Dobrovitch, Goulard, Bigex, Garrigues, Mlle Volovatz, M. Bobo.

Chirurgien : M. le professeur Panas; chef de clinique : M. Terson; internes : MM. Desvaux, Dupuy-Dutemps, Luys; externes : MM. Masselon, Bernard (Paul), Fildermann, Girts, Chesneau, Israels.

Consultation. — Médecins : MM. Raymond, Pignol; interne provisoire : M. Bourgeois; externe : M. de Combarel.

Chirurgien : M. Demoulin; suppléant : M. Macquart-Moulin; externes : MM. Bardon, Civatte.

HÔTEL-DIEU ANNEXE. — Médecin : M. Vaquez; interne provisoire : M. Stanculéanu; externes : MM. Calmels, Lucius, Brissy, Hemet.

Médecin : M. Klippel; interne provisoire : M. André; externes : MM. Lefas, Ferry, Binet, Bouchet.

Accoucheur : M. Potocki; interne provisoire : M. Hivet; externes : MM. Tournet, Zannellis, Blivet.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Médecin : M. le professeur Jaccoud; chef de clinique : M. Thiroloix; interne : M. Rosenthal; externes : MM. Fossier, Fouqué, Petit (Maurice), Lorenzo, Lefilliâtre, Périn.

Médecin : M. Robin; interne : M. Bertherand; externes : MM. Tardif-Bardinet, Lelong (André), Duclaux, Saison, Lécalier, Bournigauld, Gennet.

Médecin : M. Thibierge; interne : M. Ravaut; externes : MM. Rogier, Vigier, Jouhaud, Thiollier.

Médecin : M. Babinski; interne : M. Rist; externes : MM. Hugé, Laignel-Lavastine, Dufour-Labastide, Pauly.

Médecin : M. Petit; interne : M. Levrey; externes : MM. Gottschalk, Méheut, Brocard, Fromageot, Gabory.

Médecin : M. Faisans; interne : M. Le Damany; externes : MM. Demaldent, Roche, Linard, Pédebidou, Millon, Surret, Chantemille.

Chirurgien : M. le professeur Berger; chef de clinique : M. Reblaud; internes : MM. Lardenois, Proust, Wintrebert; externes : MM. Armand-Delille, Auffret, Camus, Herrenschmidt, Hallopeau, Balencie, Ratthery, Winsonneau.

Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Desfosses, Dujarier, Villière; externes : MM. Piot, Edwards, Cathelin, Thibault, Germond, Salmon, Neveu.

Accoucheur : M. Doléris; interne : M. Lenoble; externes : MM. Querneau, Schutzenberger.

Consultation. — Médecin : M. Capitan; externes : MM. Bouteillier, Savignac.

Chirurgien : M. Thiéry; suppléant : M. Launay; externes : MM. Pitance, Guillot.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Médecin : M. le professeur Potain; chef de clinique : M. Teissier; interne : M. Papillon; externes : MM. Sichel-Dulong, Alquier, Roché, Marty.

Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. Bacaloglu; externes : MM. Heller, Laffitte, Ferrari da Grado, Larigaudry.

Médecin : M. Labadie-Lagrave; interne : M. Camuet; externes : Mlle Sérard, MM. Guihal, Baumgartner, Vangeon.

Médecin : M. le professeur Bouchard; interne lauréat : M. Claude; interne : M. Josué; externes : MM. Tuefferd, Aribat, Robin, Petit (Alfred), Chevé, Legros.

Médecin : M. Gouraud; interne : M. Millet (Maurice); externes : MM. Fassina, Renault, Guénard, Brisard, Plantard.

Médecin : M. Oulmont; interne : M. Masbrenier; externes : MM. Durand, Chazet, Coettier.

Chirurgien : M. le professeur Tillaux; chef de clinique : M. Souligoux; internes : MM. Wiart, Pasteau, Lereboullet; externes : MM. Paris, Charpentier, Berthe, Beaujard, Camiade, Aguinet, Pouliot.

Chirurgien : M. Campenon; internes : MM. Piatot, Laroche; externes : MM. Cistrier, Morlet, Leuret, de Maïo.

Accoucheur : M. Porak; interne : M. Larrieu; externes : MM. Degrenne, Traverse, Poulain, Briens.

Consultation. — Médecin : M. de Grandmaison; suppléant : M. Springer; externes : MM. Cartier, Simon.

Chirurgien : M. Arrou; suppléant : M. Ehrhardt; externes : Mlle Pariselle, M. Hanotte.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. le professeur Hayem; chef de clinique : M. Tissier (Paul); interne : M. Ghika; interne provisoire : M. Lévy (Jules); externes : MM. Netter, Kahn, Valle-Castillo, Chevrier, Chastenet de Géry, Bloch.

Médecin : M. Galliard; interne : M. Morély; externes : MM. Moret, Lalande, Fachatte, Wildenstein.

Médecin : M. Ballet; interne : M. Faure; externes : MM. Judet, Lelong, Lehmann, Pestemalzoglu.

Médecin : M. Brissaud; interne : M. Sicard (A.); externes : MM. Detot, Goujon, Gentin, Marchais.

Médecin : M. Letulle; interne : M. Gandy; externes : MM. Le Sourd (F.), Le Sourd (L.), Roubaud, du Pasquier, Babonneix.

Médecin : M. Lermoyez; interne : M. Druault; externes : MM. Louste, Follet, Mahu, Hanot, Brousse.

Médecin : M. Gaucher; interne : M. Baillet; externes : MM. Berthier, Aubert, Lebard, Druelle, Kuhn.

Médecin : M. Siredey; interne : M. Grosjean; externes : MM. Robin, Bonny, Giffard, Chapotin, Imbault.

Chirurgien : M. Blum; internes : MM. Macrez, Pédeprade, Tournemelle; externes : MM. Guérin, Trastour, Chevalier, Gagey, Maricot, Blum.

Chirurgien : M. Monod; internes : MM. Cottet, Lacour, Vanverts; externes : MM. Bergeron, Bloch, Javal, Latteux d'Espagne, Mettey, Mouchotte.

Consultation. — Médecin : M. Lyon; suppléant : M. Dutil; interne provisoire : M. Roux (Marcel); externes : MM. Schachmann, Desgranges.

Chirurgien : M. Walther; suppléant : M. Conzette; externes : MM. Métivier, Lambert, Goupille, Brun.

Hôpital Necker. — Médecin : M. Cuffer; interne : M. Terrien (F.); externes : MM. Courcoux, Boullet, Mutzner, Mlle Mugnier.

Médecin : M. Huchard; interne : M. Deguy; externes : MM. Robert, Bourgain, Monier, Milanoff.

Médecin : M. Rendu; interne : M. Hallé; externes : MM. Monod (René), Renault, Foulon, Sentex, Housselot.

Médecin : M. Barth; interne : M. Pissavy; externes : MM. Lecornu, Bentz, Dardeau, Magnan, Montais.

Chirurgien : M. le professeur Le Dentu; chef de clinique : M. Mauclaire; internes : MM. Cunéo, Durieux, Marcille; externes : MM. Barre, Charpentier, Rémoussenard, Vassaux, Raimond, Eloy, Cruveilhier, François-Dainville.

Chirurgien : M. le professeur Guyon; chef de clinique : M. Chevalier; internes : MM. Gosset, Pouquet, Le Fur; externes : MM. Delage, Jalabert, Viaud-Grand-Marais, Darbois, Méret, Guessarian, Pied, Grosse, Onfray.

Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Siron, Héresco; externes : MM. Bosvieux, Lance, Maurage, Bricet, Reliquet, Gouffier.

Consultation. — Médecin : M. de Gennes; suppléant : M. Weber; externes : MM. Arnoux, Watelet.

Chirurgien : M. Albarran; externes : MM. Schultz, Maury.

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Delpeuch; suppléant : M. Vaquez; interne : M. Mettetal; externes : MM. Silvie, Denys, Delherm, O'Followell.

Médecin : M. Chauffard; internes : MM. Chaillous (Maurice), Cavasse; externes : MM. Toupart, Bailey, Pamard, Raband, Girard, Mauban, Percheron.

Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Imbert, Hepp; externes : MM. Gamet, Thorel, Guériteau, Constantinesco, Mannoni.

Chirurgien : M. Bouilly; internes : MM. Chéron, Bouchacourt; externes : MM. Morisetti, Theulet-Leuzié, Granjon, Iribarne.

Chirurgien : M. Quénu; internes : MM. Cange, Claisse, Brin; externes : MM. Roche (Louis), Faure, Gasne, Prudhomme, Castan, Birmann, Bisch.

Service temporaire de chirurgie. — Interne provisoire : M. Petit (Jean); externes : MM. Ranson, Ribadeau-Dumas.

Consultation. — Médecin : M. Lesage; suppléant : M. Régnier; interne provisoire : M. Ferrand; externe : M. Leh.

Chirurgien : M. Sébileau; suppléant : M. Wassilieff; externes : MM. Bourier, Cahen, Lemierre, Malméjac.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Debove; interne : M. Labbé (Marcel); externes : MM. Benoit, Sée, Calvé.

Médecin : M. Rigal; interne : M. Rudaux; externes : MM. Huguier, Mauté, Palle, Deschamps, Gosselin, Bertin.

Médecin : M. Troisier; interne : M. Decloux; externes : MM. Sabatié, Lacasse, Carton, Hayem.

Médecin : M. Fernet; interne : M. Bize; externes : MM. Coudert, Gouraud, Lebreton, Léger.

Chirurgien : M. Lucas-Championnière; internes : MM. Termet, Vauzelle; externes : MM. Hélie, Viteman, Jullien, Voisin, Audy, Barbet, Sallé, Mirande.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin); internes : MM. Mortagne, Delestre; externes : MM. Mouille, Nicolaïdi, Pasquier, Ramond, Cresson.

Chirurgien : M. Anger (Théophile); assistant : M. Lejars; internes : MM. Turner, Véron; externes : MM. Gaukler, Marais, Marchand, Loin, Morand, Gascheau.

Chirurgie (chroniques). Interne provisoire : M. Desjardins; externe : M. Dutar.

Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes; interne : M. Morel; externes : MM. Leclerc, Picard.

Consultation. — Médecin : M. Launois; adjoint : M. Soupault; interne provisoire : M. Guéniot; externes : MM. Wahl, Mulon, Faivre.

Chirurgien : M. Lyot; suppléant : M. Bernard; externes : MM. Geoffroy-Saint-Hilaire, Bigot.

Hôpital Lariboisière. — Médecin : M. Landrieux; interne : M. Le Roy; externes : MM. May, Juquelier, Vivier, Deck, Chabret du Rieu.

Médecin : M. Duguet; interne : M. Blanc; externes : MM. Brécy, Le Gambier, Quiserne, Legroux, Mettey.

Médecin : M. Dreyfus-Brisac; interne : M. Monod (Jacques); externes : MM. Glin, Lippmann, Miot, Cuqu, Sudaka, Macaud, Lecœur.

Médecin : M. Tapret; interne : M. Guillemin; externes : MM. Debret, Inglessi, Courtellemont, Wibault.

Médecin : M. Muselier; interne : M. d'Herbécourt; externes : MM. Besse, Goizet, Attal, Ligerot.

Médecin : M. Gouguenheim; internes : MM. Lombard, Tissier (Paul); externes : MM. Percheron, Fonvielle, Carret, Husson, Sicard, Robert, Malterre, Peyre.

Maladies des yeux. — Médecin : M. Delens; internes : MM. Fessard, Clermont; externes : MM. Dubois, Bouchard, Thomas.

Chirurgien : M. Perier; internes : MM. Angélesco, Fauvel;

externes : MM. Monel, Girbe, Glaize, Weil, Morichau-Beauchant, Polle.

Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Ferron, Delmont-Bébet, Haury; externes : MM. Dropet, Lacapère, Voisin, Teisseire, Reynaud, Bloch.

Chirurgien : M. Peyrot; internes : MM. Martinet, Page; externes : MM. Lortat-Jacob, Bonfils, Poujade, Robie, Margnat.

Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Coville; externes : MM. Merlet, Macrycostas, Salles, Nicolas.

Chirurgie (chroniques). Interne provisoire : M. Herscher; externes : MM. Ambrosi, Mercier.

Consultation. — Médecin : M. Gallois; suppléant : M. Létienne; interne provisoire : M. Arnal; externes : MM. Beauvois, Biard, Armandin, Fatout.

Chirurgien : M. Beurnier; suppléant : M. Manson; externes : MM. Poirson, Jaisson, Cottu.

Hôpital Tenon. — Médecin : M. Talamon; interne : M. Baron; externes : MM. Ozanne, Chardin, Grivot, Levesque, Mlle Cohn, M. Lachâtre.

Médecin : M. Achard; interne : M. Castaigne; externes : MM. Ertzbischoff, Goin, Delaunay, Mascarel, Héron de Villefosse.

Médecin : M. Brault; interne : M. Got; externes : MM. Loisel, Lœper, Lobligeois, Saurain, Brunel.

Médecin : M. Martin (Hippolyte); interne : M. Malartic; externes : MM. Masson, Dupuy, Moureyre, Bénéteau, Rey.

Médecin : M. Bourcy; interne : M. Bigard; externes : MM. Dieupart, Le Maguet, Willard, Cailloué.

Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Terrien (Eugène); externes : MM. Ruelle, Kermetchieff, Jeannin, Marmasse.

Médecin : M. Béclère; interne : M. Jousset; externes : MM. Demerson, Jacowski, Hentgen, Signeux, Gerboud.

Médecin : M. Giraudeau; interne : M. Bernard (Armand); externes : MM. Ball, Noisette, Wegbécher, Dufour.

Service temporaire. — Médecin : M. Bourcy; externes : MM. Compoint, Poutchkow.

Chirurgien : M. Félizet; internes : MM. Guillot (Maurice), Devé, Barbarin; externes : Mlle Iscovesco, MM. Curie, Morfaux, Soularue, Briais, Mathieu.

Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Escat, Junien-Lavillauroy, Grisel; externes : MM. Dupuy, Géraud, Haret, Manuel, Wateau, Blandin.

Chirurgien : M. Gérard-Marchant; internes : MM. Pétron, Rabé, Auclair (Joseph); externes : MM. Netter, Delthil, Meslay, Mahar, Rivet, Clément.

Accoucheur : M. Champetier de Ribes; interne : M. Funck-Brentano; externes : MM. Coustols, Goudard, Desvaux.

Consultation. — Médecin : M. Duplaix; suppléant : M. Triboulet; interne provisoire : M. Weill (Georges); externe : M. Robillard.

Chirurgien : M. Paul Delbet; suppléant : M. Isch-Wall; externes : MM. Monod, Félizet, Vaslet de Fontaubert.

Hôpital Laennec. — Médecin : M. Landouzy; interne : M. Lévi (Ch.); externes : MM. Caubet, Guillain, Leraitre, Leduc, Cheruy, Pétresco, Heuzard.

Médecin : M. Barié; interne : M. Cler; externes : MM. Cholet, Grenet, Lopès, Gibert, Daniel,

Médecin : M. Hirtz; interne : M. Bernheim; externes : MM. Souleyre, Bonnemaison, Salomon, Lévy, Girod.

Médecin : M. Merklen; interne : M. Bureau; externes : MM. Baye, Sicart, Gil, Girard, Katz, Grégoire.

Service temporaire. — Médecin : M. Courtois-Suffit; interne provisoire : M. Le Roy des Barres; externes : MM. Riou, Schwob, Audebal, Decresse, Perreau, Verliac.

Chirurgien : M. Reclus; internes : MM. Pascal, Bigeard; interne provisoire : M. Lenglet; externes : MM. Andrieu, Gimbal, Boissier, Guisez, Kendirdjy, Duval.

Consultation. — Médecin : M. Laffitte; suppléant : M. Aviragnet; externes : MM. Follet, Beaufumé.

Chirurgien : M. Faure; suppléant : M. Benoît; externes : MM. Berthier, Kuillier,

Hôpital Bichat. — Médecin : M. Lacombe; interne : M. Sauvage; externes : MM. Martial-Lagrange, Guyotte, Lamard, Asselineau, Vaillant.

Médecin : M. Roques; interne : M. Roques; externes : MM. Soulié, Cocurat, Heury, Deletré, Barrieu.

Chirurgien : M. le professeur Terrier; assistant : M. Hartmann; internes : MM. Frédet, Chauvel, Guinard; externes : MM. Mircousch, Boureau, Langlois, Bourgon, Ripault, Leri, Huguet.

Consultation. — Médecin : M. Barbier; suppléant : M. Pineau; interne provisoire : M. Chevrey; externe : MM. Friaque, Degris.

Chirurgien : M. Peraire; suppléant : M. Reymond; externes : MM. Levy-Valency, Dumas.

Hôpital Andral. — Médecin : M. Mathieu; internes : MM. Roux, Nattan; externes : MM. Gloppe, Balthazard, Froin, Dambrin, Legros.

Consultation. — Médecin : M. Polguère; suppléant : M. Lévi (Léopold); externes : MM. Bornait-Legueule, Berthier.

Hôpital Broussais. — Médecin : M. Œttinger; interne : M. Delamare; externes : MM. Vanotberghe, Fouquet, Diel, Bruder, Furet.

Médecin : M. Gilbert; interne : M. Garnier; externes : MM. Viard, Langevin, Heitz, Beaugrand, Mlle Tobolowska.

Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Chaillous (Joseph), Ardouin; externes : MM. Moulon, Bender, Maucotel, Jamet, Audard.

Consultation. — Médecin : M. Wurtz; suppléant : M. Auscher; externes : MM. Housquains, Herpain.

Chirurgien : M. Morestin; suppléant : M. Malherbe; externes : MM. Saurel, Lorot.

Hôpital d'Aubervilliers. — Médecin : M. Roger; interne : M. Bayeux; interne provisoire : M. Prat; externes : MM. Courtois, Tabary, Guihal, Mayer, Champion.

Bastion 29. — Médecin : M. Chantemesse; interne : M. Ramond; externes : MM. d'Avellar, Artaud, Saint-Cène, Bouzanquet, Decorse.

Hôpital Hérold. — Médecin : M. Gilles de La Tourette; interne : M. Célos; interne provisoire : M. Lustgarten; externes : MM. Duc-Dodon, Ferrand, de Lacombe, de Clomesnil, Vallat.

Hôpital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier; chef de clinique : M. Gastou; internes : MM. Dominici, Lesné; externes : MM. Baudelot, de Rothschild, Goubeau, Dieu, Collard.

Médecin : M. Balzer; interne : M. Griffon; externes : MM. Le Tellier, Sersiron, Gauchery, Alquier.

Médecin : M. Hallopeau; interne : M. Weil (Émile); interne provisoire : M. Poulain (Albert); externes : MM. Veeck, Poulard, Boury, Dupuy.

Médecin : M. Tennesson; interne : M. Pelisse; externes : MM. Ignard, Chevé, Devaux, Gillot, Delvincourt, Mme Donzeau.

Médecin : M. du Castel; interne : M. Marchais; externes : MM. Ballet, Pierreson, Brodier, Menu.

Médecin : M. Danlos; interne : M. Mauger (Noël); externes : MM. Mary, Ripart, Battier, Ménard.

Chirurgien : M. Richelot; internes : MM. Batigne, Derocque, Barozzi; externes : MM. Bouvet, Touchard, Montignac, Lebel, Couréménos, Mantoux.

Chirurgien : M. Marchand; internes : MM. Rebreyend, Zeimet, Couvelaire; externes : MM. Beauvy, Gleize, Gaillard, Bachmann, Neviajski, Liautaud.

Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Faitout, Ombredanne, Veau; externes : MM. Nass, Chalmette, Caillard, Robert, Theuveny, Hulleu, Le Roux.

Accoucheur : M. Bar; interne : M. Mercier (Raoul); externes : MM. Peaudecerf, Kassaboff, Cathala, Spindler.

Consultation. — Chirurgien : M. Legueu; suppléant : M. Regnault; externes : MM. Cabrol, Houdé.

Hôpital Ricord. — Médecin : M. Mauriac; interne : M. Michaux (Georges); externes : MM. Costin, Vaias, Nicolas.

Médecin : M. Renault; interne : M. Tissot; externes : MM. Grébault, Crosmer, Popon.

Chirurgien : M. Humbert; interne : M. Planque; externes : MM. Ducroquet, Desbrez, Guedj, Pigot.

Hôpital Broca. — Médecin : M. de Beurmann; interne : M. Zimmern; externes : MM. Hervoit, Ladevèze, Arrivé, Lhermitte, Phéllipon, Colin, Massard.

Médecin : M. Brocq; interne : M. Estrabaut; externes : MM. Bernard, Bournisien de Valmont, Thomas, Dubar, Durey.

Chirurgien : M. Pozzi; internes : MM. Martin (Ch.), Barnsby, Chabry; externes : Mlle Romanescu, MM. Sabaréanu, Pophillat, Moineau, Julian, Lacoste.

Consultation. — Chirurgien : M. Jayle; assistant : Bouglé; externes : MM. Jarvis, Mignon.

Hôpital de la Maternité. — Accoucheur : M. Budin; internes : MM. Salmon, Ghéorghiu.

Médecin : M. Charrin; interne : M. Riche.

Clinique Baudelocque. — Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Bouffe de Saint-Blaise; externes : MM. Galca, Cury, Bonnard, Baranger, Raoux, de Gorsse.

Hôpital de la Clinique d'Accouchements. — Chirurgien : M. le professeur Tarnier; chef de clinique : M. Dubrisay; externes : MM. Durand-Viel, Guyot, Aubourg, Planchon, Gougis, Fraleu.

Maison municipale de santé. — Médecin : M. Widal; interne : M. Nobécourt; externes : MM. Bizard, Tixier, Baron.

Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Monthus; externes : MM. Santiard, Abrant, Ferry.

Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Descazals, Fontoynont; externes : MM. Pécharmant, Quillier, Jeannet, Mercadé.

Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Dartigues, Guillemot (Albert); interne provisoire : M. Janot; externes : MM. Roglet, Chomet, Lourdin, Rivalta, Feurtet, Lutier, Rochory, Mallet.

Hôpital des Enfants-Malades. — Médecin : M. le professeur Grancher; chef de clinique : M. Renault; interne : M. Guillemot (Louis); externes : MM. Regnard, Mainot, Berton, Legueux, Leroy.

Médecin : M. Descroizilles; internes : MM. Herrenschmidt, de Font-Réaulx; externes : MM. Boricaud, Voillemin, Gillet, Thouvenin, Cuissard.

Médecin : M. Comby; interne : M. Bernard (L.); externes : MM. Richard, Rousseau, Néret, del Pozo.

Médecin : M. d'Heilly; internes : MM. Martin (André), Tissier (Henri); externes : MM. Tintrelin, Tassin, Guillaume, Triau, Mlle Birfeld.

Médecin : M. Moizard; interne : M. Jacobson; externes : MM. Assicot, Lejonne, Delabort, Rivier.

Médecin : M. Sevestre; interne : M. Bonnus; externes : MM. Guillot, Lefert, Bertrand, Glatard.

Chirurgien : M. de Saint-Germain; internes : MM. Lenormant, Fresson; externes : Mlles Entz, Delporte, MM. Provins, Guillemin, Bournaret, Delfau, Mlle Ziegel.

Chirurgien : M. Brun; internes : MM. Monod (Fernand), Gibert; externes : MM. Bruandet, Dreyfus, Gardner, Lorier, Landowsky, Doazan.

Hôpital de Berck-sur-Mer. — Chirurgien : M. Ménard; internes : MM. Chabochet, Bluysen, Bufnoir.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M Richardière; internes : MM. Ullmann, Michaut (Charles); externes : MM. de Lacroix de La Valette, Dauzats, Dionnys du Séjour, Millot.

Médecin : M. Josias; interne : M. Audion; externes : MM. Le Tellier, Retournard, Cotard, Coudert (Raoul), Duvernay.

Médecin : M. Netter; internes : MM. Keim, Constensoux; externes : MM. Lenoble, Bodin, Heitz, Resibois, Mme Servant.

Médecin : M. Variot; internes : MM. Coyon, Zadok; externes : MM. Chicotot, Belgrand, Dezirot, Abram, Aviat.

Chirurgien : M. le professeur Lannelongue; assistant : M. Broca; internes : MM. Chauveau, Mouchet; interne provisoire : M. Talandier; externes : MM. Baup, Cotar, Decherf, Dide, Fournié, Athanassio, Tessier, Nau.

Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Bonnet, Jalaguier; externes : MM. Le Couëdic, Wagon, Latruffe, Couzin.

Hospice des Enfants-Assistés. — Médecin : M. Hutinel; internes : MM. Frenkel, Grenet; externes : MM. Jolly, Richard, Berthier, Férouelle, Tassigny.

Chirurgien : M. Kirmisson; internes : MM. Caboche, Guéry; externes : MM. Morisseau, Froment, Roger, Billard, Philibert.

Hôpital Debrousse. — Médecin : M. Thoinot; interne : M. Bernard (Henri).

Hospice de Bicêtre. — Médecin : M. Marie; interne : M. Sainton; interne provisoire : M. Sikora.

Médecin : M. Bourneville; internes : MM. Jacomet, Schwartz; interne provisoire : M. Godineau.

Médecin : M. Charpentier; interne : M. Guilbaud; interne provisoire : M. Legay.

Médecin : M. Deny; interne : M. Mercier (Edmond); interne provisoire : M. Moret (Louis).

Médecin : M. Féré; médecin adjoint : M. Chaslin; interne : M. Mesnard; interne provisoire : M. Elias.

Chirurgien : M. Ricard; internes : MM. Hennecart, Merklen; interne provisoire : M. Chifoliau.

Hospice de la Salpêtrière. — Médecin : M. le professeur Raymond; chef de clinique : M. Charcot; internes : MM. Lorain, Fournier, Cestan; externes : MM. Meuriot, Latron, Loiseau, Laurens, Faure-Beaulieu, Grillot, Poirier de Clisson, Loiselet.

Médecin : M. Déjerine; internes : MM. Long, Théohari; interne provisoire : M. Michaut; externes : MM. Périetzéanu, Castin, Slatinéanu, Gaucher, Cruet.

Médecin : M. Voisin (A.); interne : M. Lœwy; externes : MM. Leroy, Maillard.

Médecin : M. Falret; interne : M. Froussard; externe : M. Bussard.

Médecin : M. Voisin (J.); interne : M. Hauser; externes : MM. Dommartin, Degrais.

Médecin adjoint : M. Séglas (E.).

Chirurgien : M. Segond; internes : MM. Herbet, Lenoir; externes : MM. Létourneau, Mermier, Halberchtadt, Maubert.

Consultation. — Chirurgien : M. Chipault; suppléant : M. Bouglé; externes : MM. Labussière, Horteloup.

Hospice des Incurables (Ivry). — Médecin : M. Gombault (A.); interne : M. Mauger (Adrien); interne provisoire : M. Tardif; externe : M. Pourtié.

Chirurgien : M. Poirier; interne : M. Guibé; interne provisoire : M. Degorce (Armand); externe : M. Robert.

Hospice des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. — Médecin : M. Marfan; interne : M. Millian; interne provisoire : M. Loubet; externe : M. Chevallier.

Maison de retraite de La Rochefoucauld. — Médecin : M. Darier; interne : M. Schœfer; externes : MM. Rigollot, Soullard.

Institution Sainte-Périne et Maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — Médecin : M. Lebreton; internes : M. Cochemé (Chardon-Lagache), M. Minet (Rossini).

CONSULTATION CHIRURGICALE DE LA CHARITÉ

M. Thiéry.

Kyste hydatique suppuré du grand pectoral.

Par A. Lecœur, externe du service.

Les kystes hydatiques des muscles, sans être d'une rareté exceptionnelle, sont cependant assez peu communs pour qu'ils méritent d'être mentionnés lorsqu'ils se rencontrent. En effet, d'après la statistique de Thomas Marguet (Thèse de Paris, 1888), ils figurent dans une proportion de 1,90 pour 100. Et, dans les 130 cas de ce genre mentionnés par Marguet, les kystes hydatiques du grand pectoral sont au nombre de 8. Ajoutons à ces cas l'observation de M. Segond, et celle de Hébra (1893). Nous avons eu, dans ces derniers temps, l'occasion d'en observer un nouveau cas à la consultation de chirurgie de la Charité. Voici le fait :

Il s'agit d'une jeune femme, Marie C..., âgée de dix-neuf ans, qui se présenta le 9 novembre dernier à la consultation se plaignant d'avoir une « grosse boule » dans le sein droit. A la suite d'une contusion du sein occasionnée par une chute dans une cave, qu'elle fit à l'âge de treize ans, il s'est développé, nous raconte la malade, au bout de quelques mois, une petite tumeur dure, lisse, et absolument indolore, de la grosseur d'une noisette environ. Depuis lors, rien n'avait changé, lorsque la veille au soir, en se déshabillant, la malade s'aperçoit que cette tumeur s'est considérablement accrue, et de dure est devenue presque molle ; cependant, elle ne se souvient pas d'avoir reçu un coup dans cette région. Effrayée d'un progrès aussi rapide, elle demande qu'on l'en débarrasse le plus tôt possible.

A l'inspection, nous constatons, en effet, à égale distance de la clavicule et du mamelon droit, la présence d'une tumeur assez volumineuse, que nous évaluons, par la palpation, de la grosseur d'une mandarine environ. Cette tumeur est lisse, arrondie, à contours extrêmement nets, fluctuante, mais cependant assez tendue, parfaitement mobile sous la peau, mais adhérente aux plans profonds. On peut la malaxer sans que la malade éprouve aucune douleur, ni même aucune gêne.

Sans faire attention à ce que nous dit la malade, et nous basant surtout sur l'apparence nettement limitée et la consistance fluctuante de la tumeur, nous songeons à un adénome kystique de la mamelle, en faisant toutefois quelques réserves, étant donné les connexions avec les plans profonds. Nous remettons l'opération au lendemain.

Le 10, après nouvel examen de la malade, nous modifions notre diagnostic et hésitons entre un sarcome du grand pectoral, une gomme ramollie de ce muscle, et un abcès froid d'origine thoracique. L'absence d'antécédents spécifiques, le teint mat de la malade, ses « petites bronchites » de l'hiver dernier, son manque d'appétit nous font incliner pour cette dernière affection.

La malade étant sous le chloroforme, une incision semi-circulaire à concavité supérieure, traversant la peau et la couche graisseuse sous-jacente, met à nu l'aponévrose du grand pectoral qui, incisée à son tour ainsi que la couche superficielle du muscle, nous fait voir la poche. Nous libérons sa face supérieure, puis sa face profonde, qui est en rapport avec les couches profondes du grand pectoral et ne présente aucun prolongement vers le thorax. Puis, en luxant en bas et en avant la tumeur, la pince à griffes perfore la poche d'où s'échappe un liquide purulent, blanc jaunâtre, de consistance crémeuse. Une pince est aussitôt mise sur l'orifice, mais pendant les manœuvres d'énucléation la poche se déchire de nouveau, livrant issue à une vésicule hydatique brillante, blanche, légèrement opaline, que nous recueillons sur un tampon.

La poche enlevée, la plaie est lavée au chlorure de zinc, drainée et suturée et la malade est renvoyée chez elle.

Nous la revoyons le 16; nous retirons le drain, faisons sauter les points de suture et appliquons un pansement sec.

La poche, largement ouverte, n'a donné issue qu'à du pus sans autre vésicule hydatique; l'examen bactériologique du pus n'a révélé la présence d'aucun échinocoque. La vésicule hydatique ayant été jetée avec le tampon, nous n'avons pu en faire l'examen.

Ce kyste hydatique suppuré, siégeant dans un muscle, est le second cas qu'il nous a été donné d'observer depuis que nous sommes attaché au service de consultation chirurgicale de la Charité. Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'un kyste hydatique suppuré siégeant dans la gaine du rond pronateur ; mais nous n'avons pu suivre la malade qui est entrée dans le service de Després.

DIPHTÉRIE GÉNÉRALISÉE GRAVE

CHEZ UN ENFANT DE SIX SEMAINES; INJECTION DE SÉRUM; GUÉRISON

Par le docteur Fournier,

Médecin en chef de l'hôpital d'Angoulême.

Le 9 octobre 1896, je suis appelé à Réparsac, près de Jarnac, auprès d'un enfant qui, me dit-on, est atteint de diphtérie et considéré comme perdu.

Le 9 octobre à midi, je vois cet enfant avec le docteur Bourgeois (de Jarnac) et voici ce que nous constatons :

L'enfant, âgé de six semaines, est dans un état de faiblesse extrême : il fait à peine quelques mouvements et ne peut prendre le sein. La peau et les muqueuses sont décolorées. Le pouls est fréquent, presque insensible. De temps en temps il sort de sa torpeur et est agité de quelques mouvements convulsifs. A l'examen de la gorge et de la bouche, on constate que les amygdales et le voile du palais sont

tapissés d'une couche pseudo-membraneuse très épaisse qui se prolonge en avant jusque sur la voûte palatine. Il est en proie à une diarrhée verdâtre et présente à la région anale des excoriations recouvertes de fausses membranes. On voit qu'il s'agit là d'une diphtérie généralisée des plus graves et d'autant plus grave qu'elle atteint un sujet plus jeune (six semaines).

Le docteur Bourgeois nous rapporte que l'enfant est indisposé depuis le 4 et présente, depuis cette époque, un état de malaise général mal caractérisé. Les choses en étaient là quand, le 8 octobre, les parents, apercevant dans la gorge quelques points blancs, firent appeler le médecin qui pratiqua immédiatement une injection de sérum de 5 centimètres cubes.

En présence d'un état infectieux aussi grave chez un sujet aussi jeune et aussi profondément débilité par la maladie et chez lequel une première injection de sérum n'avait produit aucun résultat favorable, que devions-nous faire? Devions-nous nous abstenir ou insister sur la médication? L'enfant étant considéré comme perdu, nous n'avons pas hésité à persévérer dans la médication, pensant qu'il y avait une chance de salut, bien qu'elle nous parût bien faible.

Nous n'avons pas non plus regardé, comme une contre-indication à la sérumthérapie, l'âge si peu avancé de ce petit malade.

Le 9 à midi, aussitôt mon arrivée, j'ai fait une injection de sérum de 5 centimètres cubes. En attendant que l'enfant puisse reprendre le sein il a été convenu qu'on lui donnerait de temps en temps du lait à la cuillère et de temps en temps aussi une petite cuillerée de grog. Il a été prescrit aussi d'éviter de tâcher d'enlever les fausses membranes avec un pinceau trempé dans un liquide caustique et l'on a bien recommandé de faire toutes les demi-heures dans la bouche avec un irrigateur un lavage, tantôt à l'eau boriquée à 4 p. 100, tantôt à l'eau phéniquée à 2 p. 100. Suivant ce qui avait été convenu entre nous, le docteur Bourgeois a fait une injection de 5 centimètres cubes le 10, et une de même capacité le 11. Ce n'est qu'après ces quatre injections que les fausses membranes sont allées en diminuant d'épaisseur et le 15 elles avaient complètement disparu. L'enfant s'est remis rapidement et le 17 il a pu reprendre le sein de sa nourrice. Comme action du sérum sur l'organisme nous n'avons pas constaté autre chose qu'une éruption de plaques érythémateuses sur tout le corps qui, du reste, ont disparu rapidement.

Cette observation nous a paru intéressante à publier au point de vue de la pratique médicale. Elle prouve, en effet, que lors même qu'un cas paraît désespéré, que la maladie infectieuse a produit les désordres les plus graves, il faut toujours avoir recours à l'injection de sérum, dernière ancre de salut. Elle prouve aussi que, lors même que l'injection paraît au premier abord ne produire aucun résultat, il faut persévérer. On voit aussi par cette observation que le très jeune âge n'est pas une contre-indication à l'injection de sérum.

Il est certainement plus utile à la pratique médicale de publier des observations comme celle-ci, portant avec elle un enseignement, que des cas rares et curieux que le praticien n'aura peut-être jamais l'occasion de rencontrer dans sa carrière. Nous avons jugé d'autant plus utile de publier ce fait intéressant que le docteur Roux m'a affirmé avoir compulsé les recueils scientifiques et n'en avoir pas rencontré de semblable.

Il y a là pour le praticien un encouragement à faire l'injection de sérum dans les cas les plus désespérés et sur les sujets les plus jeunes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les tableaux d'avancement des officiers du corps de santé des colonies, pour l'année 1897, sont arrêtés comme suit :

Médecins en chef de deuxième classe inscrits pour le grade de médecin en chef de première classe : 1896. MM. Chédan et Primet. — 1897. M. Kieffer.

Médecins principaux inscrits pour le grade de médecin en chef de deuxième classe : 1896. MM. Lidin, Hénaff et Gallay. — 1897. M. Canolle.

Médecins de première classe inscrits pour le grade de médecin principal : 1896. MM. Depasse, Lemoine, Hébrard et Sallabert. — 1897. MM. Fontaine, Mondon et Marchoux.

Médecins de deuxième classe inscrits pour le grade de médecin de première classe : 1896. MM. Lautour, Damiens, Thivoux, Nogué et Dubois. — 1897. MM. Hazard, Lairac et Lasnet.

— M. le docteur Doléris commencera ses conférences cliniques sur l'obstétrique et la gynécologie, dans son service à la Pitié, le mardi 9 mars, et le continuera les mardis et vendredis suivants à dix heures.

— *Asile d'aliénés de la Seine.* — Dépôt de la Préfecture de Police. — Médecin : M. Garnier ; internes : MM. Battier, Bargy.

Asile Sainte-Anne. — Médecin : M. Magnan ; internes : MM. Colollian, Lalanne.

Médecin : M. le professeur Joffroy ; chefs de clinique : MM. Toulouse, Roubinovitch ; interne : M. Manheimer.

Médecin : M. P. Dubuisson (hommes) ; interne : M. Batailler.

Médecin : M. Bouchereau (femmes) ; internes : MM. Naggar, Truelle.

Asile de Villejuif. — Médecin : M. Vallon (hommes) ; internes : MM. Roques de Fursac, Calluaud.

Médecin : M. Briand (femmes) ; internes : MM. Pélas, Pochon.

Asile de Ville-Évrard. — Médecin : M. Marandon de Montyel (hommes) ; internes : MM. Brunet, N...

Médecin : M. Febvré (femmes) ; interne : M. N...

Médecin : M. Legrain (pensionnat) ; interne : M. Poirson.

Asile de Vaucluse. — Médecin : M. Taguet (hommes) ; interne : M. Farabeuf.

Médecin : M. Boudrie (femmes) ; interne : M. Ameline.

Médecin : M. Blin (enfants) ; interne : M. Rodier.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le rôle de la graisse dans les hernies (thérapeutique, prophylaxie, traitement palliatif), par le docteur Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Beaujon. In-8°, 20 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Coccoz.

Vingt cas de fractures de la clavicule, traités par le massage, par le docteur Dagron. In-8° de 16 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE





Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 8 au 13 février 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 8 FÉVRIER. — 2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss et Heim; M. Gaucher, censeur; M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delbet et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Humbert et Tuffier; M. Fournier, censeur; M. Widal, suppléant.

MARDI 9 FÉVRIER. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Chassevant; M. Terrier, censeur; M. Chantemesse, suppléant.

3e examen, oral (1re partie) : MM. Panas, Berger et Maygrier; M. Terrier, censeur; M. Chantemesse, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Nélaton et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Debove et Marie; — (2e partie, 2e série) : MM. Dieulafoy, Letulle et Charrin; M. Raymond, censeur; M. Gilbert, suppléant.

MERCREDI 10 FÉVRIER. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Marchand et Broca; épreuve pratique.

3e examen, oral (1re partie) : MM. Humbert, Peyrot et Bonnaire; M. Gariel, censeur; M. Wurtz, suppléant.

JEUDI 11 FÉVRIER. — 3e examen, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Pozzi et Thiéry; — (2e partie) : MM. Joffroy, Roger et Marfan; M. Jaccoud, censeur; M. Marie, suppléant.

4e examen : MM. Pouchet, Ménétrier et Thoinot; M. Jaccoud, censeur; M. Marie, suppléant.

VENDREDI 12 FÉVRIER. — 5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Ricard, Humbert et Broca; — (2e partie) : MM. Landouzy, Chauffard et Wurtz; M. Peyrot, censeur; M. Gaucher, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; M. Marchand, censeur.

SAMEDI 13 FÉVRIER. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Quenu et Thiéry; épreuve pratique.

3e examen (2e partie) : MM. Dieulafoy, Chantemesse et Ménétrier; M. Ch. Richet, censeur; M. Roger, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Le Dentu, Pozzi et Albarran; — (2e série) : MM. Berger, Nélaton et Hartmann; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Raymond et Marfan; M. Cornil, censeur; M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar; M. Heim, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 10 FÉVRIER, à une heure. — M. Deglaire. Contribution à l'étude des troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal chez l'enfant en particulier (MM. Potain, président; Hayem, Gilles de la Tourette et Widal, juges). — M. Magnaux. Du chimisme stomacal dans la dyspepsie de la seconde enfance (MM. Hayem, président; Potain, Gilles de la Tourette et Widal, juges). — M. Marlier. Étude sur la syphilis conceptionnelle immédiate (MM. Fournier, président; Joffroy, Gaucher et Netter, juges). — M. Cormier. Des syphilides scléreuses simulant l'ulcère variqueux (MM. Fournier, président; Joffroy, Gaucher et Netter, juges). — M. Corinin. Étude statistique sur la durée et le pronostic de l'accouchement dans le dégagement en occipito-sacrée (MM. Pinard, président; Tillaux, Varnier et Lejars, juges). — M. Héry. Sur l'allaitement des nouveau-nés (MM. Pinard, président; Tillaux, Varnier et Lejars, juges). — M. Sturdza. De la pleurésie traumatique (MM. Tillaux, président; Pinard, Varnier et Lejars, juges). — M. Contejean. Recherches sur l'action physiologique des injections de peptone dans les cavités séreuses et vasculaires de l'organisme au point de vue de la coagulabilité du sang (MM. Ch. Richet, président; Pouchet, Retterer et André, juges). — M. Hernette. L'eucaïne. Contribution à l'étude de son action physiologique. De son emploi comme anesthésique local en chirurgie (MM. Pouchet, président; Ch. Richet, Retterer et André, juges).

JEUDI 11 FÉVRIER, à une heure. — M. Besredka. Abcès sous-phréniques. Étude clinique et pathogénique (MM. Guyon, président; Le Dentu, Bar et Hartmann, juges). — M. Lévy. Considérations sur l'antéflexion pathologique de l'utérus et son traitement (MM. Le Dentu, président; Guyon, Bar et Hartmann, juges). — M. Marion. De la paralysie vésicale dans le paludisme aigu (MM. Mathias-Duval, président; Debove, Netter et Achard, juges). — M. Sénèque. De l'étude comparative de la stérilisation du lait (MM. Debove, président; Mathias-Duval, Netter et Achard, juges). — M. Augereau. Contribution à l'étude du pneumothorax latent (MM. Laboulbène, président; Cornil, Letulle et Charrin, juges). — M. Gourc. L'amygdale de W. Meyer. Bactériologie (201 cultures, 12 inoculations) des tumeurs adénoïdes; rapport avec les déformations de la voûte palatine et les déviations dentaires (MM. Cornil, président; Laboulbène, Letulle et Charrin, juges).

— Par arrêté ministériel, en date du 30 janvier 1897, un concours s'ouvrira le 8 novembre 1897, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école de médecine de Grenoble.

Paris, le 1er février 1897.

D'après une communication faite à la Société médicale des hôpitaux, par MM. Vaquez et Nobécourt (séance du 29 janvier), l'élévation de la pression sanguine serait la règle dans l'éclampsie puerpérale. Ce serait un signe précurseur d'une réelle valeur; l'exagération de la pression artérielle persisterait aussi dans l'intervalle des crises; elle permettrait d'en prévoir le retour.

M. Armand Siredey et son interne, M. Le Roy, ont fait l'examen histologique de cinq appendices du cæcum, chirurgicalement réséqués à la suite d'attaques d'appendicite récentes ou éloignées. Il résulte de leurs recherches que la lésion la plus commune, la lésion fondamentale, c'est l'inflammation des follicules lymphatiques sous-jacents à la muqueuse. Dans des cas récents aigus, il y a quelquefois de petits foyers de suppuration au niveau de ces follicules ou, à distance, dans les parois musculaires de l'appendice. Un appendice enlevé à froid, en dehors de toute poussée aiguë, était épaissi et sclérosé : c'est là un processus de guérison.

Les deux auteurs n'ont rien vu dans les cinq cas précédents qui soit favorable à la théorie du vase clos, formulée par M. Talamon, et défendue avec beaucoup de feu par le professeur Dieulafoy. Les microbes trouvés dans les appendices — lorsqu'il y en avait — ne présentaient qu'une virulence faible. A ce propos, M. Rendu cite un cas observé par lui; l'opération faite par M. Routier permit de constater la présence d'un appendice fermé, rempli d'un liquide purulent, correspondant tout à fait à la conception de MM. Talamon et Dieulafoy.

Dans un des faits de MM. Siredey et Le Roy, l'inflammation folliculaire se trouvait limitée à deux noyaux, mais il y avait des lésions marquées de la couche glandulaire elle-même. Chose remarquable, il y avait diarrhée dans ce dernier cas. On peut penser qu'il y a un certain rapport entre cette diarrhée et l'inflammation de la couche glandulaire de la muqueuse. MM. Le Gendre et Rendu citent d'autres faits dans lesquels, au lieu de la constipation habituelle, il y avait aussi diarrhée; il est bon d'être averti de cette possibilité.

MM. A. Mathieu, Chauffard, Le Gendre et Rendu font remarquer que la colite muco-membraneuse précède souvent l'appendicite. Il semble y avoir une relation entre ces deux manifestations. M. A. Mathieu a vu des cas dans lesquels les crises douloureuses dues à la colite muco-membraneuse rendaient le diagnostic difficile entre la crise de colite, la crise d'appendicite et la colique hépatique. D'après M. Chauffard, il ne serait pas très rare que la crise de colite limitée au coude droit du côlon simule à s'y méprendre la colique hépatique.

M. Barbier a étudié la conjonctivite de la rougeole au point de vue bactériologique; 13 fois sur 100, il y a rencontré un bacille particulier qui n'est pas sans quelque analogie avec le bacille diphtérique; il faut dire qu'il l'a trouvé aussi 16 fois sur 100 chez des personnes qui, sans avoir la rougeole, fréquentaient les salles destinées à l'isolement de cette maladie; 35 fois sur 100, il y avait un microbe banal de suppuration, le staphylocoque blanc.

M. Lemoine, sur 200 cas de scarlatine observés au Val-de-Grâce, en a vu 23 dont l'éruption s'est limitée à la face.

M. Gouguenheim a observé 120 cas de diphtérie chez l'adulte en 1897 dans le service d'isolement de Lariboisière. Dans les deux tiers des cas, ces angines avaient des allures d'angines simples, d'amygdalites cryptiques ou suppurées: elles n'ont évidemment pas changé de nature depuis que l'examen microscopique en permet le diagnostic, mais on sait mieux qu'elles doivent être isolées sous peine de contagion possible.

M. Thibierge présente un malade chez lequel des syphilides ulcéreuses ont épargné un membre atteint de paralysie infantile. Ce n'est pas la première fois qu'on voit une éruption généralisée symptomatique d'une infection générale respecter un membre dans lequel il y avait un trouble intense de l'innervation trophique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 27 janvier 1897. — Présidence de M. Monod.

La Société de chirurgie a tenu sa séance solennelle mercredi dernier, sous la présidence de M. Monod. Après le discours d'usage de M. le président sortant et le compte rendu annuel des travaux de la Société, par M. Quénu, la parole a été donnée à M. le secrétaire général Reclus, pour l'éloge de Verneuil.

ÉLOGE DE VERNEUIL (1)

Par M. Reclus, secrétaire général.

Aristide-Auguste-Stanislas Verneuil naquit à Paris le 29 septembre 1823. Son père, créole de la Guadeloupe et fils du président du conseil municipal de la Basse-Terre, avait fait ses études médicales à Paris... Dès qu'il eut conquis son diplôme, il lui fallut quitter sa femme et son enfant et regagner son île. Sa jeunesse, ses relations, l'éclat de la Faculté dont il sortait, lui valurent une clientèle rapide et de vives jalousies. Sous un prétexte futile, une discussion sur le magnétisme, il se prit de querelle avec un confrère, se battit en duel, fut atteint d'une balle au ventre et mourut en quelques heures. Verneuil fut orphelin presque en naissant.

Il lui restait sa mère, une femme originale et distinguée. Née à Grenoble, en l'an IX de la République, elle était fille de ce marquis d'Olle dont le faste fut proverbial sur les bords de l'Isère, et qui avait fait bâtir à la Porte de France une maison princière, surnommée, à la mode du temps, « les Folies d'Olle. » La Révolution française et surtout le soulèvement des nègres de Saint-Domingue le ruinèrent et il mourut, laissant à sa femme juste de quoi vivre de privations. Mais Olympe-Adrienne d'Olle avait une volonté indomptable, toujours supérieure aux événements, une foi inébranlable dans sa bonne fortune, et peut-être aussi un peu d'imprévoyance. Elle ressemblait à ces jeunes femmes de l'ancienne noblesse, éparpillées par la Terreur dans les diverses cours de l'Europe et dont les mémoires nous tracent de si charmants portraits; elle avait leur insouciante gaîté, leur fermeté dans le malheur, leur croyance en de meilleurs jours et, comme elles, le vif désir de ne pas perdre, sans en jouir, ses vingt ans et sa rare beauté.

(1) Nous avons tenu à publier ces belles pages, qui nous montrent Verneuil intime, peu connu; n'omettant de ce remarquable éloge que ce qui a directement trait aux travaux scientifiques du maître dont la littérature médicale a été remplie pendant près d'un demi-siècle.

Après la mort tragique du père, les ressources du ménage furent médiocres; la mère, aidée de sa fille, Nanne, la sœur aînée d'Aristide, chercha de l'ouvrage; elle en trouva chez un fabricant de gants de la rue des Moineaux. Plus tard, en 1831, « le comité des colons notables de Saint-Domingue » lui fit allouer un secours annuel de 300 francs. Le garçonnet fut envoyé en nourrice, à la campagne, où il faillit mourir; on lui donnait moins de lait que de mouillettes au vin. Plus tard, à Livry, il fut une seconde fois guetté par l'alcoolisme : son professeur de latin, un vieux légiste en retraite, traducteur passionné d'Horace, l'emmenait, après chaque leçon, boire avec lui, au cabaret. Au sortir de nourrice, on confia le petit Aristide à un instituteur de Couberon, M. Corède; le gamin n'était guère studieux et les enfants du village l'appelaient « l'âne à Corède ».

Ses études furent irrégulières; à seize ans, il entre à l'institution du père Chastagnier, où il reste deux années. Nous avons sous les yeux deux de ses bulletins. Dans le premier, sa conduite est « excellente », sa santé « florissante ». « Cet élève est doué d'un charmant caractère; il est docile et laborieux, estimé de ses professeurs, aimé de ses camarades; ses devoirs sont faits avec autant de goût que d'application. » Il a la note : bien, pour la « tenue religieuse ». Dans le second, il est « soumis et respectueux »; on peut le donner pour modèle aux meilleurs élèves; il a autant de facilité pour les sciences que pour les lettres; et si sa conduite religieuse n'est plus qu' « assez bonne », sa santé se fortifie; il dispute la première place à son camarade Gaunard; et, chose importante, « il a adopté un beau corps d'écriture. » M. Verneuil était fier de ces deux bulletins, qu'il conservait dans ses archives, mais en nous les montrant, il se hâtait d'ajouter : « Je n'étais qu'un simple cancre! »

Ces bulletins sont dressés au nom d'Aristide Lesueur; voici pourquoi : en 1836, sa mère, M[me] veuve Verneuil de Saint-Martin, née Olympe-Adrienne d'Olle, ainsi que s'exprime le registre de l'état civil, fut recherchée par M. Lesueur, capitaine au premier régiment de lanciers, qui, six ans auparavant, en qualité de commandant des gardes de Charles X, avait accompagné jusqu'à Cherbourg son roi fugitif et en avait reçu la croix de la Légion d'honneur. Louis-Philippe ne ratifia pas cette récompense et, par un bizarre retour, ce fut la République de 1848 qui paya la dette du dernier des Bourbons. M. Lesueur adorait son beau-fils et désirait lui voir porter son nom. De là, cette suscription sur les bulletins scolaires. Mais, vers 1840, quand le jeune Aristide se fit inscrire à notre Faculté, après avoir nettement refusé de se préparer aux Eaux et Forêts qu'on ambitionnait pour lui, il reprit le nom paternel.

Avec ce mariage, l'aisance était entrée dans la maison; mais pour une courte durée. M. Lesueur perdit sa fortune en spéculations et la famille n'eut plus pour vivre que la modeste retraite du capitaine. Le jeune Aristide, en possession de son diplôme de bachelier ès lettres, avait été pris d'une fièvre d'indépendance et de plaisir dont fit justice un échec au baccalauréat ès sciences... Il n'en prit pas moins ses inscriptions, tandis qu'au foyer la gêne augmentait chaque jour. Ce fut l'heure solennelle de sa vie. La douleur de voir souffrir les siens, la honte d'aggraver leur misère, le ferme propos de les en arracher, lui inspirèrent des résolutions viriles, et le 7 janvier 1842, il écrivait à son camarade Lecler, l'ami des bons et des mauvais jours : « Désormais, je travaillerai! »

La fortune ne sourit pas à ses premiers efforts et son concours de l'externat fut médiocre; il fut reçu le quatre-vingt-neuvième, un des tout derniers, car les places n'étaient pas aussi nombreuses qu'aujourd'hui. Son humiliation fut profonde, comme il le raconte dans un discours prononcé treize ans plus tard, en 1856, au nom du jury de l'externat. « Mon amour-propre, dit-il, en eut une hémorragie qui dura un an; le concours de l'internat fut l'hémostase. Ce fut pour moi une revanche. Je fis alors le serment de ne plus sombrer, car mon premier naufrage avait été si humiliant que je m'en souviens encore. » A l'internat, il fut le vingt-troisième sur une liste qui s'ouvrait par le nom de Racle et qui contenait ceux de Cusco et de Charles Robin. Aristide Verneuil n'avait que vingt et un ans. Vraiment, après une enfance paresseuse, orageuse et dissipée, il n'y avait pas encore de temps perdu.

Cette nomination arrivait à propos : la mère et la fille travaillaient de leurs mains et Verneuil voulut ne plus leur être à charge. Pendant son année d'externat, il s'était exilé à l'hospice du Bon-Secours; il y avait le gîte, parfois le couvert et, une fois par semaine, sa grand'mère, la vieille marquise d'Olle, qui habitait Montfermeil, lui apportait quelques provisions au fond d'un panier. Mais, avec l'internat ses ressources augmentent; il a sa chambre, l'indemnité mensuelle; il enseigne l'anatomie à des étudiants créoles et suit parfois son maître chez un riche client. Le panier de la marquise d'Olle ne revenait plus vide maintenant de la chambre du jeune interne à la ferme de Montfermeil. Ces années de misère lui laissèrent un souvenir aigu; il y pensait lorsque, dans l'éloge de Follin, il exalte « la liberté d'allure et d'esprit de celui qui ne redoute ni le froid de l'hiver, ni les soucis du jour, ni les préoccupations matérielles du lendemain ».

Verneuil passa sa première année d'internat chez Natalis Guillot, à la Salpêtrière, et la deuxième à la Pitié, dans le service de Lisfranc. Heureusement qu'il avait conservé de son séjour à Couberon, à Livry et à Montfermeil des habitudes matinales, la visite avait lieu à six heures, et la saignée des opérés devait être faite avant l'arrivée du chef. L'année suivante, à Saint-Antoine, il eut Bazin comme maître et s'enthousiasma chez lui pour les grandes questions de la pathologie générale. C'est dans cet hôpital qu'il connut Follin; deux ans plus tard, à l'École pratique, il rencontrait Broca et alors se noua cette amitié fameuse dans l'histoire de notre médecine. Ces trois jeunes hommes, réunis d'abord par leurs fonctions, le furent plus encore par leur affinité naturelle, leurs goûts, leur horreur de la routine, une chaleur que l'âge même ne devait pas éteindre. Ils déployèrent le drapeau autour duquel se rallia tout ce qu'il y avait d'ardent parmi la jeunesse; leur influence sur les étudiants fut telle qu'on les nomma : les triumvirs.

Quelle différence pourtant entre ces trois hommes de même âge marchant à la conquête de la gloire! Follin était normand et sortait d'une bonne famille bourgeoise; il perdit son père de bonne heure, mais sa mère, une femme remarquable, lui donna « une mâle éducation, sans faiblesse, sans préjugés, avec le culte sacré de l'indépendance et de l'honneur ». Une certaine fortune permit de ne rien négliger pour ses études, et lorsque, à vingt ans, ce jeune homme, haut de taille, robuste, dur à la fatigue, sobre et pourtant gai compagnon, vint prendre ses inscriptions à Paris, sa belle figure, son large front, son grand œil bleu, doux et tranquille, lui valurent partout un accueil empressé. Son plan tracé d'avance, il voulait se vouer à la chirurgie et conquérir successivement tous nos honneurs; il sut choisir ses chefs parmi les plus savants comme aussi les plus influents et se les attacher par sa constance au travail, sa conscience du devoir, son bon sens et sa rare maturité. Dans le conseil des trois amis, il était le plus avisé.

Paul Broca était girondin; avec toutes les aimables qualités de son charmant pays, il avait une des plus vastes intelligences que nous ayons eu le bonheur de connaître. Aucune science ne lui était étrangère; il avait des connaissances positives en mathématiques, en chimie, en physique; il a ouvert un des sillons les plus féconds de la physiologie; il fut chirurgien savant et éminent nosographe, il créa l'an-

thropologie. Il fut, de plus, érudit en histoire, jusqu'à confondre son ami Henri Martin ; en géographie, jusqu'à collaborer pour une carte des pays basques avec son compatriote Elisée Reclus; en politique, jusqu'à faire prévoir, lors de son élection au Sénat, sa prochaine entrée au ministère; en théologie, jusqu'à soutenir d'ardentes polémiques dans les journaux religieux. Quant à son talent d'écrivain, les plus belles pages de notre littérature médicale sont signées par Malgaigne et par lui. Il devait être, il fut l'âme du triumvirat.

Verneuil était parisien et conserva toujours sa marque de naissance. Une aquarelle du temps le montre avec cravate voyante, veston bleu et, sous le gilet ouvert, une chemise chiffonnée : au premier aspect, c'est un bohême, d'enfance vagabonde, d'éducation mêlée et qui a subi les promiscuités de la rue. Mais comme la figure est jeune, intelligente et franche! Quels yeux clairs, regardant bien droit, peut-être même avec quelque impertinence! Quel sourire spirituel plissant ses lèvres fines et soulevant sa narine mobile! Il tient bien un peu du gavroche, mais son grand front rassure : les fortes idées ont déjà mordu son cerveau et quand sa jeunesse cessera de déborder, il apportera, dans le concert des trois amis, avec une bonne humeur charmante, un courage qu'exaltent les dangers, un désintéressement chevaleresque et une capacité de travail qui ne se lassera jamais. Son instruction est nulle, il la recommence; son éducation est négligée, il s'en fait une ; il ignore les langues vivantes, il apprend l'allemand, l'anglais et l'italien; il était brouillé avec l'histoire, il étudiera, dans des conférences fameuses, les « Chirurgiens érudits » et les « Petits prophètes de chirurgie ».

A eux trois, ils furent les chefs de ce que l'on nomma « la Jeune École ». Leur ambition n'était pas mince. Ils voulaient tout simplement être anatomistes comme Blandin et Gerdy, cliniciens comme Velpeau, opérateurs comme Lisfranc, écrivains comme les Bérard, sincères comme Marjolin. Ils considéraient Malgaigne comme leur chef. Cet érudit, documenté comme pas un, ce lettré, ce polémiste ardent et amer, ce tribun redoutable, impatient de toute autorité, passionné, souvent paradoxal, avait séduit nos jeunes iconoclastes, fiers de leur science, de leurs dons merveilleux, enivrés par leur audace même et aussi par l'acclamation qui saluait leur entrée sur la scène médicale. Ils aimèrent à braver les résistances et — ils l'avouaient eux-mêmes — à dire tout haut, à tout venant et en tout lieu, leur opinion sur tout, hommes et choses.

A ce moment surgissait à l'Académie de médecine la grande discussion sur le cancer, et, du coup, la jeune école devenait célèbre. L'anatomie pathologique, créée par Bichat, s'était élevée avec Bayle, Laënnec et Cruveilhier à un point qu'on ne pouvait dépasser sans l'aide de nouveaux moyens de recherche. Le microscope était découvert depuis deux siècles, mais il restait trop imparfait pour l'étude de la trame organique et ce n'est qu'en 1824 que Selligues et Chevalier construisirent un instrument achromatique capable de donner une image nette de nos tissus. Raspail s'en empara et, du premier coup, émettait une hypothèse géniale sur l'histogenèse. Le public savant n'y prêta quelque attention que lorsqu'elle nous revint d'Allemagne, avec l'estampille de Schwann. Mais nul à Paris n'était à même de contrôler les assertions germaniques lorsque, sous l'égide de Lebert et de Charles Robin, Broca, Follin et Verneuil formèrent la première école micrographique française. Le vaste édifice qu'ils ont construit s'est écroulé, leur classification est morte, le mirage des éléments spécifiques s'est évanoui, mais, grâce à eux, l'anatomie pathologique prit un essor nouveau; l'impulsion était donnée, et avec Ranvier, Cornil, Malassez, Mathias Duval, une autre école s'est élevée, qui jette un vif éclat sur notre science française.

Verneuil avait mené la campagne dans la *Gazette hebdomadaire;* et ses commentaires, ses critiques, la lettre à Bouillaud, ses articles sur « le microscope et la chirurgie » étaient pour le moins aussi appréciés que les discours prononcés à la tribune de la vieille Académie. De même, il eut sa grande part dans la moisson de faits nouveaux que récoltait l'histologie; il étudiait et nommait les fibromes; il entreprenait une série de recherches sur l'origine des kystes et décrivait les kystes du canal déférent, de la langue, du corps de Wolf dans les deux sexes, les kystes du rein, les kystes développés dans les tumeurs érectiles. Son travail sur les kystes prélacrymaux à contenu huileux, inaugura ses recherches sur les kystes dermoïdes dont il donnait, le premier, l'exacte pathogénie. On a voulu attribuer cette découverte, qui à Remak, qui à Roser, mais Lannelongue discute les textes, précise les dates, et c'est bien à Verneuil qu'appartient la théorie générale de l'enclavement, comme origine des kystes dermoïdes.

Entre temps, en 1853, s'ouvrait un concours d'agrégation pour la chirurgie; les trois amis s'inscrivirent, mais durant les épreuves, il devint évident que, des trois places, une était réservée à Richard. Broca serait élu premier; quant au troisième rang, plusieurs juges hésitaient entre Follin et Verneuil. Celui-ci prit alors un parti héroïque : il se retira avant la thèse, et comme une prédilection marquée et de fortes études antérieures avaient fait de lui un bon physiologiste, il se présenta au concours des sciences accessoires contre Fano, Dupré et Segond, le père de notre collègue actuel. Après une composition écrite sur les os, de brillantes leçons orales et une excellente thèse sur le système veineux, il fut reçu avec et avant Segond. La même année les vit tous les trois agrégés. Mais Broca et Follin acquirent le titre de chirurgien du Bureau central, que l'extrême pénurie de places devait faire attendre trois ans à Verneuil. Il fut nommé en 1856, à trente-trois ans, l'âge moyen de cette investiture. Encore la bataille fut-elle dure; il succombait sans l'énergique appui de Hillairet, Denonvilliers et Robert.

Allait-il enfin reprendre haleine dans sa lutte contre la misère? Hélas! elle le serra plus fort à la gorge. Au moins lorsqu'il était interne et prosecteur, il avait des élèves, de petits revenus mensuels. Et voici que maintenant il se retrouvait sans relations, sans protecteur, sans chef pour le lancer dans la clientèle! C'est alors que sa mère, peu faite pour la pauvreté, imagina de hasarder tout son avoir dans la création d'une maison de « haute nouveauté ». Les affaires semblaient prospérer, lorsqu'un événement, dont on n'aurait pu soupçonner la répercussion sur les destinées de Verneuil, vint tout compromettre : à Constantinople, le Sultan licencia son harem, la meilleure clientèle de la maison. Le crédit s'effondra; il fallut liquider : le passif s'élevait à plus de 90 000 francs.

Verneuil n'accepta pas pour les siens l'idée d'une faillite : il visita les créanciers, fit luire à leurs yeux son avenir brillant, son énergie, sa droiture; on accorda du temps; il signa des billets l'obligeant à payer intérêt et capital dans l'espace de quinze années. Notre maître but alors jusqu'à la lie toutes les angoisses du débiteur honnête à ces terribles fins de trimestre, où l'argent attendu ne rentre pas. Son courage fut tel, que ses amis ignorèrent toujours les difficultés qui l'étranglaient. Jamais de découragement ou seulement de lassitude dans cette lutte avec le rocher de Sisyphe. Tout son travail était pour payer cette dette, tout, jusqu'à ses jetons de présence; un créancier, le père Toussaint, surveillait, dans les journaux médicaux, la composition des jurys de concours; dès qu'il voyait le nom de Verneuil sur la liste, il courait compter les signatures et réclamer son échéance.

Malgré ce fardeau, Verneuil suffit à tout et à plus encore, puisque, aux examens, cours publics, conférences, service

d'hôpital, il ajouta des travaux scientifiques de premier ordre...

Nous sommes en 1867, l'année fatidique pour les trois amis : elle voit poindre leur triomphe; elle leur assène aussi un formidable coup de massue; Follin venait d'être décoré; votre société le nommait son président, l'Académie de médecine lui ouvrait ses portes et la Faculté le plaçait deuxième sur sa liste de présentation, lorsque, brusquement, la mort l'enleva, brisant un faisceau d'amitié, que n'avaient pu disjoindre, ni les paroles perfides, ni la vanité, ni les rivalités nécessaires, ni les luttes pour les mêmes honneurs. En cette même année, Broca fut nommé membre de l'Académie de médecine et professeur à la Faculté; il était déjà décoré et le ministère avait trouvé piquant de l'inscrire, lui, l'ardent ami de la République, sur une liste qu'ouvrait le nom de Paul de Cassagnac, le fougueux ami de l'Empire.

Verneuil aurait-il part aux mêmes honneurs? Les habiles démontraient sans peine que toute sa carrière n'était qu'une longue absence d'esprit de conduite. Bénévole, dans le service de Velpeau, il s'était brouillé avec ce maître omnipotent, qui tenait les clefs de toutes les avenues. La sœur de Verneuil avait été prise tout à coup d'un mal à la hanche; on craignait une coxalgie; le jeune élève, épouvanté, implore son maître, l'oracle infaillible; il le supplie de venir voir la malade à Livry. Velpeau, âpre à l'argent et dont souvent le cœur semblait cuirassé d'un triple airain, répond brusquement qu'il ne court pas la campagne pour donner des consultations gratuites : « Après tout, le prêtre vit de l'autel! » A ces mots, Verneuil pâlit, dénoue son tablier, le jette aux pieds du maître et quitte le service. Velpeau n'était pas homme à l'oublier jamais.

Verneuil interne eut le même dédain pour les petites roueries du parfait candidat : sur trois années, il en passa deux en médecine; la troisième, il choisit Lisfranc, Lisfranc qui n'était pas de l'École, Lisfranc détesté de tous les puissants du jour, Lisfranc sans influence et sans autorité; en eût-il eu, d'ailleurs, qu'il ne les aurait pas mises au service de son élève : avant la fin de l'année, ils étaient brouillés. Au cours du prosectorat, les erreurs de tactique se multiplient; Verneuil aggrave ses fautes; il entre à la *Gazette hebdomadaire*, et là, chaque semaine, dans un feuilleton impatiemment attendu des lecteurs, il donne, à propos d'histoire et de critique, ses impressions sur les hommes et sur les choses avec une indépendance qui consterne ses amis. Il ne craint pas de surnommer Velpeau « le canotier du Pactole »! Et tous de dire : Verneuil ne sera jamais professeur! On le répétait surtout en 1864, lorsqu'ici, à la tribune que j'occupe et en un jour semblable, il lut l'éloge de Robert. Ce fut un scandale dont la rumeur dura longtemps.

Après trente ans écoulés, nous pouvons juger cet incident sans passion...

L'opportunité de cette ardente philippique nous semble donc contestable, mais ce qui ne l'est pas, c'est la générosité, le mâle orgueil, la droiture et le courage de Verneuil. Il croit de son devoir de venger l'échec de Robert; il le fait sans regarder au nombre et à la puissance de ses adversaires; il s'attaque à Velpeau, le dispensateur de toutes les grâces, à Nélaton, dont l'influence à l'École se doublait, au dehors, de l'amitié reconnaissante de l'empereur. Aussi les ennemis disaient-ils tout haut ce que les amis pensaient tout bas : « Verneuil ne sera jamais professeur! » Pourtant, il le fut; moins de quatre ans après, il était nommé contre Dolbeau. C'est qu'il faut compter aussi sur les courants de loyauté, de bon sens et de bonne foi qui, tout à coup, naissent et se gonflent comme un fleuve qu'on ne saurait arrêter. Le plus sûr moyen de triompher de ses ennemis, a dit Talleyrand, est de leur survivre. Verneuil n'eut pas à recourir à ce moyen suprême : si Velpeau venait de mourir, ses autres adversaires étaient, Dieu merci, bien vivants lorque, jeune encore, à quarante-trois ans, il revêtit la toge professorale.

A peine Verneuil était-il entré à la Faculté, que l'Académie lui ouvrit ses portes. Malgré cette consécration de sa valeur professionnelle, sa situation de fortune restait des plus précaires; sa clientèle commençait à peine à se dessiner; ses charges demeuraient écrasantes; ses dettes de famille n'étaient pas toutes éteintes et son ménage, celui de sa mère et de sa sœur absorbaient le peu qui restait. Aussi, lorsque, en 1873, vingt ans après son agrégation, il quitta l'appartement du boulevard Sébastopol, si modeste que le plus humble des médecins de quartier l'eût dédaigné, il dut, pour s'établir boulevard du Palais, emprunter 7000 francs à l'un de ses vieux amis. En 1874, seulement, il échappait au cauchemar de ses jours et de ses nuits; il assurait le sort de sa mère et commençait même, en 1876, à placer quelques économies. Sa lutte avec la gêne avait duré cinquante et un ans...

Je connus Verneuil en 1876. J'avais fini mes quatre années d'internat sans avoir été son élève, lorsque le concours de la médaille d'or me conféra une année nouvelle. M. Verneuil était de mes juges et m'offrit une place dans son service, où je trouvai Charles Richet et Maunoury (de Chartres). Dès le premier jour, je fus conquis. Il était alors au plein de sa carrière; ses cinquante-trois ans étaient vraiment jeunes; son corps bien pris, agile et vigoureux dans sa très petite taille, portait une tête superbe, un peu forte peut-être, mais, comme Broca, comme M. Guyon, il était fier de sa pointure et voyait sans déplaisir son chapeau tomber sur les épaules de qui l'avait coiffé par mégarde. Le visage était ouvert et franc, avec une bouche bien dessinée que bordaient des lèvres railleuses, un nez droit, grand et ferme. et sous un ample front, encadré de cheveux bouclés déjà grisonnants, s'ouvraient de beaux yeux clairs, rayonnant d'intelligence et de bonté. Rien dans son aspect ne trahissait le médecin; ses favoris coupés à l'ordonnance lui donnaient plutôt l'air d'un très jeune amiral.

Chaque matin, à neuf heures, il entrait dans son service, au milieu d'une grande affluence d'étudiants, de prosecteurs et de jeunes candidats au Bureau central, la plupart ses anciens internes. Les élèves aiment qui les aime; ils ont vite fait de reconnaître, même sous de brusques allures, ceux de leurs maîtres qui ont à cœur de les instruire. Mais combien rapide l'entente lorsque le professeur est cordial comme l'était Verneuil! Sa voix fort douce s'adoucissait encore quand il parlait à ses malades. Il avait une immense pitié pour la douleur, et tenait de son maître Robert une remarquable légèreté de main dans l'examen des blessés. Il ne pardonnait pas aux élèves la brutalité dans les pansements. Un jour, que nous étions juges ensemble à la Charité, un candidat saisit un membre fracturé, le soulève et le plie en deux pour chercher la crépitation; le malade hurle de douleur; le candidat, impassible, recommence sa manœuvre; Verneuil s'élance et, pâle de colère : « Monsieur, je vous refuse, je vous ajourne à six mois et je voudrais pouvoir vous exclure à tout jamais de la profession médicale, dont le premier devoir est la commisération! »

Sa parole était aisée, trop facile peut-être; sa phrase toujours claire et correcte, mais pas assez ramassée, et le mot propre, qu'il savait trouver, était quelque peu perdu au milieu d'expressions parasites. Il n'en était pas moins un de nos meilleurs orateurs, un des plus écoutés dans nos sociétés savantes, et l'Académie n'a pas oublié ses discours sur le tétanos, l'érysipèle, l'anesthésie chirurgicale, la pathogénie de l'infection purulente. Ses entretiens au lit du malade, de moindre ambition et de moindre envergure, étaient peut-être supérieurs, par la fine bonhomie, la verve railleuse, et surtout la conviction, au service d'une surprenante richesse

de souvenirs. Parfois, à quelque nuance fugitive, on retrouvait l'ancien étudiant de libre allure, échappé trop tôt sur le pavé parisien. Mais c'était un charme de plus; aussi était-il classé parmi les causeurs brillants, et ses « propos de table » formeraient un bien aimable recueil.

Il laisse à ses élèves le souvenir d'un opérateur toujours maître de lui et qu'aucun incident ne déconcertait. Tel peut-être n'est-il pas jugé par la jeune génération qui, tout entière à la merveilleuse éclosion de la chirurgie abdominale, n'accorde qu'un regard distrait aux opérations des âges précédents. Les interventions sur les maxillaires, la langue et le cou restent encore les plus dangereuses. Eh bien! je n'ai vu aucun de nos maîtres, aucun de nos anciens, aucun de nos collègues mener avec autant de sûreté, de dextérité, de sang-froid, une extirpation de polype naso-pharyngien, une ablation totale de la langue, une dissection des ganglions cancéreux sur la jugulaire interne et sur la carotide. Ceux qui n'ont pas connu Verneuil mettent sur le compte de la timidité toute une série de travaux dont nous n'avons pas encore parlé, ses méthodes pour économiser le sang, favoriser les réparations ultérieures, diminuer la gravité des opérations, exposer le moins possible la vie des blessés. Qu'ils y voient, au contraire, un des plus beaux titres de Verneuil, son désir de mettre à la portée de tous un art dont tous peuvent avoir besoin!

Verneuil fut un vrai maître; ce terme a perdu de son ancienne précision : la multiplicité des sources d'études, la masse des journaux qui nous apportent les enseignements de tous les points du monde, les voyages qui nous initient à la pratique des chirurgiens étrangers, font de chacun de nous le produit de mille influences qui étouffent notre descendance directe. Mais Verneuil sut retenir autour de lui et diriger ses élèves, si nombreux que j'en compte plus de trente dans nos hôpitaux et notre agrégation, et qu'ici plus de la moitié des membres actuels ont été parmi ses internes. Il nous suivait dans la carrière et chaque semaine, le mercredi, nous réunissait à sa table. C'était le « dîner des ouvriers » où le patron gourmandait les paresseux, félicitait les vaillants et tâchait d'inspirer à tous sa bonne volonté. On se séparait à neuf heures et demie, car le maître se couchait tôt. C'était un travailleur du matin, et à cinq heures, en hiver, il écrivait déjà sous sa lampe bien connue des voisins et toujours ponctuelle.

La bataille que, dès son enfance, il avait livrée à la misère, avait développé chez lui une perspicacité spéciale pour flairer chez autrui les embarras d'argent, et rien n'était comparable à sa délicatesse pour les lever. Il racontait volontiers que, placé par Germer-Baillière auprès de Robert pour contribuer à une thèse de concours, il avait reçu de lui 700 francs qui lui permirent d'attendre sa nomination à l'École pratique sans être talonné par la faim. Comme il a su les rendre avec usure! On n'imagine pas le nombre de secrétaires, de bibliothécaires, de traducteurs, d'aides de toute sorte qui soudain lui devenaient nécessaires lorsqu'il dépistait une infortune. J'ai reçu bien des confidences d'obligés dont le cœur débordant cherchait à épancher leur gratitude. Je sais un étudiant d'intelligence rare et de grande originalité que Verneuil prit comme secrétaire pour lui permettre de préparer ses concours. Maître et élève se brouillent et, malgré son bon cœur, l'élève était seul coupable du malentendu. Il meurt dans l'indigence : Verneuil fut le premier à secourir sa veuve.

Vers cette époque, le discours lu au Congrès de Grenoble est comme un autre éloge de Robert par la clameur qu'il soulève. Verneuil s'attaque avec une ardeur juvénile aux médecins dont l'âpreté au gain, les pratiques louches déshonorent notre art; puis, il s'élève contre les impatients, les téméraires, les chercheurs de bruit et d'aventure qui pratiquent de folles opérations au hasard du couteau, sans examen, sans diagnostic, sans mettre en parallèle de leurs décevantes espérances le danger de mort qu'ils font courir à leur malade. Sur le premier point, on se tut car on ne pouvait défendre, si tant est qu'il en existe parmi nous, ces hommes de proie dont l'entrée dans une maison, nous dit Léon Le Fort, équivaut pour la famille à un grave revers de fortune. On se dédommagea sur le second point, on accusa Verneuil de passer à la réaction. Nous ne partageons pas cet avis : il était bon de s'élever contre des exagérations dangereuses. Mais, cette réserve faite, il ne nous déplaît pas, à nous qui, par tempérament, et par instinct autant que par éducation et par volonté réfléchie, avons pris résolument notre place parmi les conservateurs militants, de plaider ici la cause des initiateurs. Nous ne les envions pas; notre âme timide ne pourrait supporter l'angoisse de l'entreprise et le remords des premiers désastres. Mais nous profitons de leurs expériences, leurs interventions, meurtrières hier, sont aujourd'hui nos plus radieuses conquêtes, et je dis que, sans la race hardie des téméraires, la science marcherait d'un pas bien trop lent. Toutefois, la sécurité publique exige que leur vocation soit invincible, leur nombre restreint et qu'ils se sentent en paix avec leur conscience.

A ce moment, la vie de Verneuil semblait heureuse et son existence magnifique : la belle famille de ses élèves grandissait autour de lui et portait partout le clair renom de sa science et de sa loyauté; sa clientèle était superbe, sa mère et sa sœur vivaient dans l'abondance. Il fut nommé chevalier, officier, commandeur de la Légion d'honneur, président de l'Association française pour l'avancement des sciences, président du Congrès de chirurgie; l'Académie de médecine voulut le mettre à sa tête, mais tant de présidences lui parurent abusives et il se récusa. En 1887, à la mort de Gosselin, l'Institut lui ouvrit ses portes. Dans sa jeunesse militante, il avait quelque peu médit de cette haute assemblée; il trouvait que, pour y entrer, beaucoup et des plus grands avaient un peu trop baissé la tête, mais lorsqu'il y arriva sans brigue et par un vote presque unanime, il nous dit, au souvenir de ses anciennes railleries, l'orgueil légitime qu'il éprouvait d'entrer dans ce cénacle illustré par les meilleurs de nos savants.

Il avait donc atteint les sommets; mais comme au temps de sa jeunesse, il paya la rançon de sa gloire! Il dissimulait une plaie non moins douloureuse. Pendant sa vie d'étudiant, il avait lié son existence à celle d'une femme dont l'éducation n'égalait pas l'intelligence. Il comptait l'épouser; sa mère, dont les moindres désirs étaient des ordres, s'opposait au mariage et, sa vie durant, maintint son inflexible volonté. Elle obtint le départ de la jeune fille pour l'Amérique. L'absence fut courte; au retour, les liens rompus se renouèrent, mais Verneuil ne put se marier que vers 1880, plus de trente ans après la première rencontre. Sa mère venait de mourir; cette disparition lui fut un coup terrible; à sa douleur poignante, au vide qui se fit dans son âme, il sentit qu'à tout âge on peut être orphelin.

A soixante-dix ans, Verneuil donna sa démission de professeur, en pleine possession de son autorité. Il voulait, disait-il, descendre et non tomber de sa chaire. Il nous fit ses adieux dans le grand amphithéâtre de la Faculté : à son entrée, ses collègues, ses anciens élèves, les étudiants en foule se levèrent d'un élan spontané, et l'accueillirent d'une longue acclamation. Il nous résuma ses travaux, nous dit sa carrière, sa joie d'enseigner, son amour ardent et inquiet pour la science et pour la patrie. Il nous demanda pour la France des gloires indiscutées, et ses yeux rayonnaient aux noms de Claude Bernard et de Pasteur. Comme ce dernier, il professait que la science n'a pas de patrie, mais que le savant doit en avoir une, et depuis la guerre funeste, il aimait la sienne d'une passion qu'il avait peine à contenir. Lorsqu'il parlait tuberculose, un de ses sujets favoris, il ne

se consolait de la nationalité de Koch qu'en rappelant celle de son précurseur Villemin.

Sa santé, jusque-là intacte, allait subir une grave atteinte. Ses élèves lui connaissaient une toux bizarre qui éclatait soudain et dont les longues quintes suspendaient sa leçon; vous la connaissiez aussi, et c'était un bruit étrange, risible et pénible à la fois, quand, ici, à nos séances, répondait à la toux grave de Trélat la toux aiguë de Verneuil. L'accès n'était conjuré que par des inhalations d'éther : le maître en prit l'habitude. Le danger devint pressant; ses amis eurent peur. Un mois durant, je crus l'avoir guéri dans notre hameau d'Orion perdu sur la crête d'un haut coteau du Béarn : l'air pur, la vie libre, les grands espaces, nos gaves bruyants et clairs, leurs eaux d'émeraude, et cette lumière indéfinissable, baignant limpidement les montagnes bleues de notre horizon d'Espagne, toute cette paisible et rayonnante nature semblait lui avoir fait oublier l'impérieuse tyrannie. Il courait les bois où jadis chassa Gaston Phébus; et comme un enfant en école buissonnière, il jetait des pierres aux branches des pommiers, gaulait les noyers, pillait les pieds de vigne et revenait le soir, heureux de sa maraude qu'il portait fièrement dans un mouchoir noué. Il était guéri, certainement guéri... Or, pendant cette période, pour arrêter ses quintes nocturnes, et pour dormir enfin, il respira, nous apprit le pharmacien de la ville voisine, 25 litres d'éther en vingt-quatre jours!

Dès ce moment, sa force s'épuise; il ne mange plus, il vit de quelques cuillerées de laitage; il abandonne sa clientèle et ne fait plus qu'une apparition à cette tribune, une seule, pour y lire un travail sur le traitement des polypes nasopharyngiens; il assiste à la première clinique du professeur Berger, l'un de ses amis les plus chers; le même jour, il vint dans mon service et il adressa une allocution touchante à mes élèves, qu'il appela « ses élèves au second degré ». Telles furent les dernières heures consacrées par lui à notre monde médical que, pendant cinquante ans, il avait rempli de sa féconde activité. Retiré à Maisons-Laffitte, avec sa femme mourante, il recevait les visites de trois ou quatre de ses élèves, hélas! sa seule famille, et de quelques amis fidèles de la Faculté. Trois jours avant sa mort, et comme il attendait quelques-uns d'entre nous, il fit apporter dans sa chambre ses fleurs préférées : « Je ne puis vous les montrer moi-même dans mon jardin, et je veux que nous en jouissions ensemble. » Il s'éteignit le 11 juin 1895; il avait soixante et onze ans et fut le seul des « triumvirs » qui eût fourni toute sa carrière.

Messieurs, lorsque j'ai commencé pour vous cet éloge du professeur Verneuil, je savais le maître éminent qu'il fut et son rôle dans notre science contemporaine; je connaissais aussi son infinie bonté et les rares qualités de son cœur, mais j'ignorais à peu près son origine et sa vie intime. A mesure que j'assemblais les renseignements, recueillant les témoignages et lisant les correspondances, ma vénération a grandi encore, et j'ai voulu vous montrer, sans réticence et sans fausse pudeur, dans quelle condition douloureuse se fit sa croissance intellectuelle. Privé de son père dès le berceau, abandonné à des mains mercenaires, ballotté, sans guide, des ignorances de la campagne aux exemples dangereux de la ville, de la sottise d'un instituteur à l'ivrognerie d'un précepteur, sans instruction solide, sans culture, presque sans éducation, Verneuil, au seul contact de deux esprits d'élite, a puisé, dans des réserves inconnues, la force de se discipliner et d'apprendre; il s'est fait grand chirurgien à travers des catastrophes qui eussent brisé les énergies les mieux trempées; il a su accomplir ce prodige sans y perdre sa dignité et sans y prendre orgueil démesuré, amertume ou dégoût; enfin, et par surcroît, il a trouvé le temps d'être bon, plein de pitié, ouvert à toutes les compassions. Les pessimistes ont tort : une humanité n'est pas méprisable qui nous fournit de tels exemples.

PRIX

Le prix Laborie (1000 francs) a été décerné à M. Lenoir. — Un encouragement de 200 francs a été accordé à M. Jayle, interne des hôpitaux.

La séance est levée.

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES CONTUSIONS DE L'ABDOMEN (1)

Par le docteur Demons,
Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Depuis deux ans, j'ai étudié soigneusement, dans mon service, les cas de contusion de l'abdomen et j'ai pris connaissance des faits qui se sont présentés dans la clinique de mon collègue le professeur M. Lanelongue. Ils sont au nombre de 15. J'ai été induit, en les rapprochant de ceux déjà connus, à des conclusions plus précises que celles que j'avais précédemment adoptées.

Pour simplifier le problème, il importe, à mon avis, de mettre de côté, dans cette étude, les lésions de la vessie et des reins. Elles se traduisent d'ordinaire par des symptômes nets et de bonne heure appréciables, elles commandent une thérapeutique d'une détermination relativement facile.

En présence d'une contusion de l'abdomen, la question capitale à trancher est celle-ci : Y a-t-il lésion d'un organe splanchnique?

Les commémoratifs sont d'une très grande utilité. Plus la contusion est violente, plus grandes sont les chances de lésion vésicale. La chose est évidente. Mais j'insiste sur un autre point. Les contusions, en apparence modérées, sont dangereuses, si elles sont produites sur un espace relativement limité, par des corps de dimensions étroites. Ainsi, une chute d'un lieu peu élevé, sur le rebord d'un bateau, sur un outil, sur une branche d'arbre, est plus grave qu'une chute de plus haut à plat ventre, sur un sol uni. Elle doit être considérée comme une contusion violente. Contrairement à l'opinion d'un certain nombre de chirurgiens de la plus grande valeur, je crois que, d'une manière générale, il vaut mieux être pessimiste. Il faut qu'il soit absolument démontré que la contusion a été légère pour ne pas admettre qu'elle a été violente. S'il y a doute, et le doute est assez fréquent, il est sage d'admettre que la contusion a été forte. Or, qui dit : contusion violente, dit en même temps probabilité de lésion vésicale. Et, qui dit probabilité doit dire en bonne pratique : certitude.

Au point de vue symptomatologique nos observations ont confirmé deux faits bien connus, mais qu'on ne saurait trop mettre en relief. Premièrement des lésions viscérales graves, au lieu de se manifester par de gros phénomènes révélateurs tels que : hématémèses, selles sanglantes, douleurs vives, ballonnement, schock marqué, peuvent fort bien, pendant les premières heures et même pendant de longs jours ne posséder qu'une séméiologie atténuée et presque fruste. Les blessés se relèvent, marchent, rentrent chez eux, reprennent leurs occupations. Secondement, l'apparition des symptômes initiaux alarmants peut être suivie, plus ou moins

---

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1210.

vite, d'une accalmie trompeuse qui dure plus ou moins longtemps, pour faire place, à son tour, à l'explosion d'accidents rapidement graves.

Au point de vue des indications thérapeutiques, je propose la classification suivante. Elle tient compte de ce fait important que le blessé est soumis à l'observation du chirurgien à des époques plus ou moins éloignées du moment de l'accident.

Contusion légère.			
Contusion douteuse (légère ou violente) . .			avec péritonite consécutive.
Contusion violente	sans schock.		
	avec schock modéré	persistant . . .	
		suivi d'accalmie	
	avec schock considérable	persistant . . .	
		suivi d'accalmie	

La contusion légère, manifestement légère, n'exige qu'un traitement simple.

La contusion douteuse, légère ou violente, doit être traitée comme la suivante.

La contusion violente, sans schock, est justiciable de la laparotomie précoce. Il est vrai qu'un bon nombre de contusions de cette catégorie guérissent par l'abstension ou par le repos, l'opium, la diète. Il est également certain que l'on s'expose, le ventre ouvert, à ne trouver aucune lésion. Mais la laparotomie n'offre, dans ce cas, que peu de dangers. C'est la laparotomie exploratrice avec ses avantages incontestables et son innocuité bien connue. Que de morts, un optimisme intempestif n'eût-il pas sauvés!

La contusion violente avec schock modéré, persistant, comportant presque toujours une lésion vésicale grave, commande plus impérieusement encore la laparotomie faite de bonne heure. Il convient de ne pas attendre une accalmie qui, peut-être, ne viendra pas. S'il faut en croire une statistique assez récente (Gachon, Th. Paris 1895) dans les cas de laparotomie pris en bloc, la mortalité est de 58 p. 100; elle est de 75 p. 100 pour celles qui sont faites après les vingt heures qui suivent l'accident, et de 20 p. 100 seulement pour celles qui sont pratiquées avant cette époque.

Si le malade est observé pendant une accalmie, il est prudent de ne pas considérer cette atténuation des symptômes généraux ou locaux comme un acheminement naturel vers la guérison. Là encore la section abdominale est préférable à l'abstention.

La contusion violente avec schock considérable, persistant, implique des lésions très graves, souvent multiples : hémorragies abondantes, déchirures du foie, de l'intestin, et la laparotomie constitue véritablement la seule chance de salut. Mais elle donne un très petit nombre de succès. Elle constitue par elle-même un traumatisme sérieux, demande souvent beaucoup de temps, de longues recherches, une anesthésie dangereuse par sa durée, c'est un ennemi de plus qui terrasse l'organisme défaillant. La plupart des blessés, s'ils ne succombent pas pendant l'opération, meurent souvent au bout de peu de temps. Il vaut mieux temporiser en espérant une accalmie. Si le schock redouté s'atténue en effet, si une embellie survient, vite il faut en profiter pour agir. Le malade est capable alors de supporter une opération faite ainsi, dix, douze, quinze heures après l'accident, à la condition qu'elle soit pratiquée habilement et rapidement.

Dans le cas où la péritonite se déclare après les contusions de l'abdomen, cette complication peut encore recevoir le secours de la laparotomie. Mais l'intervention chirurgicale s'ouvre alors dans des conditions très fâcheuses. Que de chirurgiens, déroutés par des événements imprévus, ont regretté, à ce moment-là, de ne pas l'avoir faite plus tôt!

THÉRAPEUTIQUE

Eau oxygénée dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

M. le professeur Pinard a déjà employé avec succès les inhalations d'oxygène contre les vomissements de la grossesse.

Le docteur Briend, dans sa thèse, attire l'attention sur les excellents effets de l'eau oxygénée qu'il a vu employer par M. le docteur Gallois chez cinq malades qui se sont présentées à la consultation de la Charité.

Mode d'emploi : Faire boire aux repas de l'eau vineuse contenant par litre de une à trois cuillerées à café de la solution d'eau oxygénée à 10 volumes.

Les effets sont rapides, mais il faut prolonger la médication pendant quelque temps, sous peine d'assister à des retours offensifs. (*Semaine médicale.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'enfance (1), publié sous la direction de MM. Grancher, Comby et Marfan.

« Ce n'est pas seulement l'utilité, c'est la nécessité d'un « Traité des maladies de l'enfance » qui s'est imposée à mes collaborateurs et à moi. Si la littérature française compte de bons manuels et d'excellents livres consacrés à la pathologie infantile, les uns sont trop courts et les autres ont déjà vieilli; car ces dix dernières années ont tout transformé dans les chapitres si vivants et si importants de l'étiologie, de la contagion et de la prophylaxie des maladies transmissibles. L'étude de l'hérédité, quoique encore bien incertaine et bien ardue, a donné, surtout en matière de syphilis et d'alcoolisme, des résultats précieux. De même, la thérapeutique des maladies des enfants s'est enrichie de tous les progrès réalisés en pathologie de l'adulte, et elle s'est appliqué la première cette magnifique découverte de la sérothérapie antidiphtérique.

Ainsi, des modifications radicales ici, là partielles, des horizons nouveaux ouverts dans une direction nouvelle exigent que nos cadres de pathologie, toujours mouvants, soient remis au moule. Certes le moule n'est pas définitif, mais le moment semble bien choisi, pour écrire un traité ayant quelque chance de ne pas vieillir trop vite. »

Ainsi s'exprime le professeur Grancher dans la préface de cette œuvre collective dont il partage la direction avec deux médecins plus jeunes, mais qui jouissent déjà d'une notoriété légitime en fait de maladies infantiles. On ne saurait exposer plus nettement ce qui a poussé à entreprendre cette opportune publication.

L'ouvrage sera complet en 5 volumes in-8°. Il comprendra la pathologie externe aussi bien que la pathologie interne.

La liste des collaborateurs est très longue; elle comprend un certain nombre de médecins étrangers et la plupart de ceux des jeunes médecins français (agrégés, médecins des hôpitaux, anciens internes) qui se sont particulièrement adonnés à l'étude de la pathologie infantile. La division de la besogne permettra une publication plus rapide.

(1) In-8°, t. I. Prix : 18 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le premier volume est fait pour donner une excellente idée de ce que sera l'ouvrage tout entier. Après une très intéressante préface de M. Grancher, dont nous avons plus haut reproduit le début, il comprend trois chapitres : le premier, signé par M. Comby, est consacré à la physiologie et à l'hygiène de l'enfance; le second, rédigé par M. Marfan, a pour titre : Considérations thérapeutiques sur les maladies de l'enfance; table de posologie infantile.

Le troisième chapitre est consacré aux maladies infectieuses : parmi les noms des auteurs, nous relevons ceux de MM. Moizard, Comby, Marfan, Aviragnet, Boulloche. MM. Sevestre, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, et Louis Martin, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, se sont chargés de l'article diphtérie, pour lequel ils avaient une compétence toute spéciale.

Est-il besoin, après avoir cité les auteurs, de faire l'éloge des articles qui leur sont dus? Nous ne le pensons pas. Le « Traité des maladies de l'enfance » nous paraît appelé à un succès considérable. A. MATHIEU.

Traité élémentaire de clinique thérapeutique (1), par le docteur Gaston Lyon.

Nous avions prévu le succès du « Traité de clinique thérapeutique » publié par le docteur G. Lyon, ancien chef de clinique médicale de la Faculté; nous sommes heureux d'y applaudir en signalant la deuxième édition. L'ouvrage a été revu, corrigé et augmenté. Nous sommes convaincu que cette seconde édition retrouvera près des étudiants et des médecins le bon accueil qu'a rencontré la première. Ce n'est pas un mince mérite que de faire une œuvre de compilation et de critique de ce genre et de dresser un tableau satisfaisant des pratiques thérapeutiques les plus suivies à une époque donnée. Certains chapitres peuvent ne pas pleinement satisfaire tel ou tel des maîtres de la médecine ou même des simples praticiens, l'ensemble n'en reste pas moins très recommandable.

Cours de minéralogie biologique (2), par J. Gaube (du Gers).

Ce livre est le résumé des leçons du premier cours de minéralogie biologique, professé à l'École pratique de la Faculté de médecine, par M. J. Gaube. La minéralogie biologique est une science nouvelle; elle s'occupe des minéraux qui entrent dans la constitution des plantes, des animaux et de l'homme; elle s'occupe de leur origine, de toutes leurs combinaisons biologiques, de leurs rapports avec la matière pratique, avec la matière azotée.

M. Gaube, comme Liebig, admet que pour les animaux et pour l'homme le minéral est, comme pour les végétaux, le premier des aliments. La matière azotée est tributaire de la matière minérale, dit M. Gaube, et il est impossible de concevoir la matière azotée ni à son origine, ni dans ses développements successifs sans matière minérale.

Ce volume contient douze leçons consacrées aux éléments minéraux, que l'auteur appelle biodynamiques, par opposition aux métaux abiodynamiques, incompatibles avec la vie telle que nous la connaissons. Les leçons sont aussi attrayantes par la forme que par le fond.

La première leçon, fort suggestive, est consacrée à l'étude de la matière minérale dans ses rapports avec la vie. La deuxième leçon est remarquable par le rôle que l'auteur fait jouer au chlorure de potassium dans les phénomènes de la vie; dans la quatrième leçon est exposée l'action des sels de calcium, toute différente de l'action qu'on leur attribuait jusqu'ici. La sixième et la septième leçon sont consacrées au magnésium.

Le cours de minéralogie biologique est un livre nouveau dans toute l'acception du mot; l'étudiant, le savant et le philosophe peuvent y trouver chacun une part d'intérêt.

(1) In-8°, 2e édit. Prix : 15 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Technique médicale des rayons X (1), par Abel Buguet, professeur de physique biologique à l'École de médecine de Rouen.

Une année a suffi pour faire passer dans la pratique l'extraordinaire méthode de diagnostic qui consiste à fouiller, à l'aide des rayons X, jusqu'au plus profond du corps. Demain, tous les médecins seront tenus de recourir à ce puissant moyen d'investigation. On s'explique aisément que, dès aujourd'hui, tous les praticiens se mettent en quête des renseignements nécessaires pour en tirer parti. La besogne leur sera facile avec un guide comme celui-ci, écrit par un homme du métier, rompu aux difficultés de la technique par une pratique de tous les jours.

Le praticien trouvera dans ce « Manuel » tout ce qu'il doit savoir de technique électrique, les indications les plus précises sur l'achat, l'installation et la conduite du matériel destiné à engendrer les courants, à produire et employer les rayons X.

Un chapitre est consacré à l'exposé de la méthode radioscopique, qui permet de voir directement les corps étrangers, les affections osseuses et jusqu'aux évolutions même des viscères, que l'on surveille dans leurs mouvements normaux ou pathologiques.

Le chapitre de la radiographie enseignera le nécessaire aux médecins qui sont étrangers à la pratique photographique.

Le praticien sera surpris de la facilité avec laquelle il peut s'armer de cet œil de lynx, qui assurera les diagnostics les plus délicats, suivra les effets d'une thérapeutique hésitante et donnera au pronostic une certitude inespérée, pour le plus grand bien du malade comme du médecin.

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Colin, revenant sur la peste, fait observer que sa pénétration dans la mer Rouge est un fait qui mérite d'être signalé, car jusqu'ici elle n'avait jamais dépassé la basse Égypte. Il ajoute que les températures élevées semblent lui être défavorables; or, pour gagner la mer Rouge, les navires qui l'ont importée ont dû traverser des pays chauds, ce qui semblerait indiquer une virulence exagérée de l'épidémie actuelle. En tous cas, ajoute avec raison M. Collin, il ne faut pas seulement s'appliquer à protéger l'Europe et la France, il faut aussi protéger les colonies.

La séance a été presque entièrement consacrée à des rapports. M. Hayem en a présenté deux, l'un sur un travail de M. Barié, l'autre sur un travail de M. Laval : M. Barié a étudié les effets combinés de la saignée et de la transfusion séreuse, au point de vue de la désintoxication du sang. Il aurait obtenu de bons résultats de l'emploi combiné de ces deux moyens dans des cas graves de maladies infectieuses. Sans partager entièrement l'opinion émise par M. Barié, et en attendant de nouveaux faits, M. le rapporteur appelle toute l'attention de l'Académie sur l'intérêt de ces observations.

Dans son second rapport, M. Hayem analyse un travail de M. Laval sur l'urobilinurie consécutive à des traumatismes du foie. M. Laval considère la présence de l'urobiline dans l'urine comme un signe caractéristique de lésion hépatique. Il établit même une relation constante entre l'abondance de cette urobilinurie et l'étendue de la lésion hépatique.

M. Laborde a rendu compte d'expériences encourageantes de M. Dubois sur le traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de mercure. Nous souhaitons, sans oser l'espérer, que les conclusions de notre confrère se confirment.

Signalons encore deux rapports, l'un de M. Hallopeau sur les manifestations oculaires de la lèpre, l'autre de M. Polaillon sur le tétanos à Madagascar.

Après cette série de rapports dont les conclusions, comme c'est maintenant l'habitude à l'Académie, n'ont donné lieu à aucune discussion, la parole a été donnée à M. Kirmisson pour la présentation d'un cas intéressant de tumeur kystique bénigne testiculaire chez un enfant de un an. M. Kirmisson a profité de sa présence à la tribune pour montrer la radiographie d'un sou dans l'œsophage d'un enfant. Après la constatation du siège exact de ce corps étranger, M. Kirmisson a fait l'œsophagotomie et a pu facilement l'extraire.

La séance s'est terminée par une lecture de M. Clozier (de Beauvais) sur un cas d'éclampsie chez un enfant de sept mois. Se basant sur ce fait que les crises d'éclampsie, chez cet enfant, étaient arrêtées par la compression de la zone hystéroclasique cardiaque, M. Clozier en conclut que l'éclampsie et l'hystérie sont deux modes différents d'un même état pathologique.

Au début de la séance, M. Planchon a demandé à l'Académie de vouloir bien appuyer une proposition faite au Conseil municipal de donner le nom de Pelletier et Caventou à une rue de Paris et de placer une plaque commémorative sur la maison où MM. Caventou et Pelletier ont découvert la quinine. Bien que, par un sentiment que l'on comprendra, M. le président n'ait pas insisté personnellement auprès de ses collègues, la proposition présentée par M. Planchon s'est couverte de signatures.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Landouzy sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale. Le classement est ainsi arrêté : en première ligne, M. Fernet; en deuxième ligne, M. Rendu; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Troisier et Joffroy; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Marie et Chauffard.

Le docteur Ernest Desnos, président des sociétés médicales d'arrondissement, a prononcé, à la séance plénière du conseil général de ces sociétés, un discours fort remarqué, dont nous extrayons les passages suivants :

« Aujourd'hui, s'introduit de plus en plus, dans les mœurs médicales, l'habitude de mettre le grand public au courant de nos faits et gestes par l'intermédiaire de la presse politique. Je ne parle pas des prétendus articles de médecine; chaque lecteur, instruit par la chronique médicale de son journal, connaît bientôt toutes les maladies, tous les traitements, discute, ergote, et surtout conclut avec l'assurance la plus absolue. S'il se bornait à ce ridicule, le mal ne serait pas grand; mais, malheureusement, les questions professionnelles sont également abordées et les personna-

lités prises à parti. Il n'est si petit événement qui ne soit commenté par la presse, présenté sous le jour le plus favorable à l'esprit et à la ligne politique de tel ou tel journal; les interviews se multiplient et un différend qui se serait aisément arrangé prend de grandes proportions et reçoit parfois les honneurs d'une interpellation.

Je n'ai pas à rechercher si une publicité de ce genre est, en théorie, un bien ou un mal; pour nous qui n'avons rien à dissimuler, nous aimerions à exposer au grand jour les questions que nous soulevons; mais le but qu'on vise en publiant ces faits est de gagner l'opinion. Or, le public n'a ni le temps, ni le souci de s'en occuper longuement. Dans toutes nos discussions, les gens du monde ne retiennent que l'énoncé, que le titre; c'est pour eux une affaire entre tel docteur et telle administration; et souvent en voyant se reproduire ici une contestation entre médecins, là une polémique entre chirurgiens, ailleurs un conflit avec une administration, voire même une grève, puisque le mot a été imprimé, ils finissent par se faire de nous une opinion absolument fausse. Dénaturant les choses, ils voient un refus de service alors qu'il s'agit d'une demande de juste rétribution, et un acte d'inhumanité dans la plus légitime des réclamations. Certaines personnes, dans un but intéressé d'ailleurs, affectent de considérer les médecins comme d'éternels mécontents pour dénier ensuite toute valeur à leurs réclamations. Aussi croyons-nous que c'est mal servir la cause que nous défendons que de la livrer au jugement de personnes qui ne peuvent, même avec les meilleures intentions, avoir des éléments suffisants d'appréciation.

Excusez-moi si mes paroles viennent heurter le sentiment de quelques-uns d'entre vous; les remarques que je fais s'adressent d'ailleurs plus au public qu'aux médecins. Pour nous, contentons-nous de la presse médicale qui nous est largement ouverte; nous y comptons des amis dévoués et ils nous offrent une tribune dont le retentissement nous suffit : c'est entre nous que nos discussions doivent se passer. Tel est du moins l'esprit qui jusqu'à présent a animé dans tous ses actes l'assemblée que j'ai l'honneur de présider. Ferme dans ses projets, confiant dans la valeur morale que lui donnent ses origines et sa composition même, le conseil général s'efforcera toujours de soutenir les droits et les revendications du corps médical, et, tout en prenant ardemment la défense de ses intérêts, il n'oubliera jamais qu'il doit avant tout se montrer soucieux de la dignité professionnelle. »

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. R. MOUTARD-MARTIN.

Ectopie cardiaque pathologique consécutive à une pleurésie tuberculeuse (1).

Le malade que je vous présente en ce moment offre de nombreuses ressemblances, et même certains points de similitude avec le malade que notre collègue M. Fernet vous a présenté dans la séance du 10 décembre 1896.

Avant de relater sommairement son histoire et de vous résumer les détails que révèlent chez lui l'examen plessimétrique et l'auscultation, je dois signaler l'intérêt qu'a présenté, dans ce cas, l'examen radioscopique. Cet homme me fut présenté comme atteint d'anévrysme de l'aorte; je remis au lendemain son interrogatoire et l'analyse de son état pathologique. Profitant de ce que M. le professeur Bouchard faisait ce jour-là des recherches radioscopiques, je le lui conduisis et nous pûmes constater le fait suivant. Le malade étant placé entre la source des rayons X et l'écran qui reçoit l'image radioscopique, nous avons pu voir, alors qu'il nous tournait le dos, que toute l'étendue de la partie latérale gauche du thorax était transparente; autrement dit, là où normalement se trouve placée l'ombre qui révèle la présence du cœur, il n'y avait aucune ombre projetée; au contraire, à droite et dans une région élevée, on constatait, de la deuxième à la cinquième côte environ, une ombre très marquée, allongée, arrondie, de 6 à 7 centimètres de largeur, séparée de la colonne vertébrale par une zone claire verticale, sur la nature de laquelle je ne suis pas encore nettement fixé.

Dès lors, il devenait fort probable que nous étions en présence d'une ectopie cardiaque, puisque l'ombre normale du cœur à sa place normale ne se produisait pas. Restait à déterminer, par l'examen complet du malade, si le cœur ectopié était sain ou pathologique, s'il y avait, à la base de ce cœur, quelque chose qui justifiât le diagnostic d'anévrysme de l'aorte, qui avait été récemment porté dans un service voisin, si cette ectopie était congénitale ou acquise; dans ce cas, quelles causes avaient pu présider à son développement.

Ces différentes questions ont pu être résolues, et je crois pouvoir aujourd'hui vous présenter cet homme comme atteint d'*ectopie cardiaque pathologique consécutive à une pleurésie droite tuberculeuse*. Ce simple énoncé montre combien ce malade se rapproche de celui de M. Fernet, sauf pour la nature de la pleurésie.

Cette conclusion repose sur l'histoire du malade et sur l'analyse des symptômes physiques qu'il présente.

Voici son observation, aussi résumée que possible, au point de vue de l'évolution morbide.

Observation. — D... (Albert), vingt-trois ans, serrurier, est entré dans mon service à l'hôpital de la Charité, le 14 décembre 1896, salle Louis, n° 23. Il nous donne les renseignements suivants :

En décembre 1890, à la suite d'un travail pénible, alors qu'il était en pleine santé, notre malade a eu dans la journée plusieurs frissons et un point de côté à droite, au niveau du mamelon; il a ressenti de la fièvre, de la perte d'appétit, mais il n'a pas interrompu son travail, il n'est pas entré à l'hôpital.

En 1891 (21 mai), il présente une première hémoptysie non accompagnée de toux. Il va à la consultation de Necker d'où, faute de place, notre collègue Rendu le renvoie au Bureau central, qui le dirige sur l'hôpital Cochin. Il y séjourne trois mois, et pendant les douze premiers jours, aurait eu plusieurs fois par jour des hémoptysies. Le diagnostic est alors tuberculose pulmonaire; et un traitement créosoté est institué.

Plus tard, il entre dans le service de M. Desnos, y séjourne quatre mois et quitte les salles pour retourner chez lui. Il est pris, en ville, d'un point de côté à la base du thorax, à droite, et on lui conseille l'application d'un vésicatoire.

En 1891 (décembre), il entre à Saint-Antoine, chez notre collègue Tapret. Il est soumis là à la suralimentation pendant six mois. A ce moment, il toussait beaucoup et se plaignait de violentes douleurs thoraciques à droite.

En 1892 (5 octobre), après avoir repris son travail pendant quelque temps, il revient dans le service de M. Tapret. A ce moment se place un long séjour à l'hôpital Saint-Antoine, où le malade est employé au laboratoire, tantôt chez M. Tapret, tantôt chez M. Hanot. On constate alors, et il constate lui-même (on l'avait initié à ces recherches) la présence des bacilles dans ses crachats. Pendant ce long séjour, le traitement fut : suralimentation et créosote. Il signale deux hémoptysies.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

En 1894 (mai), il quitte l'hôpital Saint-Antoine, est réformé au conseil de revision, et entre à l'hôpital Broussais (service de notre collègue Barth).

En 1895, il est encore, au mois d'avril, chez M. Barth. Une otite moyenne suppurée se déclare pour laquelle le docteur Chatellier lui fit la trépanation de l'apophyse mastoïde. Presque en même temps se manifesta une sinusite maxillaire consécutive à l'ablation de la première grosse molaire gauche. Il rentrait à Broussais dans le même service, douze jours après l'opération, et y présenta, pendant deux jours de suite, une abondante hémoptysie. A cette époque, il éprouva des battements dans le côté droit, les signala à l'interne sans en parler à M. Barth. On ne paraît pas y avoir attaché d'importance à ce moment. Il quitte Broussais en 1895.

En 1896 (juillet), il est reçu dans le service de M. Bouchard, alors suppléé, et son remplaçant diagnostique une ectopie cardiaque.

En octobre 1896, il revient à la Charité, est placé dans le service de notre regretté collègue Constantin Paul, alors remplacé par un médecin du Bureau central. Là, on diagnostique un anévrysme de l'aorte.

Il retourne voir M. Barth, après un court séjour à la Charité. Celui-ci aurait constaté à ce moment une ectopie cardiaque.

C'est alors qu'il entre, en décembre, dans ma salle, et je recueille sur ses antécédents pathologiques personnels ou héréditaires les renseignements suivants :

Son père serait mort d'une tumeur du médiastin (?), sept ans après avoir reçu un coup de couteau dans la région costale gauche, au voisinage de la pointe du cœur. Sa mère est bien portante, deux frères également. Une sœur est morte à trois ans, de méningite.

Personnellement, sauf une scarlatine à l'âge de trois ans, on ne relève chez lui aucune maladie antérieure à 1890. Pas de syphilis.

Depuis longtemps, il ressent des douleurs au côté droit du thorax et à la région mamelonnaire ; il éprouve une sensation de constriction dans la région sous-claviculaire droite. La douleur irradie légèrement dans le bras droit, dans la nuque et au niveau des insertions diaphragmatiques. La percussion et la pression, la toux, l'éternuement, le bâillement en augmentent l'intensité. Le malade est amaigri, décoloré ; il tousse un peu, mais ne crache pour ainsi dire pas.

L'inspection donne les renseignements suivants : en avant, le thorax est aplati à droite, affaissé surtout dans sa partie supérieure au niveau des trois premiers espaces intercostaux sur la partie latérale. Au niveau du deuxième espace intercostal droit, on voit un double soulèvement qui paraît isochrone aux battements du cœur. Les troisième et quatrième côtes font une saillie légère par rapport à la région située au-dessus d'elles, qui est aplatie. La palpation permet d'analyser cette double pulsation et de constater que le deuxième battement s'accompagne d'un thrill. Cette même pulsation, mais sans thrill et plus faible, peut encore être perçue dans le troisième espace intercostal. A gauche, au siège normal des battements de la pointe du cœur, la palpation ne révèle aucun battement.

En arrière, on constate à droite une saillie un peu exagérée de l'angle postérieur des côtes et de l'omoplate. Dans l'intervalle des reliefs, il semble y avoir un certain degré d'affaissement. Rien de notable à gauche. D'aucun côté, les vibrations thoraciques ne paraissent sensiblement modifiées.

La percussion permet de constater que, en avant et à droite, il existe une matité complète, depuis la clavicule jusqu'au bord des fausses côtés. Malgré la percussion la plus minutieuse, il est impossible de distinguer une différence entre la matité sous-claviculaire et la matité hépatique. La sonorité normale se retrouve au-dessous des fausses côtes. A gauche, la sonorité est normale ; mais la matité précordiale normale ne se rencontre pas ; on ne trouve ni disparition de l'espace de Traube, ni matité à ce niveau, qui pourrait faire penser que le foie est situé à gauche.

En arrière et à droite, la matité est d'autant plus marquée, que l'on atteint la région de l'épine de l'omoplate, où elle présente son maximum. La région sus-épineuse est mate. En arrière et à gauche, la sonorité ne paraît pas altérée.

L'auscultation des poumons indique : à droite, en arrière et dans toute la hauteur, une respiration très affaiblie, surtout à la base, soufflante au niveau de l'épine de l'omoplate, presque caverneuse, avec retentissement de la voix à ce niveau et pectoriloquie aphone (?). Du même côté, en avant, une respiration également très affaiblie. A gauche, en avant comme en arrière, la respiration paraît normale ; notamment, on ne constate, au sommet de ce côté, rien de particulier.

La toux ne provoque en aucun point l'apparition, soit à droite, soit à gauche, de râles qui donneraient à penser à l'existence actuelle d'une caverne, notamment au point où en arrière et à droite se révèle la respiration si rude que j'ai signalée plus haut.

L'auscultation du cœur, que la matité générale du côté droit ne permet pas de délimiter, ne donne au siège normal de la pointe du cœur, à gauche, qu'une transmission lointaine et affaiblie des deux bruits du cœur. A droite, au contraire, exactement au niveau du deuxième espace intercostal, à 2 centimètres environ du sternum, là où existe le double soulèvement, on perçoit le premier bruit, un souffle rude et le second bruit ; le souffle rude se modifie par la suspension respiratoire et disparaît. Le souffle et le second bruit se propagent vers les vaisseaux du cou, la clavicule droite et un peu la gauche, en somme dans toute la partie supérieure ; ni retard appréciable, ni inégalité des deux pouls radiaux. Il est impossible de déterminer nettement les foyers d'auscultation des orifices tricuspidien et pulmonaire et même celui de la pointe.

Tels sont, en résumé, les détails fournis par l'examen de notre malade.

Comment les interpréter ?

Tout d'abord nous constatons par la percussion, la palpation, l'auscultation et même la radioscopie, que le cœur n'occupe pas sa situation normale.

Par la palpation, nous percevons à droite du sternum des battements qui n'existent pas à gauche ; par l'auscultation, nous entendons à droite les bruits du cœur qui, à gauche, ne se manifestent que dans le lointain ; par la radioscopie, nous avons à droite une ombre bien nette et bien distincte de la clarté pulmonaire voisine ; à gauche, aucune ombre à la place normale du cœur. Autant de raisons qui nous font dire : le cœur est déplacé et situé à droite.

Ce déplacement est-il congénital ou acquis? Ici je me fonderai, comme M. Fernet, sur la présence du foie à son siège normal pour dire que l'ectopie est acquise ; car, dans l'ectopie congénitale, il y a habituellement transposition viscérale. Or, si chez mon malade je ne puis délimiter nettement le foie, je puis du moins, par le fait de la sonorité absolue qui existe à gauche, là où serait le foie déplacé, dire que le foie ne se trouve pas en ce point, et, par suite, affirmer qu'il est bien à droite.

Le cœur ectopié est-il altéré dans ses orifices? y a-t-il une lésion des vaisseaux de la base? Je ne le pense pas, car le souffle disparaît avec la respiration suspendue ; il n'existe aucun phénomène de compression.

Quelle est la cause du déplacement du cœur? Je crois que,

chez mon malade comme chez celui de M. Fernet, c'est à l'existence d'une pleurésie droite ancienne qu'il faut rapporter la production de ce déplacement. La pleurésie me paraît s'être traduite par des points de côté notés à différentes reprises dans l'observation, notamment avec frisson en 1890, et se traduire actuellement par la matité totale du côté droit et l'affaissement de ce même côté.

Il y a bien quelque chose qui surprend, c'est que, à aucun moment, dans ses nombreux séjours à l'hôpital, dans des services variés, le malade n'ait entendu parler de l'existence d'un épanchement pleural. Il nous dit, toutefois, que, à différentes reprises, on a signalé chez lui la présence de cavernes que, d'ailleurs, en octobre 1896, M. Barth n'aurait plus retrouvées. Eh bien, je crois que, lorsqu'ils ont signalé l'existence de cavernes chez cet homme, mes collègues se sont probablement trompés, comme je me serais trompé moi-même, et ont pris, comme je l'aurais fait sans doute, des phénomènes pseudo-cavitaires, dus à une pleurésie, pour des phénomènes cavitaires véritables.

Je pense ainsi, parce que ce diagnostic est habituellement fort difficile, parce que je ne trouve pas actuellement chez cet homme de cavité pulmonaire, pas plus que mon collègue Barth n'en trouvait en octobre ; enfin, parce que, s'il avait existé une ou plusieurs cavernes pulmonaires chez mon malade, il serait bien surprenant, surtout dans le milieu auquel il appartient et dans les conditions sociales au milieu desquelles il vit, de constater une guérison de tuberculose aussi complète qu'elle devrait l'être pour donner lieu seulement aux symptômes que j'ai signalés dans l'observation. Je pense donc qu'il a existé un épanchement pleural droit avec bruits pseudo-cavitaires et que la résorption de cet épanchement a déterminé chez mon malade, comme chez celui de M. Fernet, un affaissement du thorax, une attraction du cœur à droite par le retrait des fausses membranes et sa fixation de ce même côté.

Quant à la nature de cette pleurésie — et c'est là où le malade de M. Fernet diffère du mien — il s'agit bien, les hémoptysies répétées et la constatation des bacilles à un moment donné dans les crachats suffisent, je crois, à le démontrer, d'une pleurésie *tuberculeuse*, dans le cas que je présente.

Ces deux observations me paraissent, par leur réunion, leur ressemblance et leur mécanisme identique, fournir des documents intéressants relativement à l'histoire des ectopies cardiaques permanentes de cause pathologique.

REVUE DE LA PRESSE

Sur un cas de splénectomie pour une colossale splénomégalie de nature malarique. — Le cas rapporté par Ninni concerne une femme de vingt-cinq ans, qui avait eu des accès de fièvre palustre, il y a six ans environ. Depuis cette époque, survinrent différents troubles qui consistèrent essentiellement en la coloration brun-jaunâtre du ventre, avec augmentation de volume de celui-ci.

A son entrée à l'hôpital, on trouva que non seulement la peau du ventre, mais aussi les muqueuses, ont cette coloration brun-jaunâtre dont nous venons de parler ; en outre, le ventre présente une tuméfaction vraiment extraordinaire, particulièrement du côté gauche. Malgré cela, la malade ne ressent aucune espèce de douleur à la palpation.

L'examen le plus superficiel suffit pour se convaincre que cette tuméfaction est constituée par la rate considérablement augmentée de volume. En effet, la rate descend jusqu'au bassin, occupant ainsi toute la moitié gauche du ventre et dépassant, de plusieurs centimètres, la ligne blanche.

Mais l'organe n'est nullement déformé et par la palpation on arrive à distinguer très bien les deux incisures de son bord interne. Ajoutons qu'on ne trouve rien de particulier dans les autres viscères : il existe seulement dans la cavité péritonéale une certaine quantité de liquide libre.

On décide d'opérer la malade. Le ventre ouvert, on constate que la rate n'est nullement adhérente, toutefois son extraction est très difficile, car elle ne peut pas passer à travers l'incision, qu'on est ainsi obligé d'agrandir. Comme complication, signalons une hémorragie très abondante qui a résulté de la déchirure d'un gros tronc veineux.

Néanmoins l'intervention s'est faite, en somme, très bien et n'a pas duré plus de cinquante minutes.

Les suites opératoires furent excellentes ; la température, il est vrai, s'est élevée une fois, mais cette élévation, du reste légère, a été déterminée par une bronchite catarrhale.

La cicatrisation se fit par première intention et l'opérée a pu se lever, pour la première fois, vingt jours après l'opération.

Ajoutons qu'on ne s'est pas borné à l'intervention ; on pratiquait encore tous les jours des injections sous-cutanées de bichlorure de quinine, à la dose de 1 gramme, en vue de combattre l'infection paludique et de prévenir un accès.

Le résultat qu'a donné l'opération a été très bon : la coloration des muqueuses et de la peau redevint normale ; il n'y eut plus d'accès, de sorte que la malade, en quittant l'hôpital, se trouvait dans de très bonnes conditions.

Mais rentrée chez elle, elle fut prise, peu de temps après, de diarrhée et de vomissements très graves, qu'on n'arriva pas à arrêter.

D'autre part, des accès survinrent, accompagnés de frissons d'une intensité très grande. On eut recours de nouveau aux injections sous-cutanées de bichlorure de quinine, mais elles ne purent améliorer en rien l'état de la malade et celle-ci ne tarda pas à succomber.

L'auteur fait, à propos du cas que nous venons d'exposer, quelques réflexions générales concernant la splénectomie malarique.

Cette opération ne doit être faite, d'après lui, que dans les conditions suivantes :

1° Lorsqu'il s'agit d'une ectopie douloureuse, sans profonde cachexie toutefois, et qu'on ne peut pas songer à faire une splénopexie à cause du volume de la rate ;

2° Dans les cas où il s'agit de tuméfactions spontanées ou traumatiques, lorsqu'il est impossible d'espérer la réparation du traumatisme ;

3° Dans les cas où il y a une torsion du pédicule : cette torsion peut déterminer de très graves complications.

Quant à tous les autres cas, l'auteur conseille de s'abstenir d'une intervention chirurgicale et de se borner purement au traitement médical. (*Riforma medica*, n° 207, 1896.)

De l'action de l'antipyrine sur la pression sanguine dans des conditions pathologiques. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'action de l'antipyrine sur le cœur. Les uns estiment cette action comme inoffensive, les autres, au contraire, affirment que, lorsque l'antipyrine est administrée à une dose assez élevée, on peut observer des cas de mort résultant d'une paralysie du cœur.

On sait, d'autre part, que l'antipyrine exerce une action hypothermisante et augmente la pression sanguine ; il existe des observations bien nettes, où le traitement par l'antipyrine a déterminé des phénomènes graves de collapsus suivi de mort.

Des recherches expérimentales à ce sujet étaient d'autant plus intéressantes, que, depuis la discussion qui s'était produite récemment au Congrès de Wiesbaden sur la valeur des antipyrétiques, cette question est à l'ordre du jour.

Battistini et Scofone ont pensé que la différence des résultats obtenus, d'une part par les pharmacologues, et de l'autre par les cliniciens, était en rapport avec la diversité des conditions dans lesquelles les uns et les autres faisaient agir le médicament en question. Ils ont fait des expériences sur des animaux profondément anémiés par la pyridine, dont le cœur a été obligé d'accomplir un travail bien plus considérable qu'à l'état normal. De cette façon, ils ont mis le cœur des animaux en expérience dans les mêmes conditions dans lequelles se trouve celui des fébricitants. En outre, dans le but de rendre le travail du cœur bien plus pénible encore, ils ont provoqué un épanchement pleurétique, en injectant dans la plèvre un liquide dont l'intensité était très considérable. Disons, enfin, que les doses d'antipyrine employées ont été assez petites : de 10 à 50 centigrammes par kilogramme d'animal; la dose était injectée en une seule ou bien en deux fois, séparées par un intervalle très court. Voici quels résultats ils ont obtenus.

Même dans des cas où ils ont injecté de fortes doses, ils n'ont jamais constaté un abaissement notable de la pression sanguine; d'autre part, ils ont pu constater des modifications de la respiration, qui consistaient en ce que le nombre et l'amplitude des mouvements respiratoires augmentaient.

Étant donné ces résultats, les deux auteurs italiens se croient en droit de confirmer l'opinion émise par les pharmacologues sur l'action de l'antipyrine, mais ils admettent que les observations cliniques démontrent la possibilité d'une action fâcheuse de l'antipyrine sur le cœur. Ils font remarquer, en outre, qu'il est possible que cette action fâcheuse soit provoquée, non pas par une lésion cardiaque, mais par l'affaiblissement du système nerveux. (*Riforma medica*, 1896, n° 158.)

Sur un cas de kyste congénital du rein. — Foa a eu l'occasion d'examiner un fœtus âgé de six à sept mois, qui n'a pu être expulsé spontanément, à cause d'une énorme tuméfaction du ventre; on a été obligé d'inciser l'abdomen. A l'autopsie, on constata ce qui suit : Il n'y avait pas d'anomalie des viscères abdominaux; les reins sont d'un volume considérable; le rein droit a le volume de celui d'un adulte; le rein gauche est un peu moins grand. La capsule est transparente, et l'on aperçoit sous cette capsule la substance corticale composée d'un grand nombre de tout petits kystes; ces kystes contiennent une substance transparente homogène et de couleur jaunâtre.

Il s'agissait certainement d'un kyste congénital du rein.

A propos de ce cas, l'auteur passe en revue les théories émises par différents auteurs pour expliquer la pathogénie de ces kystes. Il note ce fait que pas une de ces théories ne saurait donner une explication plausible. En effet, dans ce dernier cas, il n'y avait pas de vraie néphrite interstitielle, il n'existait non plus aucune néoformation épithéliale qui pût permettre de poser le diagnostic de cysto-adénome. D'autre part, il n'y avait ni oblitération limitée des calices ou des bassinets, ni arrêt de développement de l'appareil collecteur.

Mais, en revanche, il y avait un développement très considérable du tissu conjonctif intertubulaire; ce tissu était particulièrement abondant dans les régions qui correspondent aux papilles, et il se propageait à travers le rein jusqu'à la substance corticale. Entre les fibres conjonctives on pouvait constater la présence de différents éléments cellulaires et de petits vaisseaux de nature embryonnaire.

Cette structure répond bien à un développement anormal du tissu conjonctif intertubulaire. Foa estime qu'on peut, pour le moment, désigner son cas sous le nom de « rein cystique fibromateux ». Quant à la dénomination définitive qu'il conviendrait d'adopter, il la donnera lorsqu'il aura fait de son cas une étude très complète. (*Rif. med.*, 1896, n° 158.)

D[r] TAFT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

RAPPORTS

Des effets combinés de la saignée et de la transfusion. — M. HAYEM fait un rapport sur un travail de M. Barié relatif aux effets combinés de la saignée et de la transfusion séreuse, au point de vue de la désintoxication du sang. Il a employé ce procédé dans deux cas de pneumonie grave, néphrite grave avec urémie. Il en a obtenu de bons résultats.

Urobilinurie. — M. HAYEM fait un second rapport sur une note de M. Laval, dans laquelle l'auteur étudie l'urobilinurie consécutive aux traumatismes du foie. M. Laval communique deux observations dans lesquelles il a constaté l'urobiline dans l'urine à la suite de traumatismes du foie. Pour lui, l'abondance de l'urobilinurie serait en rapport avec l'étendue de la lésion hépatique.

Trois sources peuvent être assignées à l'urobilinurie : modifications de la circulation hépatique, infarctus du foie, hémorragies péritonéales.

Or, lorsqu'on injecte du sang défibriné dans le péritoine d'un animal, ce sang est résorbé en nature assez rapidement et on ne voit pas survenir de décharges abondantes de pigment par les urines. Mais il est permis d'admettre que, dans le cas de rupture du foie, le sang est mélangé avec des produits divers, notamment avec de la bile plus ou moins complètement élaborée, produits capables d'amener rapidement une altération plus ou moins profonde des globules rouges. En pareille circonstance, le sang résorbé par la séreuse est altéré et en voie d'altération ; il doit donc introduire dans la circulation générale une grande quantité d'hémoglobine libérée des stromas globulaires. C'est au passage de fortes proportions d'hémoglobine dans le sang général que l'on peut attribuer l'urobilinurie. La constatation de l'hémoglobinhémie, révélée par l'état laqué du sérum du sang, viendrait confirmer l'hypothèse formée sur la source de l'urobilinurie dans l'hémorragie péritonéale.

Le tétanos à Madagascar. — M. POLAILLON lit un rapport sur une note de M. Bureau, relative au tétanos à Madagascar.

Un transport, le *Shamrock*, envoyé à Madagascar, et contenant des chevaux, a présenté plusieurs cas de tétanos.

Un premier malade ayant eu des accès de fièvre fut traité par des injections de quinine. L'une des piqûres donna lieu à un abcès de la cuisse; quelques jours après, se déclarèrent des symptômes de tétanos aigu, qui déterminèrent rapidement la mort. Il en fut de même chez trois autres malades.

L'auteur pense que le tétanos a été importé sur le *Shamrock* par le premier malade et propagé ensuite par les injections aux autres malades. L'épidémie s'arrêta lorsque les salles et les objets de pansement eurent été désinfectés avec soin.

LECTURES

Manifestations oculaires de la lèpre. — M. HALLOPEAU lit un travail de M. de Gouvea intitulé : « Étude clinique sur les manifestations oculaires de la lèpre » : la paralysie de l'orbiculaire paraît jouer un rôle prépondérant dans la pa-

thogénie de ces altérations, elle est constamment consécutive à des lésions de la conjonctive palpébrale; il s'agit, suivant toute vraisemblance, d'auto-inoculations. La paralysie peut être due à l'invasion du muscle orbiculaire ou de ses filets moteurs par les bacilles. On peut enrayer le développement consécutif des altérations oculaires en pratiquant une blépharoraphie prophylactique, aussi étendue que possible et répartie entre les deux angles de la fente oculo-palpébrale.

Tumeur testiculaire. — M. KIRMISSON communique une observation de tumeur testiculaire chez un enfant de un an. Il s'agissait d'une tumeur kystique, de nature bénigne, du testicule, où le parenchyme normal avait complètement disparu. Il existait de nombreux kystes dont la paroi irrégulière était tapissée de cellules plates, et l'on constatait une abondante prolifération épithéliale, ainsi que l'a montré l'examen histologique fait par M. Malassez.

Éclampsie. — M. CLOZIER relate une observation d'éclampsie chez un enfant de sept mois, qui a eu jusqu'à vingt-trois crises convulsives en trente-deux heures. Ces crises étaient arrêtées par la compression de la zone hystéroclasique cardiaque.

La mère de cet enfant était hystérique. M. Clozier conclut que l'éclampsie et l'hystérie sont deux modes différents d'un même état pathologique.

Traitement de la tuberculose par les injections de mercure. — M. LABORDE analyse un travail de M. Dubois sur ce sujet.

M. Dubois emploie, depuis cinq ans, le mercure dans le traitement de la tuberculose à titre d'antiseptique. Il en a obtenu de bons résultats. Il emploie une solution de bichlorure de mercure au millième. Ce traitement consiste en des injections sous-cutanées de sels mercuriels dans les fosses sus ou sous-épineuses, et en frictions mercurielles. Des tuberculoses pulmonaires au début, des tuberculoses cutanées même avancées auraient été guéries par ces moyens. M. Laborde rappelle que ce traitement n'est pas nouveau et que les résultats ne permettent pas de considérer le mercure comme un spécifique de la tuberculose.

La séance est levée.

THÉRAPEUTIQUE

Moyen de reconnaître une bonne teinture d'iode.

M. Blondel a observé, à la suite d'injections de teinture d'iode dans la cavité utérine, des vomissements avec ballonnement du ventre, douleurs abdominales. Il incrimine la présence dans la teinture d'iode d'acide iodhydrique.

On reconnaîtrait la présence de cet acide à ce que la teinture d'iode ne précipite plus par l'addition d'eau.

L'acide iodhydrique se développant spontanément dans les vieilles teintures, il faut toujours se servir de teintures fraîchement préparées. (*Société de thérapeutique.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 janvier 1897, M. Hutinel (Victor-Henri), agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

— Par décret, en date du 2 février 1897, sont nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin-principal de deuxième classe Geschwind, en remplacement de M. Dumayne, décédé; maintenu provisoirement médecin-chef à l'hôpital militaire de Bayonne.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Chevassus, en remplacement de M. Geschwind, promu; maintenu médecin-chef à l'hospice mixte de Rouen.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Loup, en remplacement de M. Georges, retraité; maintenu au 125e d'infanterie. — Belhomme, en remplacement de M. Chevassus, promu; maintenu au 76e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Rouget, en remplacement de M. Letellier, démissionnaire, maintenu à l'hôpital du Dey; — Lejeune, médecin-major de deuxième classe, hors cadre, en remplacement de M. Leneveux, décédé; affecté provisoirement à l'hôpital Saint-Martin; — Donnadieu, en remplacement de M. Loup, promu; maintenu provisoirement au 11e d'infanterie; — Sire, en remplacement de M. Belhomme, promu; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

— Par décision ministérielle, en date du 1er février 1897, M. Nimier, médecin-major de première classe, a été nommé professeur titulaire de chirurgie d'armée (blessures de guerre), à l'École du Val-de-Grâce, en remplacement de M. le médecin principal Delorme.

— Par décision ministérielle, en date du 2 février 1897, ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Laurens, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

M. le médecin-major de première classe Kaufmann, pour le 113e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Baur, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Fabre, pour le 14e hussards; Pelletier, pour le 10e escadron du train; Rémy, affecté à la direction du service de santé du 16e corps d'armée; Alvernhe, pour le 19e escadron du train; Écot, pour les batteries alpines du 19e d'artillerie; Batut, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Courtois, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Collet, pour le 3e zouaves; Gilles, pour le 61e d'infanterie; Guirlet, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied; Moingeard, pour l'emploi de surveillant au Val-de-Grâce; Mignon, pour le 42e d'infanterie; Ribierre, pour le 127e d'infanterie; Ollier de Vergèze, pour le 3e tirailleurs algériens.

MM. les médecins aides-majors de première classe Lanusse-Croussé, pour l'infirmerie-hôpital de l'Ubaye; Braun, pour l'emploi de surveillant à l'École du service de santé militaire de Lyon; Cuvillier, pour le 1er spahis; Glorget, pour le 2e cuirassiers; Vialle, pour l'emploi de surveillant à l'École de service de santé militaire de Lyon; Menut, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Montalti, pour le 20e dragons; Coupry, pour le 34e d'artillerie; Tourtarel, pour le 2e zouaves; Raynaud, pour le 59e d'infanterie; Demond, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Dumas, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Gorse, pour le 123e d'infanterie.

— M. le docteur Georges Thibierge commencera ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital de la Pitié, le vendredi 5 février à dix heures et demie, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. — Le mercredi et le samedi, à neuf heures, consultation externe pour les maladies cutanées et syphilitiques. Le mardi, à dix heures, opérations dermatologiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

DRAGÉES de Fer Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que le **Fer Rabuteau** régénère les globules rouges du sang avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Elixir de **Fer Rabuteau** recommandé aux personnes qui ne peuvent pas avaler les Dragées.

Sirop de **Fer Rabuteau** destiné aux enfants.

Exiger le Véritable Fer Rabuteau de la Maison **CLIN & Cie**, à Paris

---



Excellents effets contre

PHTISIE

et autres Tuberculoses **BRONCHITES, CATARRHES**

Chaque capsule contient : 0gr. 05 *véritable* Créosote de **HÊTRE**

Huile de foie de morue Q. S.

2 ou 3 à chaque repas

Le flacon 3 fr.

105, Rue de Rennes, PARIS *et toutes les Pharmacies.*

Exiger le timbre de l'État.

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après les repas.

MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

POUDRE DE VIANDE de TROUETTE-PERRET

La plus agréable à prendre sans odeur ni saveur.

E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

DRAGÉES au Lactate de Fer de GELIS & CONTÉ

Approuvées par l'Académie de Médecine

Le FER le PLUS ASSIMILABLE

Dose : Cinq centigrammes par Dragée.

LABELONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

KOLA ROY

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.

Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).

St RAPHAËL

Maladies de l'appareil digestif, Chlorose, Anémie Affaiblissement général, Convalescences Affections scrofuleuses.

Le Vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : UN PETIT VERRE APRÈS LES PRINCIPAUX REPAS.

Dépôt toutes bonnes Pharmacies. Vente en gros chez tous les Droguistes.

EUCALYPTÉOL ANTHOINE

(BICHLORHYDRATE CRISTALLISÉ D'ESSENCE D'EUCALYPTUS)

représente au plus haut degré toute la valeur thérapeutique de cette essence sans en avoir les inconvénients.

INDICATIONS :

Rhume, Bronchite, Catarrhe, Grippe, Influenza

DOSE. — 2 à 6 capsules par jour dans l'intervalle des repas.

Chaque capsule, de forme olivaire, contient 25 centigr. d'eucalyptéol.

DÉPOTS { Pharmacie ANTHOINE, à CHATEAUROUX. Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, à PARIS

BROMIDIA

HYPNOTIQUE ANTINEVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage de spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous.

Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de BROMIDIA. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque BATTLE'S BROMIDIA

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES :

ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, 5, rue de la Paix, PARIS

Prix : 5 fr.— *Brochure et échantillons envoyés à MM. les médecins sur demande.*— Prix : 5 fr.

AIROL

MARQUE GRIFFON



ANTISEPTIQUE INTERNE ET EXTERNE

à tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique, est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi moins dispendieux que l'Iodoforme.

HOFFMANN, TRAUB & Cie *BALE (Suisse)*

EN VENTE DANS TOUTES LES DROGUERIES.

VENTE EN GROS : HERRMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS

DÉSINFECTION PAR LES VAPEURS DE FORMALDÉHYDE

ET LE **FORMOCHLOROL**, SYSTÈME **TRILLAT**, B. S. G. D. G.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION A DOMICILE

14, Rue des Pyramides, à Paris.

PHTISIE PULMONAIRE, TUBERCULOSE

guéries par le

CRÉOSOTAL "HEYDEN"



Dose : 2 à 3 cuillerées par jour

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Par Jour 5 à 8 **CAPSULES CRÉOSOTAL HEYDEN** à 50 centgr.

TUMEURS - CANCERS TRAITEMENT PAR LE **THUYA WUHRLIN**

Observations cliniques par les Docteurs Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauser, Baratoux, Bouilly, Fauquez, Rizat, Perrussel, etc. Envoi gratis de la broch., Ph. WUHRLIN, 11, r. Lafayette, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
à l'École de médecine et de pharmacie de Rouen.

(**ALBERT MARTIN**, professeur)

HEUREUX RÉSULTATS
de l'emploi du **préhenseur-levier-mensurateur** de Farabeuf.

M. le professeur adjoint Albert Martin, chargé de l'enseignement de la clinique obstétricale, vient de publier, à Rouen, dans la *Normandie médicale* (1er et 15 novembre 1896), un long et important mémoire de 52 pages et 27 figures, dont M. le professeur Farabeuf a bien voulu extraire la substance pour les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*.

C'est notre journal (1) qui a donné le premier la description du préhenseur-levier-mensurateur, description traduite depuis en allemand et qui le sera bientôt en anglais, à New-York.

Nos lecteurs seront heureux d'avoir des nouvelles de ce nouvel instrument qui, seul ou adjoint à la symphyséotomie, prétend rendre toujours de modestes services et ne jamais être dangereux, comme peuvent l'être le forceps et la version.

Mais passons la plume à M. Farabeuf.

Il y a dix ans et plus que l'obstétrique expérimentale fait ma principale occupation. Rien ne m'a rebuté pour démontrer aux accoucheurs en titre, aux praticiens des hôpitaux, le bien fondé de mes publications. Je les ai appelés chez moi, j'ai manœuvré devant eux, je les ai fait manœuvrer

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 805, « Description et mode d'emploi du préhenseur-levier-mensurateur », par M. le professeur L.-H. Farabeuf.

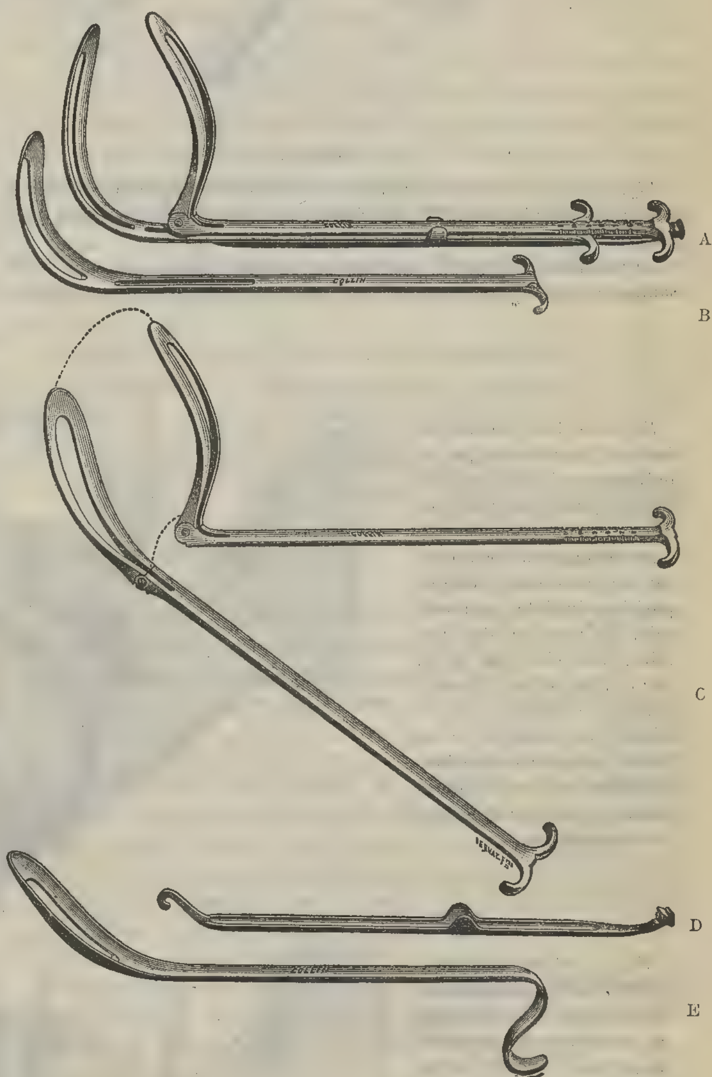


Fig. 1. — Le préhenseur-levier-mensurateur et ses différentes pièces :

A. L'instrument assemblé, avec la cuiller postérieure longue.

B. Cuiller postérieure courte.

C. Cuiller antérieure en deux attitudes, oblique et allongée pour l'introduction, redressée après application.

D. La tringle d'articulation qui se place sous le manche de la cuiller postérieure et s'accroche aux deux extrémités du manche de la cuiler, antérieure, laissant le manche de la postérieure libre de glisser, quoique solidement maintenu.

E. *Le guide-redresseur.* — Sa palette perforée ou cuiller est inclinée à 45 degrés seulement sur le manche ; elle est scaphoïde, aplatie au bout, de moins en moins évasée en s'approchant du pédicule.

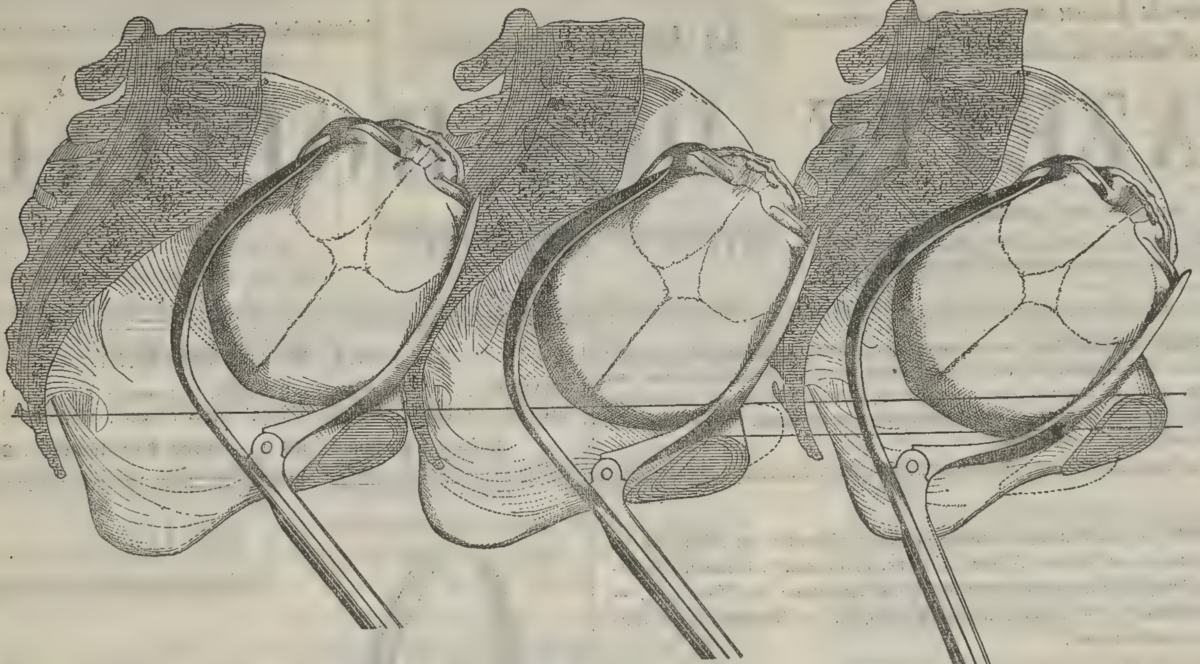


Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

Fig. 2, 3, 4. — Ces trois figures ont été réunies pour permettre de mieux comprendre ce qu'il faut faire pour engager la tête *après symphyséotomie*. Cette tête est *fléchie;* il le faut.

La première, la figure 2, montre que le pubis figuré s'est déjà suffisamment abaissé du fait de l'écartement consécutif à la symphyséotomie pour permettre à la tête d'engager franchement son pariétal postérieur. L'on voit néanmoins que la région membraneuse de la tempe n'est pas encore descendue au niveau du promontoire et l'on souhaite de pouvoir permettre cette descente en abaissant davantage le pubis qui retient la bosse antérieure, c'est-à-dire la tête en totalité.

— La figure 3 représente l'abaissement désiré qui a été obtenu par la surextension des cuisses et consécutivement la contre-nutation. — L'os iliaque tout entier a pivoté autour de l'axe de nutation qui traverse les premiers tubercules conjugués situés derrière le milieu des auricules : la crête iliaque s'est avancée, le trou vasculaire o est plus éloigné du profil de la colonne qu'il ne l'était tout à l'heure; le pubis s'est abaissé, deux lignes horizontales sont là pour le montrer; les ischions ont reculé et débordent maintenant le coccyx en arrière. — La tempe postérieure étant descendue au niveau du promontoire, le moment d'opérer la bascule qui doit faire descendre, engager la bosse pariétale antérieure, est venu.

— La figure 4 montre cette bascule accomplie. — Elle montre aussi que, simultanément, l'opérateur a commandé aux aides de faire remonter les pubis, de détruire la contre-nutation en cessant la surextension des cuisses, en les portant même dans la flexion. Grâce à cette manœuvre, la tête est à l'aise derrière les pubis; autrement, c'est-à-dire si le pubis avait gardé la situation pointillée, elle resterait, quoique engagée, serrée et arrêtée dans sa descente.

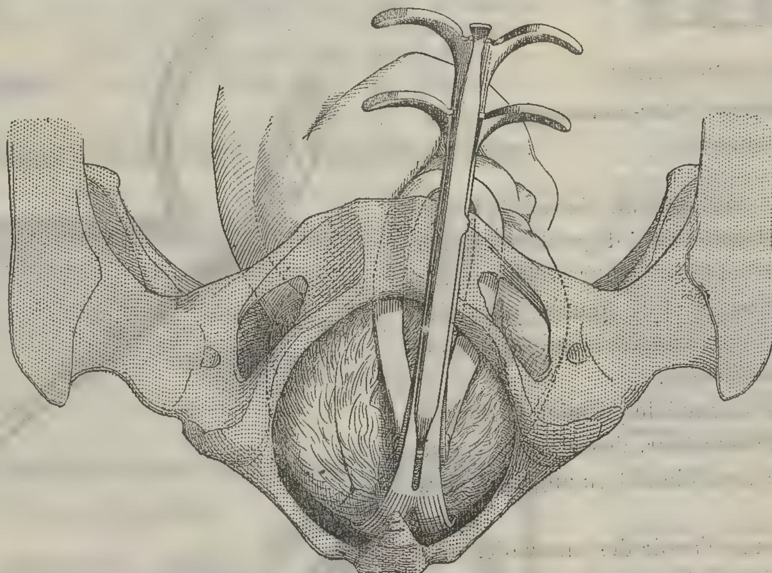


Fig. 5.

Fig. 5. — Tête amenée au fond de l'excavation par le préhenseur-levier-mensurateur encore en place et dressant son manche sur la ligne médiane ou à peu près, car la tête est restée dans sa position initiale transversale. La rotation n'est pas faite; mais elle sera facile, car la tête est bien fléchie : comme l'occiput est à droite (de la mère), il va falloir abaisser les crochets à gauche et pour le faire, écarter et fléchir la cuisse correspondante.

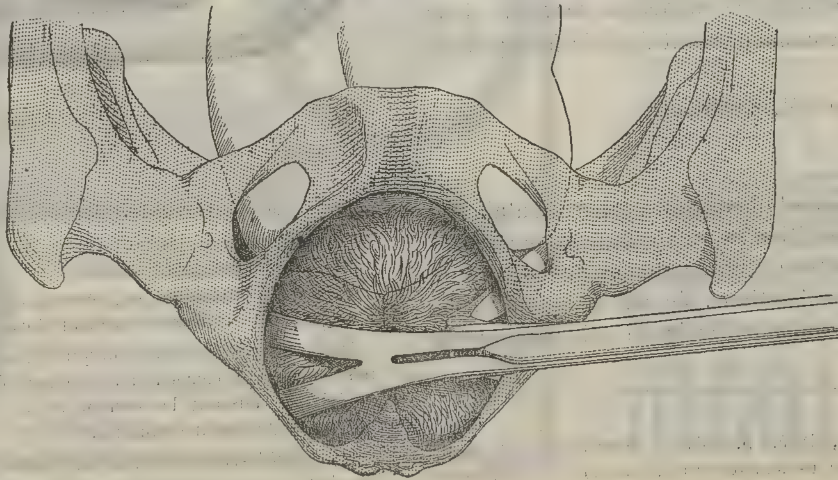


Fig. 6.

Fig. 6. — C'est la figure 5 transformée du fait de la rotation de la tête : l'occiput est venu en avant; on voit la nuque sous l'arcade des pubis; l'instrument dirige son manche presque horizontalement à gauche. Il s'en faut de quelques degrés que la rotation ne soit absolument complète; celle-ci est parfaitement suffisante : du reste, les douleurs expulsives ou les tractions vont tout à l'heure ou la diminuer, ou l'augmenter au point de faire passer l'occiput de l'autre côté.

eux-mêmes pendant de longues heures. Ils ont été bons confrères, aimables et polis; mais je n'ai jamais compté sur eux comme propagandistes.

Tout mon espoir est fondé sur les jeunes. Pourvu que les vieux ne les empêchent pas de venir s'initier, acquérir les notions d'anatomie nécessaires, l'art d'expérimenter avec sagacité, d'observer avec profondeur, et la volonté de manœuvrer encore et encore — il faut bien huit jours — avant d'introduire dans les voies d'une parturiente un acier, heureusement inoffensif, mais inefficace si l'on ne sait pas s'en servir, je suis comblé.

En mon absence, mon préparateur montre et démontre à quiconque demande un rendez-vous et veut bien nous donner quelques heures.

A. Martin, inconnu de moi, attaché à Rouen à un obstétricien réfractaire et âgé, avait fini son internat à Paris sans entendre parler de mes travaux. Il assistait à Rouen, perdu dans la foule, à la démonstration de deux heures et demie que je fis à la fin d'avril 1894.

Pourquoi devint-il mon disciple?

Il vit; il refit ce qu'il avait vu faire; il lut, relut, comprit et pourtant s'embarrassa; mais il osa me demander des explications par correspondance... il n'avait pas trente ans.

Aujourd'hui, ayant succédé à son chef d'antan, il m'apporte toute sa pratique de rétrécissements osseux du bassin : six cas six succès, la tête étant bien fléchie.

C'est pour moi une récompense et un appui dont je ne saurais trop lui être reconnaissant.

1° Je vais dire ses succès.

2° Je dirai ensuite quelles difficultés son inexpérience de débutant lui a fait éprouver et qu'il a voulu longuement exposer à ses confrères pour les leur épargner.

3° Enfin, je donnerai quelques passages des explications qu'il a essayé de fournir à M. Pierre Budin, en réfutant un écrit dont la conclusion malveillante est seule compréhensible.

I

OBSERVATIONS D'ALBERT MARTIN

A. Trois observations dans lesquelles l'instrument seul a suffi a faire franchir a la tête le rétrécissement

Malheureusement, A. Martin n'a pas pu toujours mesurer exactement le diamètre promonto-pubien minimum. A l'avenir, toute observation devra contenir l'indication précise que donne seul mon pelvimètre vésical, qu'il faut au préalable s'être exercé à manier correctement. Je prie donc le lecteur de ne pas faire attention aux chiffres relatifs au diamètre promonto-pubien, obtenus par la méthode de la déduction arbitraire.

Ce *diamètre était insuffisant*, voilà ce qui est certain, puisque la tête étant bien posée, suffisamment fléchie, le col dilaté, les contractions maternelles soutenues, Martin a attendu *le plus longtemps possible*, vingt-quatre heures et au delà, jusqu'à ce que l'enfant commençât à souffrir, jusqu'à ce que l'apparition du méconium et les troubles cardiaques lui fissent voir l'imminence du danger. Que vous faut-il de plus?

I. Secondipare de vingt-six ans. Premier accouchement laborieux, mais cependant d'un enfant vivant. Enceinte de huit mois et trois semaines, quand le travail commence à trois heures de l'après-midi. Promonto-pubien 90 millimètres environ. Après dix-huit heures de travail, la poche est rompue, le col dilaté et la tête toujours en OIDT au-dessus du détroit. On excite l'utérus et l'on attend. Après vingt-quatre beures et demie de travail la femme s'épuise et les battements du cœur fœtal se ralentissent : la sage-femme fait appeler l'accoucheur.

Celui-ci applique le préhenseur-levier-mensurateur, engage la tête dans l'excavation, la fait descendre, tourner et sortir sans changer d'instrument. L'enfant pesait 3900 grammes et son bi-pariétal, qui venait d'être comprimé, mesurait 92 millimètres.

L'instrument a été facile à appliquer, absolument inoffensif et parfaitement efficace, sans déploiement de force, *gouvernail plutôt que moteur*.

II. Dame de la ville. Primipare de vingt-six ans, petite taille, atteinte d'un léger aplatissement du bassin, estimé tout au plus à 9 1/2. Ventre développé, tête mobile et paraissant au palper volumineuse et dure. Famille inquiète, frère étudiant en médecine présent.

A huit mois et trois semaines, provocation de l'accouchement : le travail commença à six heures du soir; les douleurs furent régulières et fortes; le gros ballon ayant été enlevé et le col parfaitement dilaté, la tête était restée mobile au-dessus du détroit; le lendemain à midi, en présence du frère et d'un autre étudiant, la parturiente fut endormie; la tête, fixée par les mains d'un aide, fut saisie par le préhenseur-levier-mensurateur qui l'appuya, l'engagea suivant le mécanisme naturel, par bascule, la fit descendre et tourner.

Comme la malade endormie ne poussait pas et qu'elle était primipare, A. Martin, au lieu d'essayer de terminer l'extraction sans désemparer, remplaça le préhenseur-levier-mensurateur par un forceps.

Le tout avait duré un quart d'heure.

L'enfant pesait 2950 grammes, avait les fontanelles, même l'antérieure, très petites, la tête ossifiée et dure, et un diamètre bipariétal de 9 1/4.

III. Multipare de trente-deux ans; cinquième grossesse; un seul enfant vivant; trois morts, l'un avant l'accouchement, les deux autres dans le premier mois.

Admise à la Maternité à terme, à neuf heures trente du matin, en travail depuis un temps indéterminé; diamètre estimé environ 95 millimètres; dilatation incomplète, rupture de la poche à dix heures, et bientôt après écoulement verdâtre et ralentissement des bruits du cœur. A onze heures trente, un gros ballon est introduit pour compléter la dilatation : les contractions abdominales ayant chassé le ballon et le col paraissant assez souple, le préhenseur-levier-mensurateur est appliqué. A midi tout est terminé sans avoir changé d'instrument.

Martin avait assez attendu, car l'enfant bientôt ranimé, il est vrai, naquit en état de mort apparente. Il pesait 3360 grammes et son bipariétal mesurait 90.

Que répond A. Martin à ceux qu'il suppose devoir lui dire que ces trois têtes, s'il avait attendu une heure et demie dans le premier cas, une heure dans le second et cinq minutes dans le troisième, auraient franchi le détroit? Et à ceux qui pensent que le forceps ou la version auraient tout aussi bien réussi?

Aux premiers il dit : je ne suis intervenu que *quand je n'ai plus osé attendre*, quoique mon intervention dût être sûrement inoffensive, qu'elle fût ou non efficace.

Aux seconds il réplique qu'il connaît la puissance du for-

ceps qui rétrécit le bassin de 10 millimètres mais aplatit la tête de 15; qu'il admet celle de la version avec manœuvre de Champetier, dans les rétrécissements modérés. Ses maîtres lui ont enseigné et démontré cette puissance qu'il a éprouvée lui-même au début de sa carrière. Du peu qu'il a fait et vu faire et de ce qu'il a lu, il conclut que ces méthodes tuent un tiers des enfants, en blessent un autre tiers et épargnent le reste. De ses trois clients, l'un fût mort sur le coup ou à bref délai; l'autre, après quelques accidents, eût survécu et n'aurait montré de tares qu'au moment d'apprendre à marcher ou à lire; le troisième serait sorti indemne. Compulsez les rares statistiques publiées, interrogez les accoucheurs sincères qui communiquent *toutes* les observations et suivent *tous* les survivants pendant plusieurs années et vous verrez que le forceps, appliqué au détroit supérieur, tue, blesse ou épargne à peu près un tiers des fœtus que l'on expose à sa puissante nocuité.

A. Martin a mieux aimé essayer d'abord l'instrument inoffensif : vous venez de voir qu'il a réussi dans ces trois cas, sans difficulté, sans blesser l'enfant, ni la mère.

Vous allez le voir maintenant, dans trois autres rétrécissements plus prononcés, trouver l'instrument insuffisant, parce qu'il ne permet pas la violence, avant que le bassin n'eût été agrandi par la symphyséotomie, opération qui, bien faite, à temps et aseptiquement, ne donne ni mortalité fœtale, ni mortalité maternelle.

B. Trois cas dans lesquels l'instrument n'a réussi qu'avec le concours de la symphyséotomie

IV. Primipare de dix-sept ans, petite, ayant marché tard, enceinte de huit mois et demi; diamètre minimum 88 millimètres au pelvimètre vésical (employé en Amérique par les jeunes accoucheurs, disciples de Lusk).

Le travail commence à dix heures du soir ; le lendemain matin, à neuf heures, dilatation complète, rupture spontanée des membranes, contractions énergiques, mais pas d'engagement et peu à peu retrait du col qui, cependant, reste souple. A deux heures, les battements du cœur fœtal se ralentissent, l'accoucheur croit devoir intervenir.

Comme c'était la première occasion qui s'offrait à lui d'appliquer le préhenseur-levier-mensurateur, A. Martin commit un oubli qui le fit échouer et se rabattre sur la symphyséotomie. Cet oubli sera exposé ultérieurement. Après la section de la symphyse et l'écartement des pubis, Martin reprit l'instrument et cette fois prit la tête, l'engagea, la fit descendre et commanda alors aux aides de rapprocher les pubis, pour supprimer tout risque de déchirure antérieure. Il crut devoir remplacer le préhenseur par le forceps pour achever la rotation et faire l'extraction, parce qu'il s'agissait d'une primipare. A trois heures quarante, l'enfant sort inanimé, mais vite rappelé à la vie : il pèse 2750, son bipariétal mesure 90 millimètres. Tout vit, sans lésions ; la mère fait actuellement le pénible service d'infirmière dans les salles de la Maternité de Rouen.

V. A. Martin ne donne pas les détails de ce cas sous prétexte qu'il a présenté la plus grande analogie avec le précédent. Il n'y a donc qu'à le compter.

VI. Fille de petite taille : 1m33, ayant un diamètre minimum estimé 8 trois quarts.

Après deux jours de travail, le préhenseur-levier-mensurateur appliqué indique un diamètre bipariétal de 95 millimètres, non compressible, indication précieuse d'une disproportion qui commande la symphyséotomie. Celle-ci faite et l'écartement pubien porté progressivement à 6 centimètres, l'instrument *qui était resté en place* engagea la tête suivant les règles : 1° abaissement maximum du pariétal postérieur suivi de : 2° poussée, bascule en arrière pour faire descendre la bosse antérieure. Cela se fit sans lésion antérieure, parce que le préhenseur, contrairement à ce que fait le forceps, pousse la tête en arrière, dans la concavité sacrée.

Le Tarnier fut alors substitué au préhenseur, parce qu'il est plus puissant pour franchir le bassin mou. Malheureusement l'opérateur troublé dégagea mal et déchira un peu le périnée. Plus malheureusement encore cette femme mourut infectée et personne n'en sera surpris quand on saura qu'elle avait été touchée par dix-huit personnes, la plupart non surveillées. L'accoucheur n'est pas toujours là !

Cependant, au point de vue mécanique qui seul nous occupe, ce fut un succès opératoire ; l'enfant vint sans lésions, pesant 3230 grammes, avec un diamètre bipariétal de 94 millimètres et plein de vie.

Qu'on veuille bien ne pas oublier que ces observations, fondement de ce mémoire, ne sont rapportées et soumises au public qu'au point de vue mécanique.

Je le dis pour la seconde fois, le bassin n'a pas été rigoureusement mesuré : il s'est montré *insuffisant;* la tête assez bien posée et fléchie *ne s'est pas engagée*, quoique les *contractions* aient été *énergiques;* l'accoucheur, après *dilatation complète*, *écoulement des eaux*, a *attendu*, autant qu'il a cru pouvoir le faire, sans compromettre la vie de l'enfant. L'instrument a été *absolument inoffensif*, *facile à placer*, *doux à manœuvrer*, et s'il n'a pas fait les merveilles assassines du forceps, *il a toujours amené la tête au fond de l'excavation*, sinon à l'extérieur, en quelques minutes, et sans aplatir la tête.

Et cependant M. Pierre Budin a annoncé *urbi et orbi* que cet instrument était nuisible et pire que tous !

Prévoyant que des adversaires prétendraient qu'il eût pu faire aussi bien avec la version ou avec le forceps, A. Martin rapporte quelques observations récentes qui devraient tout au moins ébranler ceux qui s'obstinent à conseiller le forceps et la version. Il eût pu en citer des centaines.

1. Très court résumé d'une observation de Budin (LXVIII, *Obstétrique et gynécologie*, p. 100) :

Diamètre promonto-sous-pubien 8 un quart. Après vingt et une heures de travail, le forceps est appliqué obliquement et après des tractions de 35 kilogrammes, qui, sans doute, déterminèrent une pression probablement énorme, ainsi que je l'ai démontré, la tête sortit *tellement déformée* que le bipariétal est coté 75 millimètres. L'enfant eut les plus graves accidents et ne mourut cependant pas avant de sortir de l'hôpital. Depuis, l'on n'a aucune nouvelle de lui.

Jugez la prise oblique d'après la figure 7. Ah ! s'il n'y avait pas de périnée, si l'on pouvait porter le manche du forceps en arrière, à côté du coccyx, ça irait mieux..., mais il y a une fourchette vulvaire et un périnée.

2. Autre preuve de la puissance et de l'efficacité du forceps (*Ann. de gyn. et d'obstétr.*, février 1896) :

A Marseille, un praticien fait au détroit supérieur une seule tentative qu'il déclare avoir été très douce. Il tue néanmoins l'enfant sans parvenir à l'extraire avant de l'avoir

broyé. Il avait cependant disjoint les pubis au point qu'à l'autopsie (la mère étant morte également) on plaçait deux doigts dans leur intervalle.

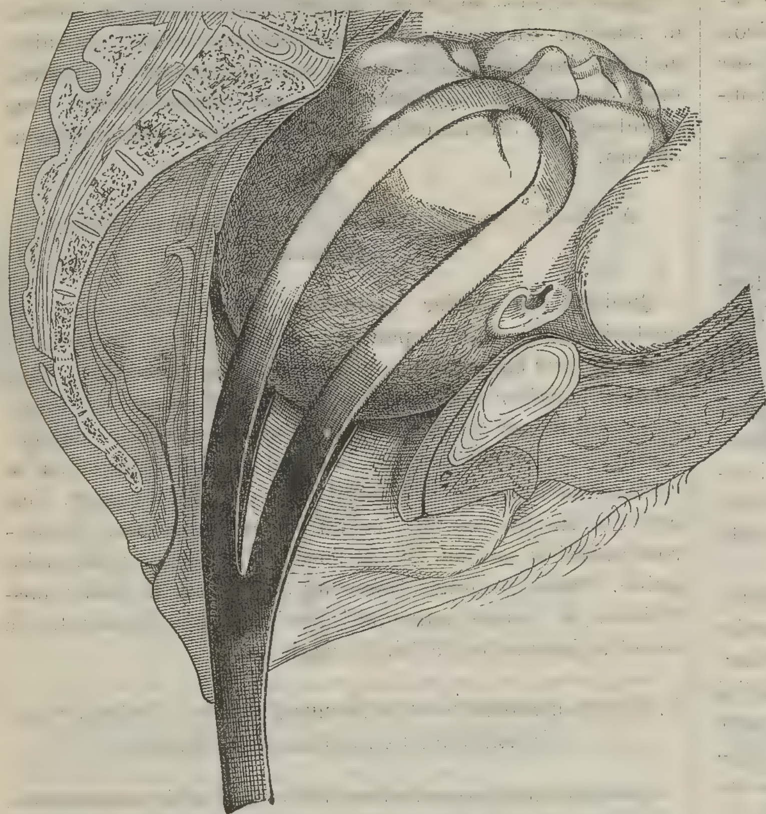


Fig. 7. — Application oblique du forceps représentée sur une tête qui, seule, passerait très facilement dans le bassin. Le promontoire va briser le frontal postérieur, pendant que le bec de la cuiller placée sur l'antérieure tend à expulser l'œil de son orbite. Bassin, tête, forceps, tout est proportionné : c'est une image exacte, d'après nature.

3. La version est faite pour faire passer un diamètre bipariétal de 90 millimètres dans un détroit de 85 millimètres. Le corps vient, l'enfant meurt, la tête reste. On apporte le tout à la Maternité de Rouen, où l'enfant déjà froid est extrait par la manœuvre de Champetier. La mère, épuisée par la perte de sang, meurt quelques minutes après. Une longue fracture divisait le pariétal postérieur, dans ce dernier cas, la disproportion entre la tête et le bassin était pourtant minime.

Certainement de nombreuses têtes peuvent être aplaties de 10 et 15 millimètres, sans que mort s'ensuive.

Certainement aussi un aplatissement moindre peut déterminer une lésion mortelle.

Certainement enfin, beaucoup d'enfants qui ont subi de ces violences sans en mourir, présentent tôt ou tard des troubles psychiques ou moteurs qui font le désespoir des familles.

Pourquoi ne voulez-vous pas recourir à cet instrument qui, seul, ou avec la section pelvienne, vous donne facilement le maximum de sécurité, dans le présent et dans l'avenir ?

Puisqu'il est admis que, dans les bassins justes ou modérément rétrécis, la tête ne peut passer qu'en basculant, faites-la basculer avec le levier, ne l'en empêchez pas avec le forceps.

Mon instrument est un *mensurateur* — précieux pour les entêtés de version. C'est surtout un *levier-préhenseur*, un *levier qui prend*, un levier qui *ne glisse pas*, et qui fait basculer la tête on ne peut plus facilement.

Mais voyons les petits oublis qu'un débutant peut commettre dans son application et les difficultés qui en résultent.

II

FAUTES ET OUBLIS DE DÉBUTANT

Albert Martin, avec une humilité bien rare et presque exagérée, a voulu exposer longuement ce qu'il appelle ses fautes et exigé qu'elles fussent représentées.

Ce fut « pour voir » et en connaissance de cause, qu'ayant rencontré un bassin-entonnoir et une autre fois une présentation du front, il appliqua néanmoins l'instrument : le résultat fut nul, comme il l'avait prévu. Pourquoi ?

A. Pour loger la bosse pariétale postérieure dans la concavité sacrée, par bascule, il faut qu'il y ait une concavité sacrée, pas une saillie de faux promontoire, ni un diamètre mi-sacro-pubien insuffisant.

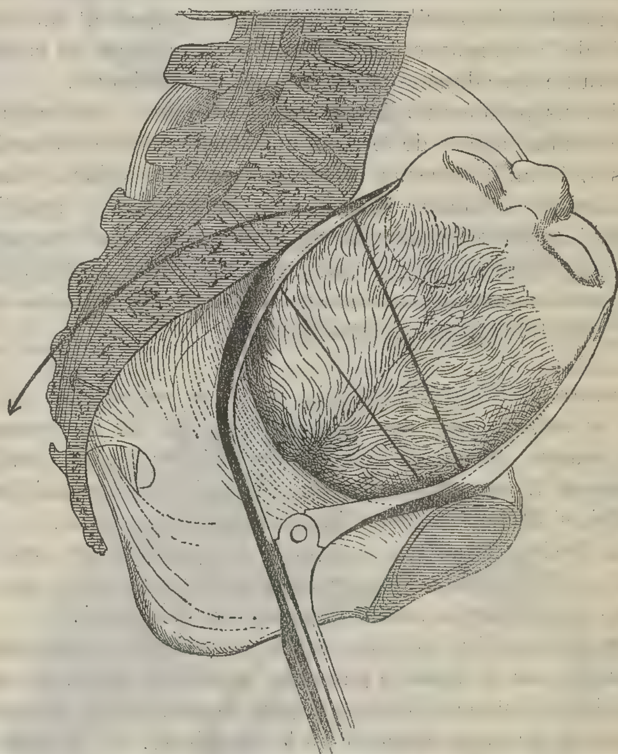


Fig. 8. — Sacrum non divergent refusant la bosse pariétale postérieure, — La flèche tracée en arc de cercle autour du point sous-pubien comme centre, montre ce que devrait être la direction et la courbure de la face pelvienne du sacrum. — La mensuration du diamètre mi-sacro-pubien avertit l'accoucheur de ce vice de conformation qui, empêchant la bascule, l'action du levier, contre-indique l'emploi de cet instrument et indique la symphyséotomie.

B. Quant à la présentation du front, je crois devoir, quoique A. Martin n'ait pas traité ce point, insister sur l'impossibilité de faire descendre, dans un bassin juste, une tête qui n'est pas fléchie.

Fiez-vous aux contractions des parois utérines et abdominales, prenez le forceps, prenez mon instrument : *il faut que la tête soit fléchie* pour entrer dans un bassin juste.

Une tête de 90 peut descendre dans un bassin de 90, *si elle est fléchie.*

La même tête de 90 peut refuser de s'engager dans un bassin ayant un promonto-pubien de 95, 100 et plus, *si elle n'est pas fléchie.*

Pourquoi ?

Non fléchie, la tête, appliquée derrière le contour antérieur du détroit supérieur du bassin, touche de chaque côté le linteau de la gouttière obturatrice, fait corde à l'arc des corps pubiens sur la ligne médiane, perd, c'est-à-dire retranche au diamètre promonto-pubien minimum, environ 10 millimètres, quelquefois près du double : plus de 16, sur l'un des quatre bassins types choisis et prêtés par un accoucheur compétent.

Ce vide, cette perte sont rendus sensibles de deux manières :

1° Si l'on pose la tête en attitude de Nægelé sur le détroit supérieur d'un bassin juste, c'est-à-dire si l'on engage le pariétal antérieur, on observe un large vide derrière les pubis, comme celui que représente la figure 17 ci-après, page 141 ;

2° Au contraire, si l'on engage le pariétal postérieur au-dessous du promontoire, on voit qu'en avant les deux branches horizontales des pubis sont couvertes, l'une par l'apophyse orbitaire externe, l'autre par l'arrière-pariétal ; l'engagement est impossible, et cependant, on aperçoit bien au droit de la symphyse que le diamètre transverse de la tête pourrait entrer dans le promonto-pubien minimum.

Si nous prenons un bassin aplati ordinaire, nous regardons comme article de foi, que non fléchie la tête retranche plus de 10 millimètres au diamètre promonto-pubien. Donc, au lieu de s'étonner de voir mon instrument — que j'ai voulu incapable d'aplatir la tête — ne pas réussir à engager une tête de 90 *non fléchie* dans un bassin de 95, il faut s'attendre à échouer encore avec un bassin de 100 et même de 105, si la tête n'a pas pu être fléchie.

Savoir qu'il faut à tout prix, dans l'accouchement opéré par la nature, par une manœuvre ou par un instrument quelconque, fléchir la tête, est le premier point ; savoir comment il faut s'y prendre pour réussir, et pourquoi c'est parfois si difficile et même impossible, est le second.

La flexion d'une tête *appuyée et non fléchie* exige que le cou, lieu de la flexion, puisse être soulevé, et avec le cou le corps tout entier du fœtus. Figurez-vous les choses.

De la charnière occipito-vertébrale à la bosse pariétale appuyée sur la branche pubienne quand la tête n'est pas fléchie, la distance oblique est plus longue que la distance verticale de cette charnière à la symphyse. Or, fléchir la tête, c'est amener la bosse près de cette symphyse, amener l'hypothénuse à la place du côté vertical du triangle et par conséquent soulever la charnière qui en est le sommet.

C'est facile quand il reste une quantité notable d'eaux amniotiques. Autrement, il ne faut négliger aucune précaution : l'utérus n'est, bien entendu, ni contracté ni contracturé ; les parois abdominales sont rendues souples par le décubitus latéral ou genu-pectoral, afin que les deux mains d'un aide, appliquées de chaque côté du ventre, puissent attirer le globe utérin tout entier, pendant que l'accoucheur agit par le vagin, etc.

Que peut-il faire par le vagin? Abaisser l'occiput? oui. Relever le front et la face ? oui.

Je crois qu'il doit s'efforcer d'aller du bout des doigts chasser ce qui peut être interposé entre le menton et le sternum. Ce sera un avant-bras, bout du coude ou bout de la main, quelquefois même un pied. Ces parties maintenues par la tonicité des parois utérines, calent la mâchoire inférieure et l'empêchent de se rapprocher du sternum.

J'appelle l'attention des accoucheurs sur ce genre d'obstacles à la flexion que m'a révélé fortuitement une expérience.

Donc, il faut que la tête soit soulevée et fléchie.

Quand elle est soulevée, on arrive facilement, en tordant le manche du préhenseur-levier-mensurateur, à la saisir en long, dans le sens du méridien jugo-pariétal. L'instrument devient alors puissant, par une torsion inverse, pour maintenir et accentuer le degré de flexion antérieurement obtenu.

A. Faute commise dans le placement de la cuiller antérieure

Quoique la cuiller antérieure soit placée *après* la postérieure, je vais cependant indiquer tout de suite la faute la plus commune commise dans son placement. Pour amener la *cuiller articulée* en avant, il faut, *comme avec le forceps*, contourner *le front* et *pas l'occiput*, parce que, dans ce dernier cas, le moignon de l'épaule qui est appliqué sur la région mastoïdienne arrêterait le bec de cette cuiller. C'est arrivé à Martin une fois, cela arrivera à tous ceux qui auront oublié la *position*. Où est l'occiput? Du côté de la main-guide. Prenez toujours, même au début pour la cuiller postérieure, la bonne main-guide, qui, une fois introduite, ne se retire jamais tout à fait du vagin.

B. Fautes commises dans le redressement de la tête et dans l'application de la cuiller postérieure

Ce sont celles auxquelles les débutants sont le plus exposés.

Je vais d'abord rappeler les préceptes majeurs de l'application correcte. L'on verra ensuite du premier coup d'œil quel résultat donne nécessairement l'oubli de l'un de ces préceptes.

Les lecteurs de la *Gazette* doivent se rappeler que la cuiller postérieure ne peut remonter derrière le pariétal d'abord, la tempe, le zygoma et la joue ensuite, que si la tête est, suivant le langage des accoucheurs, inclinée sur son pariétal antérieur, attitude dite de Nægelé ou tout au moins synclytique. Si le doigt toucheur a trouvé la suture sagittale — dans le plan médian, bien entendu — à moins de 55 millimètres du sous-pubis, c'est-à-dire près, ce qui est l'ordinaire, je crois, au début du travail, la tête est inclinée sur son pariétal postérieur ; le bout des doigts sent l'oreille postérieure, la joue n'est pas loin des vertèbres : la cuiller postérieure, courte ou longue, ne peut pas être appliquée dans cette attitude. Son bec heurte d'abord la bosse pariétale avant de la franchir, s'enfonce ensuite dans le dépressible ptéryon et, voulant en sortir, bute soit contre l'oreille, soit contre le zygoma ou l'apophyse orbitaire externe.

Il faut que cette tête soit redressée.

C'est pour cela que j'ai fait construire un redresseur-guide ou guide-redresseur, palette scaphoïde qui, après avoir redressé la tête, sert de rail creux à la cuiller.

Si vous enfoncez beaucoup le redresseur et l'enfoncez encore en redressant, tout ira bien (fig. 9).

Si vous ne l'enfoncez pas assez, vous prépulserez un peu le crâne sans redresser la face et tout ira mal (fig. 10).

Même la cuiller courte avec un guide-redresseur qui, n'ayant pas été enfoncé, n'a pas redressé, ne peut se placer convenablement (fig. 11).

Pas davantage la cuiller longue (fig. 12).

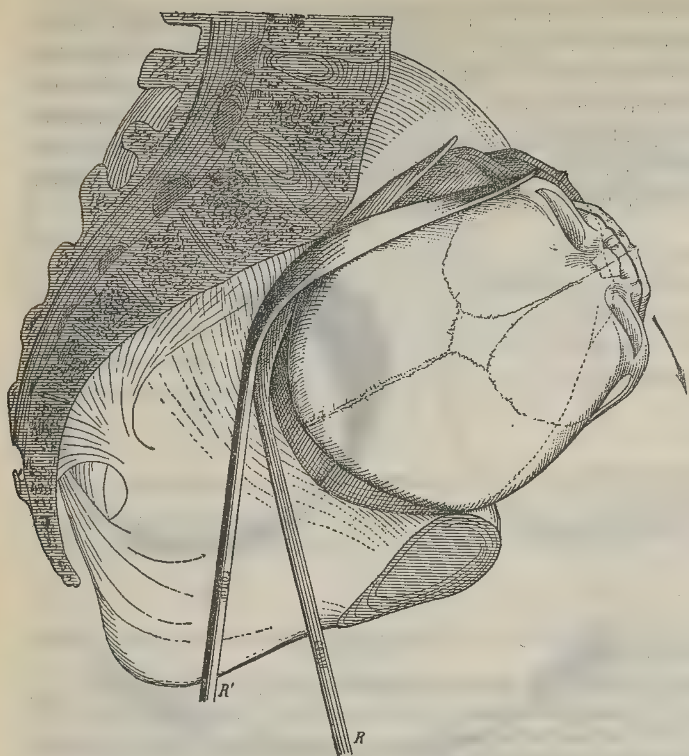


Fig. 9. — La tête (tête grise) est trop inclinée sur son pariétal postérieur pour recevoir d'emblée la cuiller postérieure courte ou longue.

Le guidere-dresseur R est bien introduit, très profondément, jusqu'à ce que son milieu, où le nom du fabricant est timbré, se trouve dans la vulve : vous voyez qu'il atteint la tempe du fœtus.

Poussez davantage encore le redresseur en même temps que vous en abaissez le manche R R' vers la fourchette périnéale : le nom gravé au milieu de l'instrument pénètre dans la vulve ; la face du fœtus chassée par la palette s'est portée seule en avant suivant la flèche ; le crâne est resté en place. Le redressement est bien opéré ; la cuiller postérieure va monter dans le creux du guide sans heurter du bec ni la bosse pariétale, ni l'oreille, ni l'arcade zygomato-malaire.

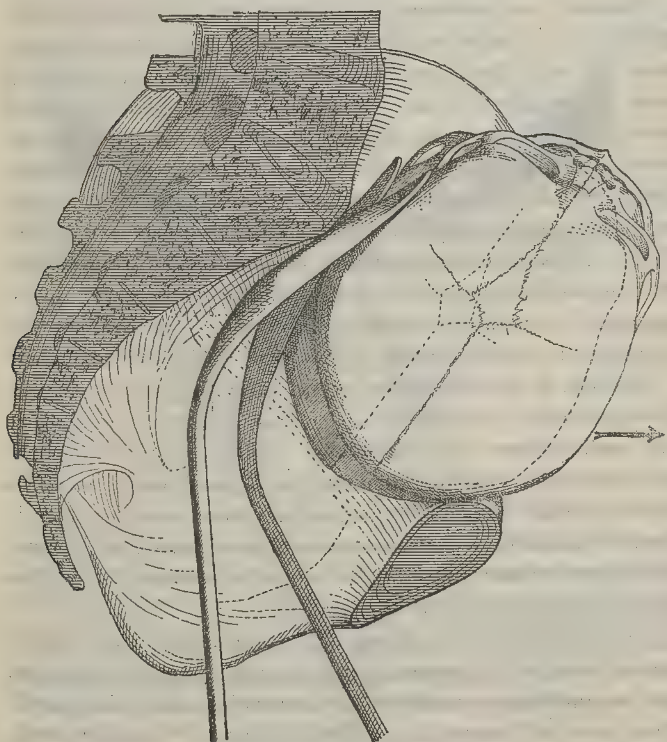


Fig. 10. — Le guide-redresseur a été insuffisamment introduit (tête grise).

Quand l'opérateur a voulu redresser la tête, il n'a pas poussé l'instrument davantage. Aussi, au lieu de ne renverser que la face en avant, a-t-il chassé la tête en masse sur les pubis en lui conservant une attitude défavorable au placement de la cuiller postérieure : il a produit la prépulsion sans redressement. Comparez avec la figure 9.

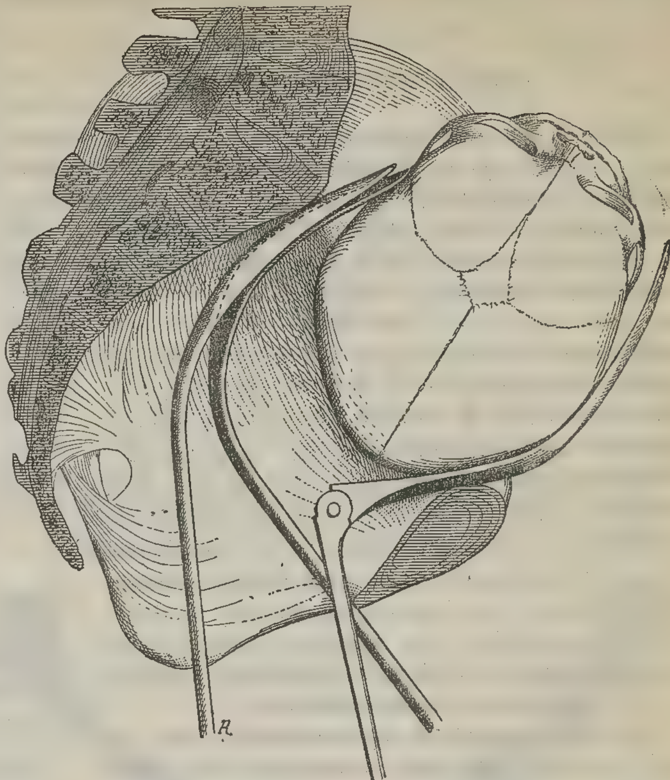


Fig. 11. — Tête restée inclinée sur son pariétal postérieur, non redressée ; la cuiller antérieure, supposée en place, semble inviter la tête à s'incliner sur elle : en fait, elle l'y détermine souvent quand, dans les essais expérimentaux, on introduit cette cuiller la première. L'attitude de cette tête non redressée fait que la cuiller postérieure, même la courte, écorche le cuir chevelu et ne peut monter assez haut pour embrasser étroitement le pariétal postérieur ; le manche ne pourrait être appliqué de tout son long sous le manche de la cuiller antérieure.

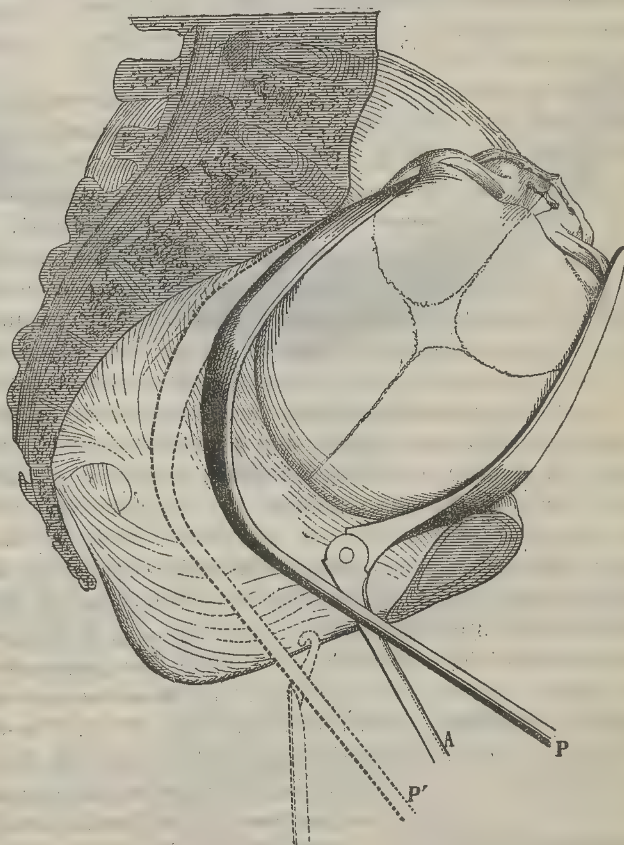


Fig. 12. — Tête non redressée, échec d'application de la cuiller postérieure longue dont le bec est arrêté par l'arcade zygomato-malaire. — Vient-on à abaisser de P en P' le manche de cette cuiller, à s'obstiner à le vouloir coucher sous le manche de la cuiller antérieure, on s'aperçoit bientôt que la tringle ne peut atteindre le boulon de la charnière pour s'y accrocher (lignes pointillées).

III

EXPLICATIONS POUR M. BUDIN

D'après l'*observation anatomique* et l'*expérimentation cadavérique*, auxquelles je me livre depuis dix ans, l'une et l'autre soumises au contrôle de la clinique, j'ai pu donner aux accoucheurs de bonne volonté un certain nombre de faits, d'instruments et de manœuvres qui précisent leur diagnostic et rendent, dans certains cas, leur intervention plus efficace et tout à fait inoffensive. Si je n'avais pas eu à côté de moi un jeune accoucheur pour me dire, chaque fois que je lui montrais l'un de ces faits anatomiques, de ces résultats expérimentaux ou de ces instruments : « Monsieur, c'est nouveau, je vous assure que c'est nouveau..., nos livres disent tout le contraire..., demain je vous les apporterai... », je n'aurais pas cru que les accoucheurs avaient, à ce point, négligé de s'instruire des choses fondamentales de leur métier et méprisé à ce degré la recherche des moyens capables de donner un peu de précision à leur diagnostic et à leurs opérations.

Je le sais aujourd'hui, et ce n'est pas d'hier : ce qui me rend si difficile la propagation de notions élémentaires et facilement démontrables, est cela même qui rend la plupart des accoucheurs inférieurs à la plupart des chirurgiens.

Chez nous, ceux-ci passent des années à apprendre les sciences sur lesquelles est fondée la pratique de leur futur métier. Ils subissent des concours successifs, dont les épreuves théoriques et pratiques roulent sur l'*anatomie* tout entière et la *dissection*, sur l'*histologie* et sa *technique*, sur la *physiologie*, la *chirurgie*, la *médecine opératoire*, et même sur l'*anatomie pathologique*. Cela dure six ou huit années pendant lesquelles ces jeunes gens sont employés à enseigner, c'est-à-dire à apprendre plusieurs fois l'anatomie et la médecine opératoire.

Les futurs accoucheurs n'apprennent rien de tout cela.

Non, pas même l'anatomie du bassin de la femme ; aucun d'eux ne serait capable d'en disséquer sans embarras les muscles et les ligaments, encore moins d'en injecter et d'en nommer les vaisseaux, puisqu'ils ne l'ont jamais fait. Ceux de la province me l'ont avoué; ceux de Paris n'avaient pas à le faire.

J'ai prié les professeurs de remédier à cet état de choses préjudiciable à la considération et à la valeur de leur corporation, de donner une autre éducation première à leurs futurs chefs de clinique, agrégés, etc., en leur imposant des épreuves spéciales qui les obligent à consacrer une pauvre petite année à la partie d'anatomie, d'histologie et de physiologie, qu'ils ont besoin de savoir pour ne pas rester des frères mineurs parmi les chirurgiens. Je n'ai pas encore réussi à les convaincre qu'il fallait faire apprendre ces choses à leurs élèves autrement qu'ils ne les avaient apprises eux-mêmes, c'est-à-dire dans leurs livres, c'est-à-dire pas du tout. Je désirerais gagner cette cause ; j'ai donc tout avantage à ne pas froisser les confrères qui ont le pouvoir de la juger ; qu'ils me pardonnent de dire la vérité; qu'ils comprennent que je suis leur véritable ami.

La vérité, relativement au sujet qui m'occupe, est que M. Budin semble ignorer tout ce qu'il lui fallait savoir pour contrôler mes affirmations déjà contrôlées par tant de ses confrères, qui n'ont pas comme lui craint de déroger en venant dans mon laboratoire. Il semble n'avoir rien voulu lire des nombreuses publications que j'ai faites en véritable « iatro-mécanicien » que je suis. Mes premiers maîtres m'appelaient déjà ainsi. Autrement, il eût, j'imagine, compris qu'en appelant expériences ce qu'il donne au public sous ce nom, il abusait de ce vocable sacré.

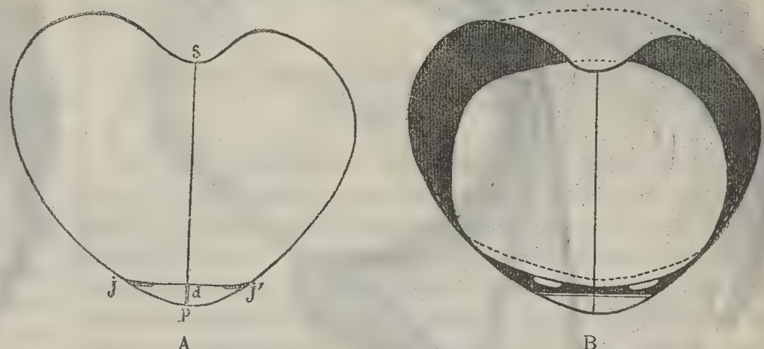


Fig. 13. — Contour donné par M. Budin comme étant celui du détroit supérieur de son bassin métallique :

A (figure calquée). — M. Budin applique les jumelles de la cuiller vide en *j j'*, et, joignant les points de contact par une ligne droite, conclut que la distance *d* est retranchée au diamètre sacro-pubien qu'il appelle à tort diamètre promonto-pubien minimum, car jamais le contour antérieur du détroit supérieur n'a, dans les bassins aplatis, la forme de ce dessin.

Mais sa faute grave et véritablement déconcertante, quand on songe à la situation de l'expérimentateur, c'est de ne pas avoir mis de tête dans l'instrument.

Voyez B, c'est le même contour, celui de M. Budin ; j'y ai mis une toute petite tête (75mm de diamètre bi-pariétal) : et vous voyez que, malgré sa petitesse, elle touche de chaque côté le pelvis et emporte avec elle les jumelles que l'on ne peut plus accuser d'empêcher l'utilisation de l'angle pubien. Le contour pointillé est celui d'une tête de grosseur normale : il touche plus en arrière et agrandit en conséquence l'espace perdu où l'on pourrait superposer cinq ou six innocentes cuillers.

D'abord, non seulement il ne prend pas un bassin naturel garni de ses muscles, de ses ligaments et de son périnée, mais ce sont des bassins en métal, moulés sur je ne sais quoi, et auxquels il ne paraît pas même avoir songé à ajouter un périnée, ne fût-ce que sous la forme d'une lanière inter-ischiatique. Si le périnée n'existait pas, le simple forceps droit serait probablement le seul instrument simple et peu coûteux, employé comme adjuvant par les accoucheurs. Mais il existe ce périnée ; et quand vous le supprimez sur vos bassins de bois et de caoutchouc destinés à l'enseignement ou sur vos bassins métalliques, vous trichez, honnêtement et sans le savoir, je le veux ! Pajot où êtes-vous?

Ensuite, M. Pierre Budin prend mon préhenseur-levier-mensurateur. Partisan de la version, il devrait me bénir de lui avoir donné un *mensurateur céphalique* qui lui permet au moins de n'entreprendre son opération favorite qu'après avoir constaté que, la disproportion étant minime entre le bassin et la tête, il a chance de terminer assez vite l'extraction pour amener un enfant vivant et non blessé. Il n'a pas même remarqué ce mot *mensurateur*.

Ce qui est plus fort, étonnant, déconcertant, c'est que le terme *levier* ne l'a pas occupé davantage. Depuis longtemps, les accoucheurs connaissent les merveilles du levier simple dans les rétrécissements modérés du bassin. Cet instrument, *quand il ne glissait pas*, forçait la tête à basculer en arrière, à tomber dans l'excavation. Mais il glissait. J'en fais un *qui prend*, qui *ne glisse pas* : M. Pierre Budin ne dit rien de ces propriétés majeures de l'instrument qu'il condamne. Ignore-t-il donc la *nécessité de la bascule* et le *mécanisme naturel*? Il faut

bien le croire, car je ne puis le taxer de mauvaise foi.

Peut-être alléguerait-il, s'il daignait causer avec n'importe lequel de mes élèves, qu'il n'ignore rien de tout cela, mais qu'il a plus de confiance dans le forceps qui tient ferme (?) et amène quand même; que peu lui importe d'aplatir la tête de 10 ou 15 millimètres, de la briser même, et, qu'après tout, le forceps ne tue qu'un tiers des enfants.

Les blessés par le forceps sont oubliés, et cela m'indigne, tant je connais d'histoires qui devraient ouvrir les yeux des accoucheurs s'il ne suffisait pas de réfléchir à ce que devient l'encéphale pendant un aplatissement de 15 millimètres. La place me manque pour traiter ce sujet. Songez-y-donc, Monsieur !

Donc, mon malheureux instrument a été expérimenté et jugé comme tracteur ! Tracteur ? Je n'ai pas voulu faire un tracteur.

Comment a-t-il été appliqué sur la tête, le mémoire n'en dit rien. Je vois seulement que la cuiller antérieure a été posée à vide derrière le contour antérieur du bassin : en haut, au milieu, en bas, *nescio*. C'est à elle que M. Budin attribue l'inefficacité de l'instrument. Voyez les figures et leurs légendes, elles en disent assez.

Comment a-t-il pu réussir à empêcher ses têtes de passer dans ses bronzes, si elles étaient casquées correctement par les cuillers du préhenseur, je ne me l'explique pas. Il ne donne aucune relation de ses essais qu'aucun de mes élèves n'a vus, qui n'ont pas été contrôlés...

Les cuillers du préhenseur-levier-mensurateur appliquées en long sur la *tête fléchie*, suivant le méridien pariéto-jugal, s'y adaptent parfaitement, ne font aucun relief qui puisse arrêter ni même retarder l'engagement d'une tête. Voilà ce que M. Budin aurait vu s'il avait voulu... mais il n'a pas voulu. Que voulez-vous que j'y fasse? Sinon convier de nouveau les accoucheurs à venir chez moi juger par eux-mêmes?

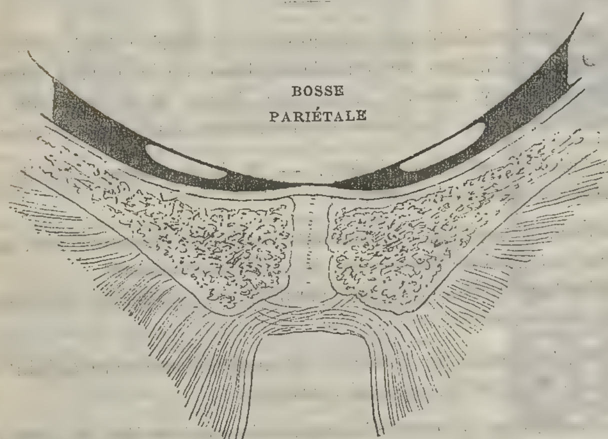


Fig. 14.

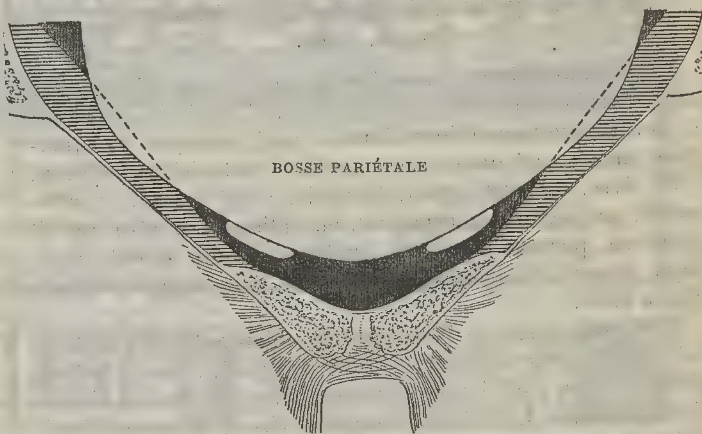


Fig. 16.

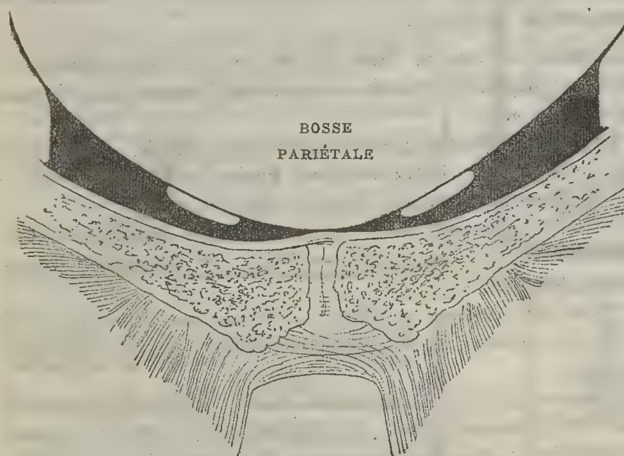


Fig. 15.

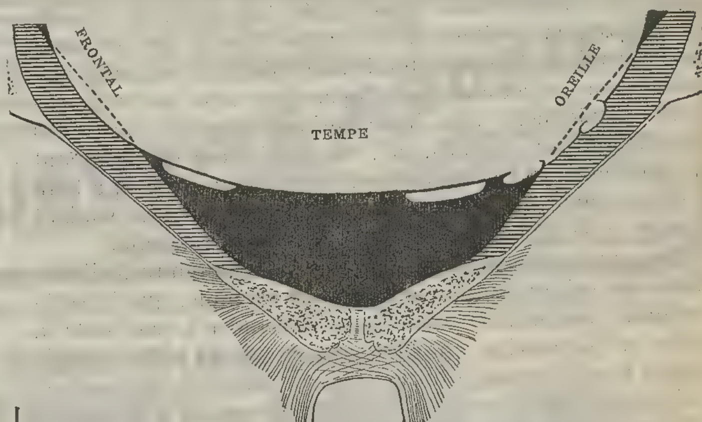


Fig. 17.

Fig. 14 et 15. — Une matière plastique, ayant été appliquée sur le tiers antérieur du contour pelvien, a été comprimée entre ce contour et la bosse pariétale antérieure encadrée de la cuiller du préhenseur et cherchant à franchir le détroit tout juste suffisant.— Cette matière plastique noire, coupée *dans le plan du détroit*, a fourni avec des bassins et des têtes différentes, des dessins analogues, entre autres les deux qu'on voit ici, la fig. 14 obtenue avec une tête squelettique, la fig. 15 avec une tête garnie d'un chevelu à demi desséché.

Conclusion : Toujours, en entrant dans le bassin, la bosse d'une *tête fléchie* touche le pubis ou le bourrelet; les jumelles, écartées de $0^{m}2$ seulement, ont leurs faces céphaliques appliquées au cuir chevelu. Leurs faces opposées sont dans le vide qui existe derrière les corps des pubis, vide où pourraient se loger des jumelles beaucoup plus épaisses.

Fig. 16 et 17. — Par le même procédé de la double empreinte céphalo-pelvienne suivie d'une coupe de la matière plastique, ont été obtenus les rapports de la *région basse de la symphyse:* 1° avec le contour de la bosse pariétale fig. 16; 2° avec la surface temporo-pariétale relativement plane de la tête fig. 17, qui de chaque côté touche et déprime le muscle obturateur.

Certainement, les jumelles de la figure 17, si on les réunissait par une membrane tendue et si alors on appliquait la cuiller sans tête derrière l'origine des branches descendantes des pubis, laisseraient un espace entre la membrane et la symphyse. C'est, d'après M. Budin, l'espace perdu qui condamne l'instrument !

Ne manquez pas de le remarquer : ce n'est pas par les jumelles incrustées dans le cuir chevelu que s'établit le contact avec le pelvis, c'est en dehors d'elles, à droite et à gauche, par la tête elle-même qui, bien moins convexe que le contour pelvien n'est concave, laisse un vide très large et assez épais pour loger une ou plusieurs fois l'épaisseur de la cuiller de l'instrument.

THÉRAPEUTIQUE

Pour rendre la quinine acceptable.

M. Schneider recommande de se servir de pommes mûres pour donner à la quinine un goût acceptable et même agréable. Il conseille de râper de la pomme (acide de préférence) et de mettre dans une cuiller à bouche le sel de quinine disposé entre deux couches de pomme râpée. Prise de cette manière, la quinine ne laisse dans la bouche aucun goût amer.

D'autres ont recommandé d'administrer la quinine avec du cognac et du sirop d'écorce d'oranges, ou avec du cognac et du jus de citron concentré. (*Abeille médicale.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de gynécologie clinique et opératoire (1), par S. Pozzi.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler deux fois du livre de M. Pozzi et d'en dire tout le bien qu'il méritait. Le succès a montré que nous étions dans le vrai, puisque, en quelques années, cet ouvrage est arrivé à sa troisième édition.

Ce livre, essentiellement français, a été traduit en allemand, en anglais, en espagnol, en italien, il va être traduit en russe, portant ainsi aux quatre coins du monde l'antique renom de la chirurgie française. Son éloge n'est donc plus à faire.

Le plan général de l'ouvrage est, bien entendu, resté le même et le gros œuvre n'a pu être remanié. Mais cette troisième édition a été l'objet d'une revision attentive et d'additions notables. La chirurgie marche vite et en particulier la chirurgie gynécologique. Aussi pouvons-nous noter des chapitres complètement transformés, tels que ceux relatifs à l'asepsie, au traitement des corps fibreux par les nouveaux procédés d'hystérectomie abdominale et vaginale, aux indications de cette dernière opération dans les suppurations pelviennes, aux interventions récentes contre les rétrodéviations utérines, etc. M. Pozzi, tout en indiquant sa préférence et en manifestant son opinion propre, a tenu à donner une idée exacte des différentes doctrines, voulant laisser le lecteur se faire une conviction personnelle.

Dans un traité de cette nature, il serait toujours facile de faire des critiques et de trouver, par exemple, que l'hystérectomie abdominale totale pour fibrome n'a pas toute la place qu'elle mérite, que l'auteur a eu tort de mettre sur le même pied le procédé dit définitif de Richelot, que peu de chirurgiens pratiquent, avec d'autres procédés meilleurs et plus répandus. Mais toutes ces petites critiques ne sont, en réalité, que des divergences d'opinion entre l'auteur et d'autres chirurgiens et ne sont pas de véritables critiques. En réalité, ce traité est un de nos bons et excellents livres : il est empreint d'une grande originalité. Il contient tout ce qui intéresse la gynécologie; il est écrit clairement, divisé avec méthode : c'est notre livre national de gynécologie. C'est lui, nous le répétons, qui nous fera connaître et apprécier à l'étranger.

Édité avec soin, nous dirions même avec luxe, ce traité contient 628 figures, presque toutes originales et gravées avec grand soin. Les objections de détail que l'on peut lui faire sont insignifiantes et disparaissent devant la valeur générale de l'ouvrage.

En terminant, qu'il nous soit permis de renouveler un vœu. Il est inadmissible que la Faculté de Paris, qui vient de créer un cours annexe de laryngologie et d'otologie, n'entre pas plus franchement dans la voie des spécialisations et c'est une honte pour notre Université de Paris, qu'à la Faculté de médecine, la gynécologie ne soit pas représentée. Personne n'ignore que l'enseignement clinique des maladies des femmes, si multiplié et si perfectionné à l'étranger, n'existe pas chez nous.

En tête d'un de nos édifices, on peut lire au-dessous des trois mots sacramentels de Liberté, Égalité, Fraternité, cette inscription trompeuse : Clinique d'accouchement et de gynécologie. En réalité, cette clinique est essentiellement obstétricale. Aucune affection gynécologique n'y est traitée et il est profondément regrettable qu'à la fin de ce siècle une telle lacune existe encore à la Faculté de Paris.

A. R.

(1) In-8°. Prix : 30 francs. — Paris, Masson et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 1er février 1897, MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Dupuy, Rapin, Marmey, Martin, Aquarone, Mayer et Louarn ont été nommés médecins stagiaires de deuxième classe des colonies.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le professeur Treille est nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Porte, suppléant, est nommé professeur de clinique médicale.

M. le docteur Nicolas, ancien suppléant, est nommé professeur de physiologie.

— M. le professeur Ducamp est nommé médecin-adjoint au lycée de Montpellier (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourgeois (de Paris), Colladon (de Genève), Lalourcey (de Laignes), Ch. Loiseau (de Paris), Spencer Wels (de Londres) et Wannebrouck (de Lille).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 15 au 20 février 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 15 FÉVRIER. — 2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer et Weiss ; — M. Widal, suppléant.

3e examen, oral (1re partie) : MM. Pinard, Ricard et Tuffier ; — M. Widal, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Terrier, Humbert et Lejars ; — (2e série) : MM. Tillaux, Delbet et Walther ; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

MARDI 16 FÉVRIER. — 3e examen (oral, 1re partie) : MM. Le Dentu, Pozzi et Quénu ; — (2e partie) : MM. Raymond, Hutinel et Chantemesse ; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Panas et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Dieulafoy et Marfan ; — (2e partie, 2e série) : MM. Cornil, Charrin et Achard ; — M. Marie, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Hartmann ; — M. Ménétrier, suppléant.

MERCREDI 17 FÉVRIER. — 3e examen (2e partie) : MM. Landouzy, Chauffard et Gilles de La Tourette ; — M. Heim, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Marchand, Delbet et Broca ; — (2e série) : MM. Humbert, Peyrot et Tuffier ; — (2e partie) : MM. Hayem, Gaucher et Widal ; — M. Netter, suppléant.

JEUDI 18 FÉVRIER. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Guyon, Pozzi et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Tarnier, Berger et Thiéry ; — (2e partie) : MM. Hutinel, Charrin et Roger ; — M. Achard, suppléant.

4e examen : MM. Pouchet, Netter et Thoinot ; — M. Achard, suppléant.

VENDREDI 19 FÉVRIER. — 4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter ; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Terrier, Peyrot et Walther ; — (1re partie, 2e série) : MM. Marchand, Humbert et Broca ; — (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Wurtz ; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire ; — M. Lejars, suppléant.

SAMEDI 20 FÉVRIER. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Chassevant ; — définitif (officiat) : MM. Cornil, Pozzi et Gilbert ; — M. Letulle, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Le Dentu, Nélaton et Albarran. — (2e partie, 1re série) : MM. Laboulbène, Debove et Marie. — (2e partie, 2e série) : MM. Joffroy, Hutinel et Marfan ; — M. Roger, suppléant.

5e examen (1re partie obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Thiéry ; — M. Quénu, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 17 FÉVRIER, à une heure. — M. G. Brouardel. Étude sur l'arsénicisme (MM. Fournier, président ; Pouchet, Thoinot et Wurtz). — M. Labesse. Du glycérophosphate de chaux et de la noix de kola (MM. Pouchet, président ; Fournier, Thoinot et Wurtz). — M. Camous. Hygiène urbaine : projet d'assainissement de la ville de Nice (MM. Pouchet, président ; Fournier, Thoinot et Wurtz). — M. Poupart. Un type nouveau d'ectopie testiculaire (MM. Tillaux, président ; Pinard, Ricard et Bonnaire). — M. Jalaguier. Fractures de l'olécrâne (MM. Tillaux, président ; Pinard, Ricard et Bonnaire). — M. Cros. De la rétention des membranes dans l'accouchement à terme (MM. Pinard, président ; Tillaux, Ricard et Bonnaire).

JEUDI 18 FÉVRIER, à une heure. — M. Lefrançois. Pronostic et traitement des plaies perforantes de l'œil (MM. Panas, président ; Debove, Pozzi et Gilbert). — M. Dauriac. Des infections biliaires dans la fièvre typhoïde (MM. Debove, président ; Panas, Pozzi et Gilbert). — M. Noel. Sur la topographie et la contagion du cancer (MM. Mathias-Duval, président ; Dieulafoy, Chantemesse et Ménétrier). — M. Apert. Le purpura, sa pathogénie et celle de ses diverses variétés cliniques (MM. Dieulafoy, président ; Mathias-Duval, Chantemesse et Ménétrier). — M. Kahn. Étude sur la régénération du foie dans les états pathologiques (kystes hydatiques. Cirrhose alcoolique hypertrophique) (MM. Dieulafoy, président ; Mathias-Duval, Chantemesse et Ménétrier). — M. Lecout. Du traitement des kystes synoviaux articulaires du poignet (MM. Laboulbène, président ; Joffroy, Letulle et Nélaton). — M. Rouquette. Sur l'anatomie pathologique et le diagnostic de la lithiase rénale chez les épileptiques (MM. Laboulbène, président ; Joffroy, Letulle et Nélaton). — M. Mougin. Du calomel dans les maladies du foie, du cœur et du rein (MM. Joffroy, président ; Laboulbène, Letulle et Nélaton).

Paris, le 8 février 1897.

Pendant l'année scolaire qui vient de s'écouler, 165230 étudiants ont fréquenté la bibliothèque de la Faculté de médecine, et 260000 volumes, environ, ont été communiqués. Sans parler des milliers de volumes prêtés, soit à Paris, soit aux Facultés de province, ou des ouvrages consultés dans les salles réservées, on peut, par les chiffres ci-dessus, se rendre un compte suffisant de l'activité de cette bibliothèque de notre Faculté.

Or, cette malheureuse bibliothèque agonise et se meurt, faute de l'argent nécessaire pour compléter les collections de ses ouvrages scientifiques qui restent en souffrance, faute d'argent pour acquérir les ouvrages récents les plus classiques, pour envoyer à la reliure les livres brochés, les publications périodiques détériorés par ces manipulations journalières. Les journaux médicaux eux-mêmes, dont la moindre école de province possède la collection complète, ne pénètrent plus qu'en petit nombre à la Faculté.

On ne saurait reprocher à la Faculté la pénurie de sujets dont souffre l'enseignement pratique de l'anatomie et de la médecine opératoire; mais on peut faire à l'administration supérieure qui tient les clefs de la caisse le grave reproche d'abandonner la bibliothèque à la mendicité publique. Car il faut l'avouer, la bibliothèque ne vit que d'aumônes et de dons particuliers.

La bibliothèque, pour nous servir de l'expression consacrée, s'est enrichie de 6491 volumes ou brochures; thèses de Paris, thèses reçues de province ou des Facultés étrangères, brochures et publications de différentes sociétés savantes: Société de chirurgie, Société médicale des hôpitaux, Académie de médecine, sociétés étrangères, enfin de dons particuliers, en très petit nombre d'ailleurs.

Nous ne voulons pas nier l'importance de toutes ces publications, utiles, indispensables même pour une Faculté de médecine, mais représentant des mémoires particuliers, des travaux personnels, des publications sur un sujet restreint, alors qu'à côté, les livres classiques les plus importants font défaut. On a maintenu la thèse comme épreuve terminale des études, mais on ne s'est pas demandé comment l'étudiant pouvait confectionner son travail, on n'a rien fait pour lui permettre d'amasser les matériaux nécessaires à son œuvre. Aussi les juges ne sauraient-ils se montrer bien sévères pour certaines thèses, trop dépourvues de documents, l'étudiant ne pouvant les trouver à la bibliothèque où tout lui manque.

Dans ces 6491 publications, plaquettes ou fascicules divers qui sont entrés à la bibliothèque en l'année 1896, c'est *tout au plus si les ouvrages récemment parus figurent pour cent vingt*.

Les acquisitions d'ouvrages ont été restreintes parce que le crédit alloué est absolument dérisoire. A peine suffit-il pour l'entretien matériel des salles et du mobilier, pour les reliures, les frais de bureau et les salaires, minimes d'ailleurs, du personnel.

On se demande comment, dans de pareilles conditions, la bibliothèque peut encore fonctionner. L'état actuel est lamentable, au-dessous de tout ce que l'on peut imaginer.

Les étudiants qui, parfois, savent si bien eux-mêmes plaider leur propre cause, devraient exiger la mise en état de leur bibliothèque, le premier et le plus suivi de leurs laboratoires; ils devraient demander de suite une allocation suffisante pour combler les lacunes et dans l'avenir un crédit plus élevé pour que la bibliothèque puisse se maintenir à la hauteur de sa tâche.

On nous pardonnera d'insister autant sur ce point, mais les étudiants qui ont besoin de s'instruire, ceux qui veulent faire des recherches ou travaux personnels, nous comprendront, ils se demanderont comment il sera possible de combler l'arriéré. On est effrayé devant les sommes énormes qu'il faudra plus tard, le jour où enfin l'on voudra reconnaître que la bibliothèque, encombrée de vieilles publications sans grande valeur, débris curieux d'un passé historique, n'existe plus qu'à l'état de fossile.

La séance du 5 février, à la Société médicale des hôpitaux, a été presque tout entière consacrée à des communications relatives à la cirrhose hépatique pigmentaire.

Dans le cas de MM. Rendu et de Massary et dans les deux cas de MM. Jeanselme et Tennesson, il s'agissait d'une cirrhose pigmentaire survenue chez des diabétiques; dans deux cas de M. Letulle, d'une cirrhose alcoolique, et, dans un troisième cas du même auteur, d'un cancer primitif du foie avec lésions cirrhotiques très accusées.

Il y a dans ces observations deux traits communs, l'existence d'un pigment ferrugineux disséminé dans l'organisme et celle d'une lésion scléreuse du foie du type habituel de la cirrhose alcoolique.

Le pigment se montre surtout abondant dans le foie, le pancréas et le cœur : ce sont là, dit M. Letulle, les foyers dans lesquels il se dépose le plus habituellement. On en trouve aussi dans toutes les glandes, y compris les glandes sudoripares, dans les ganglions lymphatiques de l'abdomen et du médiastin. Dans la grande majorité des cas, on n'en trouve que peu ou pas dans les reins. A ce point de vue l'observation de M. Jeanselme fait exception à la règle.

Les réactions chimiques montrent que le pigment brun, assez abondant pour donner au foie et au pancréas une coloration chocolat très accentuée, est un pigment riche en fer. Il est donc probable qu'il se produit aux dépens de l'hémoglobine des globules rouges. Cependant, dans un fait de M. Jeanselme, le nombre des globules rouges paraît normal ainsi que leur richesse en hémoglobine.

Le pigment est, en général, déposé dans la masse protoplasmique des cellules; cependant, M. Jeanselme en a vu dans des capillaires.

On remarquera que le diabète n'est nullement la condition indispensable pour la production de ce pigment ferrugineux et sa dissémination dans l'organisme. La lésion du foie, ainsi qu'il résulte des faits précédents, est beaucoup plus constante que le diabète.

C'est donc la viciation du fonctionnement du foie qui doit avoir l'importance la plus grande dans la pathogénie de la pigmentation généralisée. M. Armand Gautier explique sa production de la façon suivante. Normalement, le foie fabrique du pigment biliaire aux dépens de l'hémoglobine du sang; quand il est malade, il ne peut plus produire que des pigments modifiés et même des pigments ferrugineux qui vont se déposer dans les différents organes.

On peut ajouter, en faveur de cette théorie, que la pigmentation des ganglions voisins du hile du foie est plus marquée que celle des ganglions éloignés.

Ajoutons que, d'après M. Letulle, l'on rencontre ordinairement en même temps la présence dans certains organes

d'un pigment ocreux non ferrugineux et une augmentation du pigment mélanique de la peau.

C'est au dépôt du pigment ferrugineux dans les glandes sudoripares et à l'accroissement du pigment épidermique qu'il faut attribuer la coloration noire du tégument dans le diabète bronzé.

HOPITAL ANDRAL. — M. Albert Mathieu.

La dyspepsie duodénale et son traitement.

Dans le duodénum débouchent les conduits excréteurs des deux glandes annexes les plus importantes de l'appareil digestif, la glande biliaire et la glande pancréatique. Le suc pancréatique et la bile suffisent pour la digestion des aliments des trois ordres, de telle sorte que l'estomac étant supprimé, la vie peut parfaitement se maintenir si ces deux sécrétions sont suffisantes. Le suc intestinal proprement dit n'a sur la digestion qu'une influence très douteuse, et, en tous cas, très minime. Il serait donc fort utile de bien connaître les viciations du chimisme et les troubles digestifs dus à la suppression, à la diminution quantitative ou aux modifications qualitatives de la bile et du suc pancréatique. Il importerait au plus haut point, pour le traitement des états dyspeptiques, de savoir reconnaître et préciser dans sa modalité la dyspepsie chimique de l'intestin. Nos connaissances à ce point de vue sont malheureusement bien imparfaites encore et nous savons bien peu de chose relativement à la médication qu'il conviendrait d'employer dans le traitement de la dyspepsie pancréatico-hépatique, que l'on peut appeler plus simplement encore dyspepsie duodénale.

Dans cette courte revue nous nous proposons d'exposer ce qu'on en sait à l'heure actuelle; ce que l'on sait, malheureusement, ne pèse pas lourd à côté de ce qu'on ignore.

Tout d'abord, nous rappellerons à grands traits quelle est l'action physiologique de la bile et du suc pancréatique.

Bile. — La bile émulsionne la graisse d'une façon parfaite et très stable. Elle transforme en savons alcalins d'une facile résorption les acides gras qui résultent du dédoublement des graisses par le suc pancréatique. Sa présence exciterait du reste les diverses fonctions de l'intestin : elle favoriserait l'absorption en imbibant le revêtement épithélial de la muqueuse; elle exciterait la motricité péristaltique. Ce serait, comme on l'a dit, une sorte de laxatif naturel.

On lui a encore attribué un rôle antiseptique, mais cette propriété lui est actuellement déniée. « La bile constitue un milieu de culture auquel les espèces microbiennes connues peuvent s'adapter. Elles y vivent, s'y développent et y prospèrent (1). » Cette prétendue propriété antiseptique de la bile serait due, en réalité, à l'acidité légère du suc intestinal.

Suc pancréatique. — Il renferme trois ferments : *a.* le ferment amylolytique; *b.* le ferment protéolytique; *c.* le ferment qui amène le dédoublement de la graisse.

a. Le *ferment amylolytique* transforme l'amidon en maltose à la température du corps. Il se produit en même temps des traces de dextrine et de glucose.

(1) Létienne. Th. de Paris, 1891.

b. Le *ferment protéolytique* agit dans un milieu alcalin ou légèrement acide. Son action est suspendue lorsque cette acidité s'accentue. On discute encore sur la nature des produits qui prennent naissance sous cette influence. Pour les uns, il se produirait de la peptone vraie, pour les autres seulement de l'hémi ou de l'antipeptone; il se formerait en même temps des produits secondaires (leucine, tyrosine, asparagine, lysatine, etc.).

c. Le *ferment de dédoublement de la graisse* amène la séparation de la graisse en acides gras et en glycérine (Cl. Bernard, Berthelot). Ce phénomène ne se produit du reste qu'assez lentement *in vitro*. Les acides gras mis en liberté ne tarderaient pas à se transformer, grâce à la bile, en sels alcalins, qui joueraient un rôle important dans la résorption de la graisse. La présence de la bile paraît rendre beaucoup plus active l'action du suc pancréatique sur les graisses.

Il résulte de ce que nous venons de dire que la bile émulsionne les graisses et que le suc pancréatique les dédouble. Quand l'action de la bile est suspendue, les graisses sont mal émulsionnées, mais bien dédoublées; c'est le contraire lorsque le suc pancréatique fait défaut. De là, pour le diagnostic, des indications dont Fr. Müller a fait ressortir toute l'importance.

Digestion de la graisse. — On voit que la bile et le suc pancréatique collaborent, à des titres différents, à la digestion de la graisse.

Quand la bile ne parvient plus dans l'intestin, comme cela a lieu dans l'ictère par rétention, il y a, d'après Fr. Müller, élimination par les fèces de 31,5 à 74 p. 100 de la graisse ingérée. A l'état normal, cette perte n'est que de 7,2 à 10,5 p. 100.

Dans les expériences faites par les physiologistes, ces pertes ont été moins élevées. Pour Dastre, après la suppression de la bile, il y aurait encore absorption de 57 à 65 p. 100 de graisse au lieu de 85 p. 100 à l'état normal.

La bile aurait, du reste, beaucoup plus d'importance que le suc pancréatique pour la digestion de la graisse. Abelmann a trouvé que, en l'absence du suc pancréatique, il y avait encore absorption de 65 à 80 p. 100 de graisse, soit en moyenne 72 p. 100.

Les physiologistes ont montré, par une série de recherches concordantes, qu'en l'absence de la bile ou du suc pancréatique, les graisses finement émulsionnées sont beaucoup mieux utilisées que les autres (Von Mering, Minkowski, Abelmann, Dastre). On comprend donc quels sont, dans des conditions analogues, les avantages du lait qui renferme de la graisse en émulsion parfaite. La clinique avait, depuis longtemps, appris que le régime lacté était très utile dans les cas d'ictère par rétention.

Digestion des substances albuminoïdes et des hydrates de carbone. — Lorsque la bile ne parvient plus dans l'intestin, la digestion et l'utilisation des substances albuminoïdes peut n'en être que faiblement influencée. C'est du moins ce qui ressort des recherches faites par Müller, par Ricke et par Biernazki (1).

Dans l'ictère, les troubles de la nutrition dépendraient beaucoup plus d'une viciation de la vitalité cellulaire due à l'accumulation de la bile dans le sang qu'à la viciation de la

(1) Cités par Von Noorden. In *Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels*, p. 267.

digestion et de la résorption des substances albuminoïdes (Von Noorden).

Qu'advient-il lorsque le *pancréas* est supprimé ou que le *suc pancréatique* ne peut plus parvenir dans l'intestin, ce qui est physiologiquement équivalent?

Von Mering et Minkowski (1) ont trouvé que, chez les chiens privés de pancréas, la résorption de la graisse et des substances azotées avait beaucoup souffert. Abelmann a exposé, dans le tableau suivant, la moyenne des chiffres trouvés par Minkowski dans trente de ses expériences. Ils indiquent la quantité de substances azotées, de graisse et d'hydrates de carbone retrouvés dans les fèces :

	Extirpation totale.	Extirpation partielle.
Substances azotées. .	56 p. 100	46 p. 100
Graisse.	29-43 —	15-23 —
Substances amylacées.	100 —	25-35 —

M. Thiroloix a vu les chiens, chez lesquels il avait détruit le pancréas en injectant de la poudre de charbon dans le canal pancréatique, maigrir beaucoup au début, puis, sous l'influence d'une polyphagie marquée, revenir en quelque temps à leur poids primitif. Il a toujours constaté dans ce cas une hypertrophie des glandes duodénales, qu'il considère comme compensatrice (2).

C'est par les modifications quantitatives et qualitatives de l'élimination des substances grasses par l'intestin qu'on jugerait le plus facilement, d'après Fr. Müller, les viciations de la sécrétion et du fonctionnement de la bile et du suc pancréatique. L'insuffisance de l'action de la bile se traduirait par une diminution sensible de la résorption de la graisse, le suc pancréatique continuant du reste à la dédoubler en glycérine et acides gras. L'insuffisance de l'action du suc pancréatique ayant pour conséquence une sensible diminution du dédoublement des graisses sans que, du reste, leur résorption soit notablement diminuée.

Dans le premier cas, il conviendrait d'exciter la sécrétion de la bile; dans le second, c'est sur celle du suc pancréatique qu'il faudrait chercher à agir.

Médication cholagogue. — Il faut bien avouer que nos connaissances sont bien incomplètes à ce point de vue. Nous nous trouvons en présence, d'une part, de croyances thérapeutiques basées sur la tradition clinique et, de l'autre, de données physiologiques reposant sur des expériences peu nombreuses, mais, en revanche, souvent contradictoires. Comment conclure, du reste, de l'animal sain à l'homme malade?

L'action cholagogue des eaux bicarbonatées sodiques, dont Vichy est le type, et des eaux sulfatées, chlorurées et bicarbonatées sodiques, dont la plus célèbre est à juste titre Carlsbad, est un article de foi thérapeutique devant lequel s'incline la grande majorité des médecins. Les expériences de Lewaschew leur est favorable ; il a nettement constaté chez des chiens munis d'une fistule une augmentation de la sécrétion biliaire sous l'influence des faibles doses de sels alcalins (3).

Les sels alcalins employés à trop haute dose, en solution trop concentrée, loin d'exciter la sécrétion biliaire, la diminueraient. De là peut-être, comme le fait remarquer Galliard, les expériences négatives de Prévost et Binet et des autres auteurs qui ont déclaré que les sels alcalins amenaient un affaiblissement de la sécrétion hépatique.

Galliard, en se basant sur les recherches expérimentales les plus récentes, et principalement sur celles de Prévost et Binet, et de Rutherford, range les substances cholagogues, ou prétendues telles, en quatre séries :

Cholagogues faibles. — Eaux alcalines de Vichy, de Carlsbad, sulfate de soude, phosphate de soude, chlorure de sodium, ipéca, huile de croton, podophyllin, rhubarbe, aloès, sené, boldo, antipyrine, muscarine.

Cholagogues énergiques. — Coloquinte, évonymine, térébenthine, terpine, chlorate de potasse, benzoate de soude, salicylate de soude, salol. La bile serait le plus puissant des cholagogues.

Médicaments sans action cholagogue. — Quinine, caféine, kairine, colombo, bromure de potassium, pilocarpine, arséniate de soude, sublimé, éther, alcool, glycérine.

Médicaments diminuant la sécrétion biliaire. — Iodure de potassium, calomel. Quelle déchéance pour ce dernier, si longtemps considéré comme le meilleur et le plus puissant des cholagogues!

Médication excitante de la sécrétion pancréatique. — L'incertitude est plus grande encore lorsqu'il s'agit d'exciter la sécrétion de la glande pancréatique.

Nous avons relevé et résumé dans le tableau suivant les résultats auxquels sont arrivés les auteurs qui ont le plus récemment étudié cette question.

Substances qui augmentent la sécrétion pancréatique. — Pilocarpine (Kouvschinsky, Gottlieb, Nussbaum), nicotine (Landau), acide chlorhydrique (Dolinsky). Il en serait, du reste, de même, pour Dolinsky, de l'acide lactique et de tous les acides acidulés : acide sulfurique (Gottlieb), solution de soude à 20 p. 100 (Gottlieb), chloral, physostygmine, moutarde, poivre, essence de moutarde (Gottlieb), ésérine (Nussbaum).

Substances qui diminuent la sécrétion pancréatique. — Amers, morphine, cocaïne (Kouvschinsky), solutions alcalines, bicarbonate de soude (Dolinsky), strychnine (Gottlieb).

Substances sans action sur la sécrétion pancréatique. — Atropine (Gottlieb, Nussbaum), amers (Kouvschinsky, Gottlieb), nicotine (Langendorff).

Il y a, on le voit, dans ce tableau, des affirmations en sens contraire. La pilocarpine et les acides, surtout l'acide chlorhydrique, viendraient donc en première ligne parmi les substances qui méritent d'être essayées lorsqu'on veut exciter la sécrétion pancréatique. Les conclusions de Dolinsky sur l'action des acides mériteraient d'être vérifiées. En effet, on a souvent donné, et non sans succès, de l'acide chlorhydrique à des dyspeptiques, dont la sécrétion stomacale était insuffisante. Il serait bien curieux de constater que les bons effets obtenus sont dus en grande partie à l'augmentation de la sécrétion pancréatique.

Il était tout naturel de penser non seulement à exciter la sécrétion des glandes annexes du duodénum ; il était tout naturel aussi de remplacer la sécrétion tarie ou de renforcer la sécrétion insuffisante en faisant ingérer des ferments artificiellement préparés. On a donc administré de la pancréatine.

La pancréatine se montre très active dans les digestions artificielles. Dix centigrammes suffisent pour dissoudre et peptoniser en douze heures 5 grammes de fibrine (Soulier).

(1) Cités par Von Noorden.
(2) Soc. de biol., 22 octobre 1892.
(3) Galliard. *Thérapeutique des maladies du foie*, 1894.

On a fait à l'emploi de la pancréatine une grave objection : elle serait dénaturée à son passage dans l'estomac par l'action digestive du suc gastrique. C'est ce qui a amené Unna à inventer des pilules capables de traverser l'estomac sans être attaquées et de se dissoudre dans l'intestin ; ces pilules étaient enveloppées d'une couche de kératine. Elles sont si résistantes qu'on les aurait retrouvées intactes dans les selles. On a proposé de protéger les pilules de pancréatine en les enduisant simplement d'une couche de graisse, suif ou beurre de cacao, par exemple (Soulier).

On a encore recommandé l'extrait frais de pancréas et la poudre sèche de pancréas. L'extrait frais était préparé par Reichmann, d'après la formule suivante : un pancréas de bœuf est finement haché et mis à macérer dans un lieu frais pendant un jour ou deux, avec une solution aqueuse d'alcool de 0,50 à 15 p. 100. Filtrer. Dose : un petit verre à vin à la fin du repas.

Nous avons vu plus haut que la bile en nature ingérée par voie stomacale était un des plus puissants cholagogues ; on pourrait donc l'employer en thérapeutique, moins cependant pour remplacer la sécrétion naturelle par de la bile empruntée aux animaux que pour exciter la sécrétion hépatique.

On pourrait évidemment, dans certains cas, administrer en même temps de la bile et du suc pancréatique.

L'indication de la bile et des cholagogues serait fournie par la diminution de la proportion de graisse résorbée par l'intestin, l'indication de la pancréatine par le défaut de dédoublement de la graisse retrouvée dans les selles. Mais nous faisons allusion ici à un ordre d'analyses qui n'est encore que très rarement usité pour les recherches cliniques.

En général, nous savons que la bile fait défaut lorsqu'il y a des signes d'oblitération des voies biliaires, c'est-à-dire de l'ictère et de la décoloration des selles. Trop souvent, il s'agit d'obstacles sur lesquels on n'a pas prise par la médication. Le rôle du médecin est alors d'approprier le régime alimentaire à un état anormal qu'il n'a pas le pouvoir de faire cesser. Il résulte de ce que nous avons dit plus haut, que le régime lacté est celui qui permet l'absorption de la plus grande quantité de graisse, évidemment parce qu'elle s'y trouve à l'état d'émulsion.

NOUVELLE AIGUILLE A CHAS AUTOMOBILE

Par P. Mermet,
Interne des hôpitaux de Paris.

Il est difficile, à l'heure actuelle, de présenter aux chirurgiens une nouvelle aiguille à suture. Après tous les perfectionnements qui ont été apportés dans la confection de cet instrument, après l'aiguille véritablement merveilleuse de Reverdin, il semblerait qu'il n'y ait plus d'amélioration à chercher.

Cependant, si on veut bien jeter un rapide coup d'œil sur les divers modèles, on verra que presque toutes sont passibles de quelques reproches. Les unes pêchent par leur complication, d'autres par la difficulté de leur nettoyage, d'autres, enfin, par leur solidité.

But de notre aiguille. — Notre intention, en faisant construire (1) l'aiguille ci-dessous décrite, a été de simplifier autant que possible les divers modèles employés; nous n'avons pas la prétention de fournir ici le prototype de cet instrument si délicat, mais nous osons espérer que le nôtre tiendra une bonne place à côté de ses rivaux. Nous croyons, en tout cas, qu'on ne pourra lui reprocher, comme à tant d'autres, une détérioration rapide dans son fonctionnement, ni la difficulté du nettoyage ou de l'asepsie.

Cette aiguille dans sa structure se rapproche de plusieurs. Comme l'aiguille de Mooig, le chas est en crochet placé du côté de la convexité de l'instrument, à bec regardant la main de l'opérateur ; mais au lieu de rester ouvert en permanence, comme dans cette dernière, ce crochet est pourvu d'un ressort qui reprend sa position primitive dès que le fil l'a déprimé et qui transforme en un véritable chas le crochet momentanément ouvert. Comme l'aiguille de Reverdin, l'instrument est fermé lors de son entrée et de sa sortie et ne risque pas d'accrocher aux tissus qu'il pique ; c'est là un avantage incontestable qui doit exister pour toutes les aiguilles.

Description de l'instrument. — Voici sa description : on verra qu'il est très simple et on sera étonné de ne pas l'avoir vu naître plus tôt.

Nous envisagerons successivement le chas en lui-même et ensuite le ressort qui le ferme.

Tout d'abord l'aiguille est montée. Son chas est allongé plus que dans toute autre aiguille, et en cela il diffère de la plupart des instruments similaires ; il a au maximum 5 millimètres de long, et cette dimension est nécessitée pour le fonctionnement du ressort. Il est ouvert du côté du dos de l'instrument, de manière à ce que le crochet soit dirigé en arrière. Celui-ci est peu saillant ; sa pointe est taillée en biseau, le biseau regardant le chas même de l'aiguille.

Le ressort qui ferme ce dernier du côté du dos de l'instrument est une petite lame d'acier rigide et suffisamment élastique cependant, de l'épaisseur du plat de l'aiguille. Il est brasé au cuivre à celle-ci, au niveau de la partie postérieure du chas. L'extrémité antérieure de ce ressort est également taillée en un biseau dont la surface doit s'appliquer exactement à celle du crochet précédemment décrit.

Si on veut bien regarder la figure qui accompagne cette description, on verra en outre que le chas de l'aiguille se prolonge assez en avant du crochet, du côté de la pointe de l'instrument ; cette encoche profonde est destinée à loger le fil après son introduction dans le chas.

La pointe de l'aiguille ne diffère en rien, enfin, de celle des instruments similaires ; elle est seulement un peu plus lancéolée de par la configuration même du chas.

Modèles divers de cette aiguille. — Nous venons de décrire le modèle ordinaire de notre aiguille, celui de l'aiguille à suture d'usage courant.

Il est évident que le chas automobile peut s'appliquer à toutes les aiguilles mousses ou pointues employées en chirurgie. Nous avons ainsi fait construire, avec cette modification, des aiguilles de Cooper, de Deschamps, d'Emmet, de Terrier, etc. Nous croyons maintenant que ces dernières, les aiguilles dites à pédicules, ainsi transformées, rendront beaucoup de services ; tout aide sait la difficulté qui existe, dans une laparotomie, pour aller passer dans le petit bassin le chef d'une soie dans le chas d'une aiguille ordinaire.

Maniement de l'aiguille. — Des plus faciles, il n'a guère besoin d'explication.

La ponction des deux lèvres d'une incision une fois faite

(1) Nous remercions notre fabricant, M. Nagler, des soins qu'il a mis à suivre nos instructions et à exécuter nos plans.

par le chirurgien, l'aide laisse glisser l'anse du fil sur le dos de l'aiguille en tirant légèrement sur cette anse. Celle-ci arrive au niveau du chas, déprime sans difficulté le ressort et le fil vient se loger dans la concavité du chas, tandis que le ressort d'acier élastique reprend sa place primitive.

Le chirurgien n'a plus alors qu'à retirer l'aiguille, et si l'aide a eu la précaution de faire l'anse très courte, la soie ou le crin de Florence sortent sans peine du chas même de l'instrument.

Avantages de cette aiguille. — Nous devons tout d'abord rappeler sa simplicité, avantage énorme, un instrument étant d'autant plus facile à nettoyer et à stériliser, qu'il est moins compliqué; tel n'est pas le cas de l'aiguille de Reverdin, dont la rainure longitudinale est un foyer de rouille et un réceptacle difficile à aseptiser.

La solidité est aussi une condition qui doit entrer en ligne de compte; on connaît trop la détérioration rapide à l'usage du modèle de Reverdin. Dans le nôtre, le ressort d'acier trempé, brasé au cuivre sur le reste de l'instrument, est à l'abri des hautes températures de la stérilisation.

Enfin, la forme et l'orientation des piqûres produites par notre aiguille doivent aussi être envisagées. Bon nombre de chirurgiens n'emploient que les aiguilles de Hagedorn, de Mooig, de Larger, parce qu'elles donnent une plaie dont la direction est perpendiculaire à l'incision; l'aiguille de Reverdin produit l'inverse. Or, ce fait de la piqûre à grand axe perpendiculaire a de l'importance, comme l'a bien montré M. Pozzi; pendant le serrage des fils, le trait de la petite plaie devient linéaire, les deux lèvres de celle-ci s'accolent au lieu de bâiller et, partant, la cicatrice est moins visible. Notre instrument réalise ce dernier desideratum. On lui reprochera peut-être le calibre trop grand des ponctions qu'il produit, mais si on veut être juste, on conviendra que ce fait a peu d'importance, étant donné l'asepsie des fils employés aujourd'hui et l'accolement parfait des lèvres d'une piqûre linéaire.

Certains types de notre aiguille rendront encore service, telles les aiguilles de Cooper, de Terrier modifiées; on verra qu'avec cette simplification de l'instrument, l'aide peut arriver à placer l'anse d'un fil presque sans regarder et simplement en suivant la convexité de l'instrument.

Telle est la nouvelle aiguille que nous présentons aux chirurgiens, trop heureux si elle peut leur être utile et s'ils n'ont pas, avec elle, les ennuis que leur procurent certaines de ses compagnes.

— Par l'intermédiaire de M. Ricard et grâce à ses obligeantes indications, nous avons appris que nous avions été précédé dans ces tentatives de simplification des aiguilles à suture. M. Dauriac, il y a quelques années, a fait construire chez Collin un modèle d'aiguille peu différente de la nôtre; le chas était également basé sur le principe du mousqueton de la chaîne de montre; le ressort, toutefois, était soudé et placé sur la concavité de l'instrument. La tentative de Dauriac est importante à signaler. Nous tenons cependant à faire remarquer que nous n'avons trouvé nulle part la description de sa nouvelle aiguille, et que c'est au moment de livrer la nôtre à la publicité que nous avons appris les essais faits par lui il y a deux ans.

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE D'URINE

CHEZ LES CALCULEUX. CURIEUX ET VOLUMINEUX CALCULS VÉSICAUX (1)

Par le docteur J.-M. Lavaux,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 1er décembre 1895, un de nos confrères de province me priait de voir un de ses malades, âgé de soixante-cinq ans, qui avait de l'incontinence d'urine et dont l'état général s'était beaucoup altéré depuis quelques mois.

Voici ce que me raconta ce malade. Sa santé avait été bonne jusqu'en 1891, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de soixante et un ans. A cette époque, il éprouva quelques troubles urinaires qui, tout d'abord, ne l'inquiétèrent point; mais un jour, étant en voiture, il éprouva tout à coup un besoin impérieux d'uriner accompagné d'une douleur violente dans la région vésicale. Il dut descendre de voiture pour satisfaire ce besoin; mais, malgré de violents efforts, il ne put rendre que quelques gouttes d'urine. Bien qu'il fût peu éloigné de son domicile, il eut beaucoup de peine à franchir cette courte distance à pied. Il ne pouvait marcher que courbé et à petits pas. Ce ne fut qu'au bout de plusieurs heures de repos au lit que la crise disparut; mais la difficulté d'uriner persista plusieurs jours. Cette difficulté de la miction se renouvela d'abord à d'assez longs intervalles, puis un jour apparut l'incontinence d'urine. Dans les deux dernières années, ces crises de rétention d'urine suivie d'incontinence s'étaient renouvelées beaucoup plus souvent et, depuis le mois de juillet 1895, l'incontinence d'urine n'avait pas cessé. L'état général, bon jusque-là, s'était alors altéré et, le 1er décembre 1895, je constatai les symptômes locaux et généraux de la distension vésicale. Il s'agissait de la variété d'incontinence d'urine dite par regorgement. Une intervention me parut urgente et je la proposai au malade, qui préféra attendre. Il espérait que cette crise finirait par disparaître comme les précédentes. Au bout d'une quinzaine de jours, il se produisit, en effet, une amélioration notable; mais les accidents ne cessèrent point. A la fin du mois de février 1896, l'état du malade s'aggrava de nouveau et il n'y eut plus d'accalmie sérieuse.

Le 16 juin, je reçus un télégramme me priant de me rendre le plus tôt possible auprès de ce malade, à la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu, où il venait d'entrer. Je constatai alors l'état suivant :

L'incontinence était telle et la polyurie si considérable que le couloir et la chambre du malade étaient tout souillés d'urine. La vessie était très distendue. Le malade était excessivement faible, il avait du subdelirium. La langue était sèche, la soif vive; mais la fièvre était peu accusée. J'appris que, depuis deux mois, le malade ne pouvait prendre que du lait, du bouillon et de légers potages.

L'urine contenait du pus et une notable quantité d'albumine; mais pas de sucre (glucose).

En présence d'un état aussi grave et de semblables antécédents, je ne voulus commencer aucun traitement avant d'avoir l'avis d'un *médecin*. On fit appeler l'un de nos plus distingués collègues de Paris, qui fit le diagnostic suivant : Endocardite diffuse (souffles systoliques à tous les orifices du cœur); congestion et œdème des deux bases des poumons, lésions surtout accusées à droite; athérome. Et sa conclusion fut qu'il était dangereux et absolument impru-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 1218.

dent d'administrer le chloroforme au malade. Toute intervention chirurgicale fut donc ajournée.

Le lendemain, même état. Je tentai alors le cathétérisme et je fus assez heureux pour pénétrer dans la vessie; mais je sentis très bien le calcul. J'appliquai alors le traitement de la troisième période de l'hypertrophie de la prostate; mais j'eus recours à la solution sursaturée d'acide borique à 15 p. 100.

Une deuxième tentative échoua. La sonde fut arrêtée au niveau du col vésical par le calcul. Je n'insistai pas. Néanmoins il se produisit une légère amélioration et j'en profitai pour pratiquer, le 20 juin, la taille hypogastrique.

Le chloroforme fut bien supporté et je retirai de la vessie le volumineux calcul formé d'acide urique que voici (Figures 1 et 2) et qui pesait 81 grammes.

Tous les troubles disparurent peu à peu, le malade put se lever le quatorzième jour et quitter la maison de santé des frères de Saint-Jean-de-Dieu le 25 juillet.

Le 25 août, le malade m'écrivait :

« Aujourd'hui, je suis en parfaite santé, non pas peut-être avec la vigueur de ma jeunesse, mais assez pour accomplir tout mon ministère. »

Voilà, on en conviendra, un brillant succès. Comment a-t-il pu être obtenu? Je ne voudrais point abuser de la bienveillance du Congrès; mais je désire cependant bien vous convaincre que, dans les cas de ce genre, l'acte opératoire est peut-être la partie la moins importante du traitement complexe que nécessitent des états pathologiques d'une aussi haute gravité. Il ne faut pas se faire illusion : les lésions ne sont autres ici que celles observées à la troisième période de l'hypertrophie de la prostate et de l'*atonie* de la vessie. Les voies urinaires supérieures sont dilatées et infectées. L'insuffisance rénale et la fièvre urineuse chronique sont indiscutables. Voilà un de ces malades auxquels on nous défendait de toucher, il y

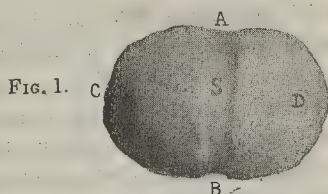


Fig. 1.

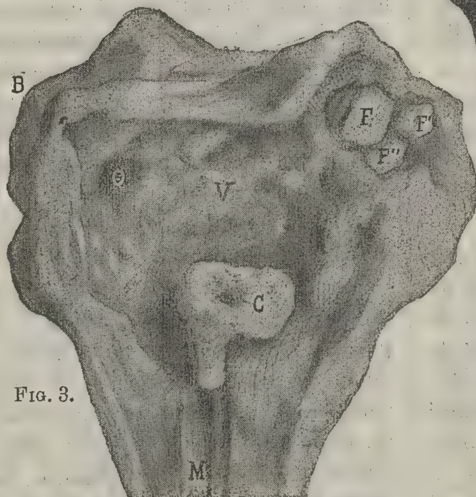


Fig. 3.



Fig. 5.



Fig. 6.


Fig. 7.



Fig. 8.

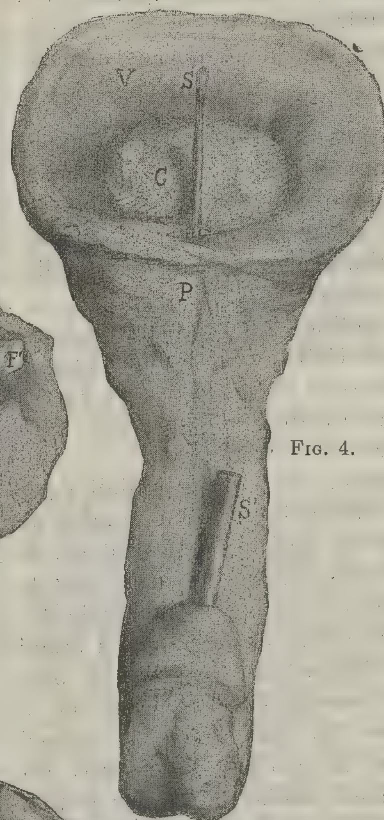


Fig. 4.

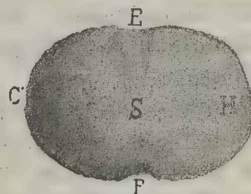


Fig. 2.

a dix ans, car « il est au moins inutile, disait-on, d'engager une partie perdue d'avance ».

Puis on ajoutait : Et pourtant, « rester inactif, c'est abandonner le malade à la marche inexorable des accidents. »

Le premier, je m'élevai, en 1887, contre cette « expectation prudente », trop prudente pour le malade. Me basant sur les immortels travaux de Pasteur et sur l'observation clinique, je soutins que l'*infection* était la véritable cause de la *fièvre urineuse* et que l'on pouvait sauver ces malades par une intervention chirurgicale, à condition de prendre les précautions antiseptiques rigoureuses que j'indiquais à cette époque et qui sont aujourd'hui classiques. La remarquable observation que je publiai, le 1er août 1887, dans les *Archives générales de médecine*, observation recueillie à l'hôpital de la Pitié, causa un profond étonnement dans certain milieu scientifique et intéressa beaucoup tous les partisans des séduisantes théories de Pasteur. Aussi des encouragements précieux me furent-ils adressés de tous les côtés.

Mais dans ce cas et dans ceux que j'ai publiés depuis cette époque, la vessie ne contenait pas de calculs. Il s'agissait exclusivement de vieillards prostatiques. Le cas que je viens de citer est encore beaucoup plus grave et plus instructif. Le cathétérisme, qui est la base essentielle du traitement dans ces cas graves, était impossible, puisque le col vésical était obstrué par un volumineux calcul absolument enkysté dans cette région. L'état médical et l'état général étaient si graves que la taille hypogastrique et la chloroformisation étaient rejetées par un clinicien des plus instruits et des plus consciencieux. L'impression de l'entourage du malade était que ce vieillard allait mourir sous peu. Cependant, je n'hésitai pas à tenter le cathétérisme, après avoir fait une antisepsie relative de l'urèthre. Or, bien qu'un seul panse-

ment vésical eût été possible, aidé de soins médicaux appropriés, il améliora suffisamment l'état du malade pour permettre bientôt de pratiquer avec succès la taille hypogastrique, ce qui montre bien le rôle considérable que joue l'*infection* dans la pathogénie des accidents généraux observés chez ces malades.

Quelles précautions furent prises au moment de l'opération? La durée de la chloroformisation fut d'abord réduite au minimum. La taille fut pratiquée avec la plus grande rapidité possible, bien que l'on fût gêné par une épaisse couche de tissu adipeux au niveau de la région. Au lieu de se servir de fils suspenseurs, on plaça, pour aller plus vite, de petites pinces hémostatiques sur les lèvres de l'incision vésicale. On usa très modérément des liquides antiseptiques. On ne fit aucune suture de la vessie; mais on désinfecta soigneusement la plaie abdominale et l'on en fit la suture dans la plus grande partie de son étendue. On mit à demeure dans la vessie deux gros tubes hypogastriques.

Après l'opération, on prit les précautions suivantes : comme la réunion par première intention de la plaie abdominale avait été obtenue et que l'état des poumons restait inquiétant, on leva le malade dès le quatorzième jour. On laissa alors l'urine s'écouler par la région hypogastrique, comme s'il se fût agi simplement de la création d'un urèthre contre nature.

Des lavages antiseptiques méthodiques de la vessie furent très souvent pratiqués. Je dois faire à ce sujet une remarque. Ces lavages pratiqués par le trajet hypogastrique étaient tout à fait insuffisants. C'est avec une sonde introduite par l'urèthre, après lavage de ce canal, que l'on pouvait nettoyer complètement le réservoir urinaire. Aussi est-il permis de douter de l'efficacité des lavages vésicaux antiseptiques pratiqués par l'urèthre contre nature chez les *cystostomisés* dont la vessie est infectée.

Lorsque l'état général se fut notablement amélioré, on mit une sonde à demeure et la fistule hypogastrique guérit très rapidement.

Enfin, je ne dois pas oublier dans cette énumération le régime, l'hygiène, le traitement médical proprement dit et les soins constants aussi dévoués qu'éclairés qui furent prodigués à l'opéré par les Frères chargés de le surveiller.

Je suis convaincu que ce n'est que grâce à cet ensemble de précautions que la guérison a pu être obtenue dans ce cas en apparence désespéré. Aussi, je me crois autorisé à conclure que, chez ces malades, l'acte opératoire constitue la partie la moins importante du traitement, les soins pré et post-opératoires pouvant seuls assurer le succès.

J'ai fait des recherches dans ma collection et les six cas les plus intéressants que j'ai trouvés sont représentés par les figures 3, 4, 5, 6 et 7.

La figure 3 représente un calcul (C) uréthro-vésical ayant la forme de champignon. Le prolongement uréthral est des plus nets. Chez ce malade, il s'agissait d'une incontinence d'urine par regorgement, car la vessie était distendue et présentait plusieurs cellules, dont l'une contenait trois calculs (F F' F'').

La figure 5 représente un calcul enchatonné. L'observation est malheureusement incomplète.

La figure 4 représente un calcul vésical logé dans une dépression du bas-fond et couché à plat derrière le col, de telle sorte que les instruments à grande courbure, dit Mallez, passaient au-dessus sans le toucher, et que les instruments à petite courbure glissaient sur sa surface.

La vessie était très petite, rétractée sur le calcul. Peut-être s'agissait-il dans ce cas d'une *fausse incontinence*.

Les figures 1 et 2 représentent le calcul que voici et que j'ai extrait chez l'opéré dont je viens de résumer l'observation. Comme vous le voyez, ce volumineux calcul est des plus curieux. Il ressemble beaucoup à celui représenté par la figure 4. Il était logé, comme ce dernier, dans une dépression du bas-fond, derrière le col vésical; mais il est beaucoup plus gros et *il présente à la partie moyenne une rigole circulaire* très accusée qui occupe les trois quarts environ de la circonférence. D'ailleurs, ce sillon occupait toute la circonférence. Dans la partie comblée, une ligne de démarcation très nette sépare cette couche d'acide urique des surfaces voisines.

La figure 6 représente un calcul uréthro-vésical. La partie engagée dans le col (C) présente un sillon à sa surface. La petite extrémité (P) était dans la région prostatique et la grosse extrémité (V) dans la vessie.

La figure 7 représente un calcul vésical à prolongements multiples, dont l'un pénétrait dans l'urèthre et les autres dans des cellules vésicales.

La figure 8 représente un calcul uréthro-vésical; la partie moyenne (C), rétrécie, répondait au col; la grosse extrémité (BV) était dans la vessie et la petite (U) dans l'urèthre postérieur.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la cystite blennorragique aiguë.

M. Balzer prescrit fréquemment le biborate de soude (thèse de Marco-Charalambief).

Biborate de soude	30 grammes.
Bicarbonate de soude.	10 —

Deux cuillerées à café à prendre dans la journée dans 1 litre de limonade au citron. Il faut savoir que les urines prennent souvent à la suite une coloration légèrement jaune verdâtre.

Le salicylate de soude réussit bien quand la cystite est compliquée de rhumatisme.

Salicylate de soude. . 4 à	6 grammes.
Sirop de limons	} *ââ* 60 —
Eau de menthe.	

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Ou bien :

Bicarbonate de soude	30 grammes.
Salicylate de soude	10 —

Deux cuillerées à café dans les vingt-quatre heures dans 1 litre de limonade au citron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 février 1897. — Présidence de M. MONOD.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUMEURS DU FOIE

M. MICHAUX, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Tuffier sur l'importance, au point de vue du diagnostic des tumeurs malignes du foie, de la présence de ganglions au niveau du hile, relate plusieurs cas dans lesquels il a constaté l'existence de ces ganglions sous-hépatiques dans des affections du foie autres que des tumeurs malignes. Dans un cas, croyant avoir affaire à un

kyste hydatique, M. Michaux fait la laparotomie; il ne constate aucune trace de tumeur. Il y avait simplement de la cirrhose et il y avait des ganglions, ni cancéreux, ni caséeux, sur le bord supérieur du pancréas. M. Michaux rapporte un second fait analogue. Il insiste sur la difficulté du diagnostic des tumeurs du foie, même souvent après l'incision exploratrice. Il ajoute que les carcinomateux supportent souvent assez mal ces incisions exploratrices. Quant au procédé de M. Auvray, il y a peu de tumeurs qui en soient justiciables.

M. RICARD rappelle avoir, dans la dernière séance, en rapportant le fait qui a fait l'objet de sa communication, cité un fait analogue de M. Terrier. M. Terrier, absent en ce moment, a envoyé à M. Ricard l'observation dont il s'agit. En voici le résumé : le 14 décembre 1895, M. Terrier reçoit à l'hôpital Bichat un homme qui semblait atteint d'une tumeur maligne du foie. Après laparotomie, il le ponctionne avec l'aiguille de Potain n° 2, en exprimant le regret qu'on n'ait pu lui donner une aiguille plus petite. M. Terrier fait une simple ponction; il sort quelques gouttes de sang. Il retire aussitôt l'aiguille et exerce par compression l'hémorragie peu abondante qui a lieu. Le lendemain, le malade succombe. On fait l'autopsie, on trouve un demi-litre de sang dans la cavité abdominale. Cet homme était atteint d'un carcinome du foie. Donc, dans ce cas, une simple ponction avec une aiguille de Potain n° 2 a suffi pour déterminer une hémorragie mortelle.

M. BROCA rapproche des faits de MM. Ricard et Terrier le fait suivant : il est appelé auprès d'un homme âgé, atteint d'une tumeur dans l'hypocondre droit; on hésitait entre un cancer et un kyste hydatique du foie. M. Broca fait une ponction exploratrice; il sort du sang. Il en conclut qu'il s'agit d'un cancer et retire l'aiguille. Cet homme succomba douze ou quinze heures après à une hémorragie intra-abdominale. M. Broca en conclut que, dans ces cas, rien n'est plus dangereux qu'une ponction exploratrice et qu'il vaut mieux recourir à la laparotomie exploratrice.

COMMUNICATION

Chirurgie du poumon. — M. TUFFIER n'entend parler, dans cette communication, que de faits expérimentaux et non de faits cliniques. Il s'est livré sur les animaux à un certain nombre d'expériences qui n'ont fait que confirmer les conclusions qu'il avait déjà formulées. M. Tuffier n'a eu recours à l'incision pleurale que lorsqu'il n'a pas pu pratiquer le décollement pleuro-pariétal. Il est des cas, en effet, où celui-ci est tout à fait insuffisant et où il faut recourir à la pleurotomie. Mais il reste bien entendu qu'il faut, autant que possible, s'en tenir au décollement pleuro-pariétal. M. Tuffier a appris que MM. Lejars et Brun ont pu récemment, dans deux cas, pratiquer facilement ce décollement pleuro-pariétal. Cela est d'autant plus important que M. Tuffier n'est pas convaincu de l'innocuité de l'incision pleurale. Il y a toujours un moment extrêmement pénible et émouvant, c'est celui où se produit le pneumothorax. Lorsqu'on crée ainsi un pneumothorax, on voit que le poumon se rétracte d'une façon inégale. La base du poumon remonte très haut, alors que le sommet s'abaisse très peu. Dans le cas de M. Tuffier, la base du poumon était remontée jusqu'au sixième espace intercostal. C'est pourquoi M. Tuffier, en introduisant le doigt dans l'incision pleurale a eu tant de peine à saisir le tissu pulmonaire. Il y a donc tout avantage à éviter autant que possible le pneumothorax. A l'aide du tubage du larynx, on peut arriver à maintenir le poumon assez dilaté pour qu'il reste en contact avec la paroi costale. On peut assez facilement arriver à cathétériser le larynx et à obtenir ainsi une certaine pression intra-bronchique.

M. BAZY maintient que le décollement pleural est très difficile. Il ajoute qu'il ne comprend pas qu'on ne puisse saisir le poumon à travers une incision pleurale, quelque rétracté qu'il soit. D'ailleurs l'innocuité de la large ouverture de la plèvre est démontrée par M. Tuffier lui-même, puisqu'il y a eu recours.

M. TUFFIER estime, contrairement à M. Bazy, que l'incision large de la plèvre est un moyen auquel on ne doit recourir qu'après avoir épuisé tous les autres.

LECTURE

Application de l'électricité à la gynécologie. — M. BOISSEAU DU ROCHER fait une communication sur l'emploi de l'électrolyse dans certaines affections utérines.

PRÉSENTATION

Fistule branchiale. — M. BERGER présente une jeune fille atteinte d'une fistule branchiale.

M. RICARD fait, à ce propos, connaître une observation analogue.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 février 1897, sont promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Ranvier, professeur au collège de France, membre de l'Institut.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Boyer, médecin-major de première classe au 112e d'infanterie; Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine.

— Par décret, en date du 6 février 1897, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Simonis-Empis, ancien président de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Jules Guyot, médecin à Paris; Yersin, médecin de première classe des colonies.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Em. Barrault, médecin de la prison de la Santé; Hellet, maire de Clichy; Schwartz, professeur agrégé, chirurgien à Cochin; Decori, médecin à Paris, président de la Société philanthropique « la Corse »; Philip, maire de Grasse; Cros, médecin inspecteur des Eaux de Lamalou-les-Bains; Benoist, médecin en chef de l'hospice de Granville; Couvreur, médecin à Gondecourt; Bouteillier, membre du Conseil général de l'Orne; Joal, médecin au Mont-Dore; Pasturaud, médecin à Étampes; Tafforin, membre du Conseil général de la Vienne; Chénieux, directeur de l'École de médecine de Limoges; Depasse, médecin de première classe des colonies.

— Le concours pour l'emploi de suppléant d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Grenoble s'est terminé par la nomination de M. le docteur Salva.

— MM. les docteurs Allard, Chassy, Castueil, Eyssautier, Tornari, Raynaud, Larche, Gilormini, Pujol, Périot, P. Vié, Rathelot, Martelli, Perdriolat et Goin, sont nommés médecins sanitaires maritimes.

— *Conférences d'externat.* — MM. Chaillous, Hennecart, Monthus et Sauvage, internes des hôpitaux, commenceront une conférence d'externat le mercredi 10 février 1897, à huit heures du soir, à l'Hôtel-Dieu annexe, 33, rue de la Bûcherie, et la continueront les mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 17. — JEUDI 11 FÉVRIER 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 11 FÉVRIER 1897. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question de l'assainissement de l'industrie des allumettes vient d'être de nouveau portée à la tribune de l'Académie par M. Vallin, qui a fait, sur ce sujet, un rapport important dont voici les conclusions :

« Il est urgent de faire cesser l'insalubrité qui persiste dans un grand nombre de manufactures d'allumettes en France.

La suppression du phosphore blanc est le seul moyen capable d'assurer l'assainissement définitif de cette industrie.

L'emploi général de machines automatiques perfectionnées est une ressource précieuse, mais à la condition que les opérations nuisibles aient toujours lieu dans une cage vitrée où ne séjournent pas les ouvriers.

En attendant la réussite complète des expériences en cours, l'insalubrité actuelle pourrait être diminuée par les mesures suivantes : ventilation beaucoup plus active ; emploi de courte durée et alternance des ouvriers dans les ateliers dangereux ; sélection initiale et visites médicales périodiques, avec élimination temporaire ou définitive des ouvriers ayant la bouche en mauvais état ; installation plus complète et surveillance rigoureuse des réfectoires, des lavabos, des vestiaires, etc. »

Il est intéressant de rapprocher de ces conclusions celles d'un travail de M. Magitot sur le même sujet, que M. Berthelot communiquait la veille à l'Académie des sciences et que M. Magitot ne manquera pas de défendre à l'Académie de médecine dans la prochaine séance. Voici les conclusions du travail de M. Magitot :

« 1° L'assainissement de l'industrie des allumettes au phosphore blanc est un problème dont la solution est aujourd'hui simple, facile et certaine.

2° La méthode d'assainissement consiste en deux ordres de moyens basés sur les deux facteurs des accidents, lesquels facteurs sont : le phosphorisme, la nécrose ou mal chimique.

3° Au phosphorisme on opposera la ventilation des ateliers par des moyens artificiels assez puissants pour soustraire les ouvriers aux émanations toxiques, résultat d'ailleurs réalisé dans maintes industries similaires. A la nécrose on opposera la sélection ouvrière, c'est-à-dire le recrutement et le maintien du personnel, parmi les individus entièrement dépourvus de toute lésion de la bouche et de l'appareil dentaire capable de fournir une porte d'entrée au mal chimique.

4° Ventilation et sélection : le problème de l'assainissement est tout entier dans ces deux termes.

5° Parmi les usines qui fabriquent actuellement des allumettes, on en trouverait plusieurs parfaitement salubres dans lesquelles aucun accident ne s'est jamais produit (usine d'Alger, usine d'Aix, en Provence, quelques usines italiennes); d'autres, en grand nombre, n'ont plus que des accidents relativement rares (certaines manufactures de Belgique, de France, d'Allemagne); elles sont assainissables par l'hygiène. Quelques-unes enfin sont dans un tel état de dégradation et d'insalubrité que leur assainissement est impossible (Pantin-Aubervilliers). Ces dernières doivent être supprimées.

6° L'assainissement complet et absolu d'une usine est réalisable d'une manière immédiate, c'est-à-dire dans les seuls délais nécessaires à l'application d'une machine à ventilation et à la pratique méthodique et graduée de la sélection, afin d'éviter une crise ouvrière. »

Espérons qu'ainsi éclairés sur cette question d'hygiène, les pouvoirs publics prendront enfin les mesures nécessaires.

Nous avons souvent entendu des membres de l'Académie se plaindre qu'on n'eût jamais de renseignements précis sur la mortalité des troupes de la marine, comme on en a sur celles de l'armée de terre. M. Le Roy de Méricourt vient de combler cette regrettable lacune en communiquant un travail de MM. Vincent et Burot sur ce sujet. Leur statistique porte sur la période quinquennale de 1891 à 1895. Le résultat de cette étude est que la mortalité, dans les troupes de la marine, est de 11 p. 1000; dans cette statistique, ce sont les médecins et les pharmaciens de la marine qui fournissent la mortalité la plus considérable. C'est la première fois qu'on obtient des éléments sérieux sur cette question, pourtant pleine d'intérêt, de la mortalité des troupes de la marine. M. Le Roy de Méricourt se propose de faire le même travail pour les troupes coloniales.

A qui faut-il attribuer l'introduction de la vaccine en France? M. Hervieux combat la prétention d'un de nos confrères, M. Viaud, d'accorder à un médecin de Rochefort,

Bobe-Moreau, cet honneur attribué jusqu'ici au duc de La Rochefoucauld, d'avoir introduit la vaccine en France. M. Hervieux établit qu'il ne peut être fait aucune comparaison entre l'avance de quelques jours des inoculations de Bobe-Moreau et les actes importants et divers du duc de La Rochefoucauld qui ont précédé les premières inoculations faites à Paris. L'étude qu'avait faite, en Angleterre, le duc de La Rochefoucauld : 1° des vaccinations, de leur innocuité, de leurs avantages et de leur valeur prophylactique ; 2° du système des souscriptions à l'aide desquelles il comptait organiser la propagation de la vaccine en France ; les démarches et les dépenses qu'il dut faire pour organiser le comité qui serait chargé des opérations vaccinales, les services que ce comité était appelé à rendre et qu'il a rendus ne sauraient, dit M. Hervieux, être mis en parallèle avec les quelques jours d'avance invoqués en faveur de Bobe-Moreau, dont les vaccinations n'ont jamais, d'ailleurs, dépassé les limites de Saintonge.

M. Chipault, en son nom et au nom de M. Londe, a présenté des radiographies relatives à la chirurgie du système nerveux. Il a présenté ensuite une fillette qui a été guérie d'une phlébite otitique du sinus latéral par un procédé opératoire de son invention, et dont on trouvera plus loin la description.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale, en remplacement de Germain Sée. M. Fernet, présenté en première ligne, a été élu à la presque unanimité des suffrages.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Tillaux.

Rétrécissement tuberculeux et rétrécissement syphilitique du rectum.

Par Paul Riche, prosecteur à la Faculté.

Voici une observation que j'ai eu occasion de recueillir l'an dernier dans le service de mon maître, M. le professeur Tillaux.

Observation. — Alice B..., vingt-neuf ans, marchande des quatre-saisons, entre le 9 septembre 1895, à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin, pour une constipation opiniâtre.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante-six ans, ne toussait pas, était rhumatisant. Mère morte de fièvre typhoïde (?) cinq mois après son troisième accouchement.

La malade était l'aînée de la famille ; deux enfants sont morts, l'un de méningite, à l'âge de trois ans, l'autre ne survécut que quinze jours à la mère.

Antécédents personnels. — A l'âge de trois ans, la malade a eu, dit-elle, une inflammation dans le ventre, « le gros ventre, le carreau. » Elle fut très longtemps alitée et présentait une diarrhée persistante.

Rougeole à six ou sept ans. Variole à dix-sept.

La menstruation s'établit à douze ans et ne fut jamais troublée.

A cette époque, la santé générale était bonne, quoique depuis le jeune âge l'usage constant des laxatifs eût été une nécessité.

A quinze ans, les difficultés de défécaton allèrent croissant. M. le docteur Henriot lui fit, à domicile, une dilatation du rectum. Le résultat fut une amélioration notable, pourtant il persista un certain degré de constipation entrecoupée de débâcles.

A vingt et un ans (la malade était encore vierge), progressivement les accidents revinrent et s'aggravèrent. L'appétit disparut, des vomissements se produisirent. Les selles étaient rares, dures, rubanées ; les lavements étaient inefficaces et il fallait recourir aux purgatifs.

En 1887, elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Tillaux. Le diagnostic porté fut rétrécissement du rectum, la thérapeutique fut une rectotomie interne sous chloroforme. La malade quitta l'hôpital au bout de deux mois, les selles se faisant régulièrement.

Elle se maria en 1890 ; en 1891 elle fit une fausse couche de deux mois et demi. En 1894, elle redevint enceinte, mais la constipation reparut, le ventre redevint douloureux ; les vomissements se reproduisirent et l'amaigrissement devint très notable. La grossesse se termina à quatre mois et demi par une seconde fausse couche. Les coliques et les douleurs rectales continuèrent de plus belle et du pus s'écoula par l'anus.

On lui prescrivit à ce moment des lavements d'acide borique, des cataplasmes et de l'iodure de potassium.

Le traitement étant de nul effet, la malade entra à la Charité.

État à l'entrée. — L'état général est assez bon ; la malade ne se plaint que des troubles de défécation.

La région ano-vulvaire se présente absolument normale, ni condylomes, ni cicatrices.

Par le toucher rectal on sent la région sphinctérienne saine, mais à 3 ou 4 centimètres de l'anus commence un rétrécissement de consistance fibreuse, de forme annulaire, admettant à peine l'extrémité du petit doigt.

On essaya d'abord la dilatation progressive ; elle était très douloureuse et, à quelque profondeur que fût poussée la bougie, on n'avait pas la sensation de l'obstacle franchi.

Le toucher vaginal montrait une induration volumineuse du rectum, et l'on n'en pouvait sentir la limite supérieure.

Pendant ce traitement, la malade fut reprise des accidents qu'elle avait présentés plusieurs fois, et il sembla qu'il s'agissait de phénomènes péritonitiques. Le ventre devint très douloureux, ballonné ; les vomissements étaient très fréquents, la température atteignit 39 degrés. On cessa la dilatation, les phénomènes s'amendèrent rapidement, mais la constipation augmenta encore et l'appétit disparut.

En présence de cette situation, M. le docteur Thiéry pratiqua, le 11 octobre 1895, un anus iliaque gauche. L'opération fut faite en deux temps.

L'appétit revint rapidement ; l'anus, ayant tendance à se fermer, dut être dilaté. Bref, la malade sortit le 17 novembre, dans un état très satisfaisant, à part une petite toux opiniâtre, sans phénomènes stéthoscopiques marqués.

De quoi s'agissait-il? La malade étant vierge lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, il était difficile de songer à un rétrécissement syphilitique. D'ailleurs, ni avant, ni depuis on ne put retrouver un signe quelconque de syphilis, à moins que l'on ne veuille considérer comme tels les deux fausses couches qui se produisirent, ce qui serait exagéré. Pourtant, j'ai noté que l'iodure de potassium fut administré.

M. le professeur Tillaux, en 1887, avait fait le diagnostic de rétrécissement congénital, se basant sur l'apparition des accidents dès le bas âge. Mais la forme du rétrécissement, cylindrique, épais et très étendu, différait beaucoup de celle du rétrécissement congénital, que l'on est habitué à trouver valvulaire, ou en forme de diaphragme, peu épais et peu étendu en hauteur.

Si l'on veut bien remarquer que les troubles de défécation n'ont pas été notés avant la maladie qui eut lieu à l'âge de trois ans, que cette maladie a été qualifiée de « gros ventre, carreau », on admettra l'explication suivante comme la plus plausible : la malade a eu, à l'âge de trois ans, de la tuber-

culose entéro-mésentérique et les lésions du rectum n'en sont que le reliquat.

D'autre part, un frère (ou une sœur) de la malade est mort à trois ans d'une méningite à laquelle on peut hardiment attribuer le qualificatif de tuberculeuse. De quoi est mort l'autre à six mois, qu'était la fièvre typhoïde dont mourut la mère à la suite de ses couches? On n'en peut rien savoir, mais peut-être le bacille de Koch n'a-t-il pas été étranger à ces deux événements.

A propos de cette observation isolée et peu démonstrative, je veux faire une petite excursion sur le terrain du rétrécissement du rectum en général, la première question qui m'ait intéressé au cours de mes études médicales.

Je n'ai nullement l'intention de chercher à soulever un débat sur une question de priorité, je m'empresse même de déclarer que je n'en ai pas le droit, n'ayant jamais rien publié sur ce sujet, mais il me sera permis de dire qu'il y a plus de neuf ans, j'ai conçu le projet téméraire de rayer de la pathologie le rétrécissement syphilitique du rectum pour le remplacer par le rétrécissement tuberculeux.

C'était pendant l'année scolaire 1886-1887, à Nancy, dans le service de M. le professeur Spillmann; j'eus l'occasion d'y faire, avec M. le docteur Haushalter, l'autopsie d'une femme morte de tuberculose pulmonaire, à la suite d'un rétrécissement naturellement étiqueté syphilitique. Or, son rectum et presque tout son côlon offraient des lésions qui, manifestement, étaient tuberculeuses. Le fait me frappa vivement et j'eus l'intention d'en faire le sujet de ma thèse inaugurale, mais un malin hasard voulut que je n'eusse plus l'occasion d'en retrouver d'analogues.

Depuis, j'ai assisté, je ne dirai pas avec plaisir, mais avec un vif intérêt, à la défloration progressive du sujet qui me tenait à cœur.

La lecture des travaux de MM. Hartmann et Pilliet (1891-1892) sur la tuberculose iléo-cæcale, montrant que, dans le gros intestin, le bacille de Koch déterminait des lésions un peu atypiques, confirma encore mes convictions; puis parut une clinique de M. le professeur Duplay, battant en brèche le rétrécissement syphilitique; vint ensuite le mémoire de MM. Delbet et Mouchet.

Enfin, en 1895, le très intéressant travail de mon collègue et ami Sourdille vint mettre hors de doute ce fait, à savoir *que la tuberculose paraît réaliser le type clinique du rétrécissement syphilitique du rectum.*

Il ne me restait plus rien à dire, ou du moins peu de chose.

D'une part, les auteurs qui ont démoli le rétrécissement syphilitique n'ont pas parlé de tuberculose : pour M. le professeur Duplay il s'agit d'une rectite inflammatoire quelconque; pour MM. Delbet et Mouchet, c'est la rectite proliférante de Hamonic. D'autre part, Sourdille ne nie pas le rétrécissement syphilitique et cherche même à le différencier, au point de vue du diagnostic, du rétrécissement tuberculeux.

Enfin, dans le livre de MM. Quénu et Hartmann, on trouve côte à côte des observations de l'un et de l'autre.

Que faut-il penser de tout cela?

En voyant le facteur étiologique syphilis battu en brèche, tandis que le facteur tuberculose prenait tous les jours plus d'importance, il semble que l'entité morbide, baptisée jusqu'ici rétrécissement syphilitique, aurait dû prendre tout simplement le nom de rétrécissement tuberculeux. Le fait ne s'est pas produit; c'est donc sans doute que le rétrécissement syphilitique repose sur des bases solides.

Eh bien! non, je le déclare hardiment, il ne repose que sur la tradition, et, s'il ne nous avait pas été transmis par elle, personne de nos jours n'aurait songé à en parler. Certes, la tradition est respectable, elle est utile, elle est nécessaire; mais la critique ne doit pas désarmer devant elle, comme elle le fait trop souvent. Malheureusement, lorsqu'une erreur s'introduit dans la science sous le couvert d'un grand nom — qui donc oserait se dire infaillible? — il suffit d'un jour pour qu'elle devienne classique, il faut un siècle pour que l'on ose s'apercevoir que c'était une erreur.

A une certaine période, toutes les affections des régions « honteuses » étaient le résultat incontestable de « la maladie vénérienne ». Je n'en veux pour preuve que le fait suivant : Mercier, en 1841, était encore obligé de combattre le rôle étiologique de la syphilis dans l'hypertrophie de la prostate.

Si les doctrines anciennes restent si longtemps parole d'Évangile, il faut bien reconnaître que c'est parce que l'on ne se reporte pas aux textes originaux. J'engage ceux qui ont foi dans le rétrécissement syphilitique du rectum à lire, mais en pesant les mots, les mémoires de Gosselin et de Després; si leur conviction résiste à cette épreuve, c'est qu'elle est bien robuste.

Gosselin avait reçu la tradition du rétrécissement syphilitique, à laquelle étaient déjà attachés les noms de Morgagni, Desault, Boyer, A. Bérard, Laugier. Mais il avoue qu'il n'était préparé ni par ses lectures, ni par les leçons de ses maîtres, aux faits cliniques qu'il eut à observer pendant trois ans passés à Lourcine. De fait, son mémoire (*Arch. gén. de méd.*, 1854, t. II, p. 666) est déjà une réaction contre les données classiques, puisqu'il conclut que « le rétrécissement *dit* syphilitique du rectum n'est point un accident constitutionnel, mais est une lésion de voisinage développée au-dessus des chancres de l'anus » (p. 693).

Voici sa description des condylomes, dont on a voulu faire la signature du chancre : « Prolongements cutanés aplatis d'un côté à l'autre, formés par le développement hypertrophique de l'épiderme, des papilles et des couches superficielles du derme, prolongements qui, comme on sait, se forment dans la région anale, de préférence à toutes les autres, consécutivement aux maladies vénériennes, et qui, d'après moi, résultent d'une modification particulière de la vitalité des tissus, au niveau et au voisinage des chancres... Quelquefois ils sont parcourus par un assez grand nombre de vaisseaux sanguins pour ressembler à des hémorroïdes; j'ai même remarqué plusieurs fois que ces productions avaient de la tendance à se transformer en hémorroïdes » (p. 669). Qu'étaient ces condylomes? Je l'ignore, mais en tout cas, ils ne suffiraient pas aujourd'hui à faire un diagnostic de syphilis.

Sur douze malades observées, trois moururent : deux de tuberculose pulmonaire subaiguë, la troisième de méningite.

La première n'a jamais offert (de l'aveu de Gosselin) aucun accident de syphilis constitutionnelle; on ne constate que des condylomes à l'anus. Elle meurt avec des cavernes pulmonaires; son rectum est encore au musée Dupuytren.

La seconde avait dans sa famille des antécédents tuberculeux. Elle meurt phtisique, sans avoir jamais offert non plus aucun accident de syphilis constitutionnelle.

La troisième, qui mourut de méningite avec coma, présentait quelques condylomes. En fait de syphilis, on trouva noté « l'aveu de quelques antécédents, la présence sur le visage de cicatrices semblables à celles de tubercules ulcérés ».

Sur deux malades, il y avait coïncidence d'esthiomène de la vulve, comme Huguier l'avait déjà signalé. Gosselin en infère que l'esthiomène doit être aussi d'origine syphilitique et reproche à Huguier de ne pas l'avoir admis. (Huguier l'avait rattaché plutôt à la scrofule ; aujourd'hui on tend à en faire le lupus ulcéreux de la vulve.)

Il reconnaît ensuite que le rétrécissement se développe souvent chez des femmes « qui n'ont pas et n'ont jamais eu d'accidents constitutionnels. J'ai vu l'affection se développer sur deux de mes malades qui avaient encore l'accident primitif au moment de leur entrée ; elles n'ont jamais été soumises au traitement mercuriel ; je les ai observées très attentivement, l'une pendant huit, l'autre pendant dix mois, et je n'ai vu paraître aucun des signes diathésiques habituels, plaques muqueuses, roséole, taches grises sur les amygdales, adénopathie cervicale et inguinale indolente, etc. » (p. 682). C'étaient là, il faut bien le reconnaître, des chancres syphilitiques bien singuliers, pour ne s'accompagner même pas d'adénopathies. « Quatre autres avaient leur affection du rectum depuis quelques mois ; elles ne m'ont présenté, pendant le long séjour qu'elles ont fait dans mes salles, aucun accident secondaire ni tertiaire de syphilis et rien dans les commémoratifs n'a été favorable à l'opinion qu'elles en avaient été atteintes antérieurement. Chez deux autres, je n'ai rien vu encore, mais les commémoratifs laissaient quelques doutes. » En somme, sur les douze cas observés, il y en a à peine quatre où le diagnostic syphilis ne soit pas contestable.

L'auteur cite ensuite l'opinion de Cullerier, « qui a dit avoir remarqué aussi l'absence fréquente des autres signes de la diathèse syphilitique chez les femmes atteintes de rétrécissement rectal, et qui, frappé d'autre part de l'insuffisance du traitement spécifique dans ces cas, en est venu à penser, comme moi, que cette maladie n'est pas l'expression de la diathèse syphilitique » (p. 683).

On est un peu surpris lorsque, quelques lignes plus loin, on lit : « Toutes mes malades avaient eu des chancres au périnée et à l'anus ; » et à la page suivante : « Personne ne voudrait admettre, et je ne pourrais accorder qu'il ne s'agissait pas de quelques conséquences de maladies vénériennes, d'abord parce que toutes ces femmes avaient eu des chancres. » *(A suivre.)*

DE LA CURE OPÉRATOIRE

DE LA PHLÉBITE OTITIQUE DU SINUS LATÉRAL ; MALADE OPÉRÉ ET GUÉRI A L'AIDE DE MON PROCÉDÉ PAR A. LAMBOTTE (D'ANVERS)

Par A. Chipault,
Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

Il n'y a pas dix ans, la phlébite otitique du sinus latéral était considérée comme à peu près fatale, et comme absolument inaccessible aux tentatives thérapeutiques.

C'est à partir de cette époque seulement qu'on essaya contre elle un traitement opératoire, d'abord timide et partiel, puis de plus en plus audacieux ; des chirurgiens étrangers, surtout allemands et anglais, Zaufal, Salzer, MacEwen, Ballance, Arbuthnot Lane, Af Forselles, sans compter bien d'autres, marchèrent les premiers dans cette voie. En France, ils n'ont été que peu suivis ; lorsque nous aurons cité le travail de Lancial, le chapitre consacré à la « cure opératoire de la pyohémie otitique avec ou sans sinusite » dans notre *Chirurgie opératoire du système nerveux* (1894) et la thèse de notre élève Ducellier (1894), enfin, le chapitre de la *Chirurgie cérébrale de Broca et Maubrac* consacré à la phlébite des sinus (1896), nous aurons très probablement épuisé la liste des études françaises consacrées à cette question thérapeutique.

Notre opinion, à son sujet, n'a point varié : aujourd'hui, comme lors de nos travaux précités, nous la croyons dominée par un certain nombre de principes et par une technique opératoire découlant nécessairement de ces principes.

Ces principes, tout d'abord, basés sur une statistique déjà importante, sont les suivants :

a. Il faut intervenir toujours :

b. Il faut intervenir le plus tôt possible ;

c. Il faut intervenir le plus largement possible : proposition que j'appuyais, il y a deux ans et demi, des chiffres suivants : sur 89 interventions chirurgicales pour phlébite otitique du sinus latéral, on a obtenu, par la mastoïdectomie simple : 15 guérisons et 17 morts ; par la mastoïdectomie avec ouverture de la loge sinusale, puis du sinus et lavage de celui-ci : 12 guérisons et 12 morts ; par le lavage du sinus associé à la ligature de la jugulaire : 22 guérisons et 12 morts ; proposition que j'appuie aujourd'hui des chiffres suivants, plus probants encore : sur 118 interventions chirurgicales pour phlébite otitique du sinus latéral, on a obtenu, par la mastoïdectomie simple : 16 guérisons et 21 morts ; par la mastoïdectomie avec ouverture de la loge sinusale, puis du sinus et lavage de celui-ci : 17 guérisons et 15 morts ; par le lavage du sinus associé à la ligature de la jugulaire : 31 guérisons et 18 morts.

Un tel parallélisme entre la hardiesse de l'intervention et l'importance du résultat obtenu ne pouvait que m'encourager à proposer une technique plus complète que celles employées et que je viens de vous énumérer.

Cette technique, pour la description détaillée de laquelle je me permets de vous reporter à mes travaux précités, a l'avantage d'isoler complètement le foyer septique sinusal du torrent veineux.

Elle comprend trois temps :

Premier temps : Double ligature de la jugulaire interne au cou, avec section de la veine entre les deux ligatures et fixation du bout supérieur dans l'angle supérieur de la plaie cervicale.

Deuxième temps : Ligature du sinus transverse, le plus près possible du pressoir d'Hérophile, et par conséquent de la protubérance occipitale.

Troisième temps : Attaque du foyer septique, comprenant : l'ablation des lésions osseuses mastoïdiennes et antrales, l'ouverture large de la loge sinusale, l'évacuation du pus périsinusal et des produits septiques intrasinusaux, l'ouverture, par résection de la paroi antérieure osseuse du coude sinusal, du bulbe jugulaire infecté par les veines antrales, enfin l'établissement du drainage sinusal jugulaire, propice aux lavages biquotidiens ultérieurs.

Telle est ma technique : ses temps « isolateurs » doivent toujours être pratiqués avant son temps « évacuateur », pour éviter la dispersion des embolies septiques que celui-ci pourrait détacher du caillot : deux séances opératoires, chez les sujets affaiblis, seront parfois nécessaires. Je n'ai pas besoin de dire que l'intervention, tant qu'elle s'est bornée aux ligatures veineuses, n'est que palliative ; elle ne peut avoir de prétentions curatrices que du jour où a été faite l'ablation totale des lésions septiques : lésions de l'antre, de la mastoïde, de la loge sinusale et du sinus lui-même.

Cette intervention, que je n'ai jamais eu l'occasion de

pratiquer chirurgicalement, a été exécutée pour la première fois, l'an dernier, par M. Albin Lambotte (d'Anvers) : grâce à lui, je puis vous présenter son opérée, dont la guérison, qui remonte aujourd'hui à près d'un an, apporte une éclatante confirmation aux idées que j'avais émises.

L'opérée de M. Lambotte est une fillette de quatorze ans, chez qui l'affection otitique débuta en décembre 1895, et, après s'être, pendant plusieurs mois, manifestée seulement par un écoulement purulent de l'oreille droite, se compliqua brusquement, le 7 mai 1896, des accidents les plus graves : céphalée intense, vomissements, frissons, raideur de la nuque. Quatre jours plus tard, au premier examen pratiqué par M. Lambotte, il y avait tous les symptômes généraux d'une septicémie grave : température à plus de 40 degrés, pouls rapide, subdelirium, et, de plus, un empâtement considérable s'étendant de la mastoïde au sternum, le long du sterno-mastoïdien. La face était œdématiée, l'œil normal. Le diagnostic de phlébite du sinus latéral fut porté, et l'opération pratiquée le soir même, suivant la technique que j'indiquais tout à l'heure : ligatures de la veine jugulaire interne rendue très difficile à découvrir par suite de l'infiltration du tissu cellulaire environnant, ligatures du sinus latéral le plus près possible du pressoir d'Hérophile, ouverture du sinus d'où fut extrait le thrombus que je vous présente; enfin, désinfection complète au sublimé du trajet sinuso-jugulaire. En quelques heures la température tomba de 40°7 à 37 degrés; le lendemain, les douleurs avaient entièrement disparu; des lavages sinuso-jugulaires biquotidiens furent faits régulièrement, et la plaie réunie secondairement le douzième jour. Le dix-septième jour, l'opérée quittait l'hôpital guérie; vous pouvez constater que cette guérison persiste : elle peut être, aujourd'hui, considérée comme définitive.

THÉRAPEUTIQUE

Le bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie.

Par le docteur X. Delmis.

M. J. Voisin vient de faire paraître un intéressant traité de l'épilepsie. Après avoir passé en revue les symptômes, l'auteur s'attache d'une façon particulière à l'étude du traitement et des différents agents qui ont été tour à tour proposés et essayés avec plus ou moins de succès.

« De tous les médicaments internes, dit-il, employés jusqu'à ce jour contre l'épilepsie, le bromure de potassium est celui qui a rendu le plus grand service (1)...

D'après Germain Sée (2), le bromure de potassium diminue l'excitabilité réflexe de la moelle sans la détruire; il diminue les fonctions de la moelle en produisant l'olighémie et non pas une action spéciale élective sur les tissus nerveux, en outre il excite les centres modérateurs.

Ces effets physiologiques nous expliquent son efficacité dans l'épilepsie. Ils nous expliquent la modification des accès, la substitution des vertiges aux accès convulsifs par exemple (3). »

M. Voisin, faisant allusion ensuite aux effets qu'on a attribués au bromure de strontium dans ces dernières années, déclare que « ne l'ayant pas employé méthodiquement, il ne peut apporter d'observation à l'appui de ce qu'on a dit sur son compte (1) ».

Les motifs qui dictent la réserve de M. J. Voisin, en ce qui concerne les effets du bromure de strontium, sont des plus légitimes. M. J. Voisin ne s'abstient d'apprécier la valeur thérapeutique du bromure de strontium que parce qu'il ne l'a jamais employé méthodiquement.

Il convient toutefois de rappeler les travaux de Germain Sée, Constantin Paul, Dujardin-Beaumetz et Féré, qui ont établi que le bromure de strontium peut être considéré comme un succédané du bromure de potassium, mais comme un succédané moins actif que ce dernier.

« Le bromure de potassium doit être donné à doses assez fortes, 4 à 6 grammes par jour pour un adulte : si cette dose ne suffit pas, on donne 8 à 10 grammes. M. Féré est même allé jusqu'à la dose de 20 grammes. Mais dans ces cas on a à craindre le bromisme avec accident de stupeur. Chez les enfants, on prescrit 1 gramme à 2 grammes suivant l'âge; on peut aller jusqu'à 4 grammes chez les enfants de sept à huit ans.

Ce médicament doit être prescrit au commencement des deux principaux repas; de cette manière, on évite les maux d'estomac. On aura soin de se servir de bromure de potassium pur exempt d'iodure et surtout de chlorure (2). »

Or, on sait qu'il est extrêmement difficile de rencontrer dans le commerce un sel de brome qui soit absolument pur. Ceux qu'on emploie couramment ne remplissent pas cette condition essentielle. De là des inconvénients et même des dangers qui font qu'on a quelquefois attribué au médicament des effets qui sont le résultat d'une administration maladroite ou de l'emploi d'une mauvaise préparation de sel bromique. C'est ainsi qu'on a parlé de l'infidélité du médicament, des rechutes des troubles nerveux, d'anémie bromique et de phénomènes pathologiques divers du côté de la peau, de l'intelligence, de la sensibilité ou du mouvement. Le praticien doit se prémunir contre des surprises qui sont souvent dues à l'impureté du sel bromique.

Le bromure de potassium n'a point d'effets vraiment fâcheux lorsque ce sel est d'une irréprochable pureté *chimique* et que son emploi est attentivement surveillé par un médecin, tous les quinze jours par exemple.

On a raison sans doute de signaler la céphalalgie frontale, l'enchifrènement, le larmoiement, l'excitation gastrique, l'abattement des forces, l'engourdissement des mouvements, l'acné, l'abolition partielle de la sensibilité générale, l'indifférence, l'apathie, la somnolence, l'obtusion intellectuelle, la stupeur, la constipation et surtout l'amaigrissement; mais on pallie beaucoup ces effets quand, au lieu d'un médicament de qualité douteuse ou mal administré, on emploie avec méthode un bon produit.

Si donc le mode d'administration du bromure doit être attentivement surveillé par le médecin pour éviter les accidents qui ont été plus haut signalés, la qualité du médicament ne doit pas être l'objet d'une moins grande préoccupation de la part du praticien.

De toutes les préparations auxquelles on a jusqu'ici eu recours, le sirop de Henry Mure est celle qui offre le plus de garanties. En procurant au médecin traitant une entière sécurité touchant la pureté du bromure qu'elle contient, elle simplifie utilement son ordonnance par la contenance fixe et absolument invariable de chaque cuillerée (2 grammes par cuillerée à bouche). Le sirop de Henry Mure est exempt d'iodure et de chlorure. L'incorporation du sel bromique dans un agréable sirop d'écorces d'oranges amères rend facile au malade l'ingestion du remède : elle dissimule, sous un parfum inoffensif, la saveur un peu désagréable du bro-

(1) J. Voisin. *L'épilepsie*, p. 381, Paris 1897.
(2) Germain Sée. *Courrier médical*, 1868.
(3) J. Voisin. Loc. cit., p. 382.

(1) J. Voisin. Loc. cit., p. 389.
(2) J. Voisin. Loc. cit., p. 384.

mure. M. Henry Mure prépare, avec les mêmes garanties de pureté, un sirop au bromure de strontium.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 février 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

COMMUNICATIONS

De la mortalité des troupes de la marine. — M. LE ROY DE MÉRICOURT avait émis, depuis longtemps, le vœu qu'il y aurait intérêt à connaître la mortalité des marins comme on connaît celle des soldats. M. Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine, a songé à faire établir ce travail, et il a trouvé, pour le seconder, deux médecins de la marine, MM. Vincent et Burot, qui sont parvenus, par leurs propres moyens, à faire une étude des plus complètes et des plus intéressantes.

Au lieu de consulter des rapports qui ne signalent qu'une partie des décès, ils ont eu l'idée ingénieuse de consulter la matricule de chaque homme pour savoir ce que celui-ci était devenu.

Leur statistique porte sur la période quinquennale 1891-1895. Sur un effectif de 198313 hommes dont 54997 engagés volontaires et 143316 inscrits, ils ont trouvé 2253 décès, ce qui donne 1,13 p. 100 ou 11 p. 1000. Tous les décès survenus sur les hommes présents au service de l'Etat sont comptés, que ces décès aient eu lieu sur les navires, dans les hôpitaux en France, à l'étranger, aux colonies, ou bien même dans leurs foyers.

Il est facile d'établir des comparaisons avec les chiffres de la mortalité dans la population civile, dans l'armée ou dans les marines étrangères, mais il y a lieu de remarquer que c'est la première fois que la statistique se fait par le procédé des matricules, certainement le plus exact de tous.

La tuberculose fait le quart des victimes; elle est plus fréquente dans la marine que dans l'armée. La fièvre typhoïde est devenue rare sur les navires et sévit de préférence sur les marins qui vivent à terre. Les endémies des pays chauds, le paludisme, la diarrhée et la dysenterie, les hépatites et le choléra donnent un contingent assez élevé. Il y a beaucoup de noyés et de morts accidentelles. Les suicides sont rares. Toutes les causes de décès sont étudiées au point de vue de l'âge, des professions et des grades. Les médecins et les pharmaciens de la marine ont eu, en cinq ans, 45 décès et 10 retraites pour infirmités contractées au service sur un effectif de 2736, soit une proportion de 1,90 pour les pertes totales (décès et retraites) et de 1,74 pour les décès.

Cette étude de statistique, établie sur des faits précis et sur des bases toutes nouvelles, sera officiellement continuée chaque année. Elle aura le grand avantage, sans imposer aucune dépense à la marine, de montrer les dangers inhérents à la vie maritime et de donner des indications pour les améliorations à réaliser.

M. Le Roy de Méricourt se propose de déposer prochainement un travail analogue sur la statistique de la mortalité des troupes coloniales.

Introduction de la vaccine en France. — M. HERVIEUX lit une note sur ce sujet. (Voir au Premier-Paris.)

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Au premier tour de scrutin, M. Fernet est élu par 59 voix contre 6 données à M. Rendu, 3 à M. Chauffard, 2 à M. Troisier et 2 bulletins blancs.

RAPPORT

Assainissement de la fabrication des allumettes. — M. VALLIN lit un rapport sur ce sujet. Le ministre des Finances ayant demandé à l'Académie de lui présenter un rapport sur les mesures propres à assainir la fabrication des allumettes, l'Académie a renvoyé l'étude de cette question à une commission composée de MM. Th. Roussel, Magitot, Ch. Monod, Hanriot et Vallin, rapporteur. M. Vallin a donc lu un rapport très documenté dont on trouvera plus haut les conclusions.

LECTURE

Des applications de la radiographie à la chirurgie du système nerveux. — M. CHIPAULT, en son nom et au nom de M. A. Londe, lit une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

PRÉSENTATION DE MALADES

De la cure opératoire de la phlébite otitique du sinus latéral.— M. CHIPAULT présente une malade opérée et guérie par M. A. Lambotte (d'Anvers) à l'aide de son procédé, que nos lecteurs trouveront décrit plus haut (p. 160).

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 22 février, est provisoirement composé de MM. Babinski, Chantemesse, Charrin, Empis, Félizet, Gilbert et Variot.

Les candidats sont MM. Achalme, Auscher, Aviragnet, Beaumé, Belin, Berbez, Bergé, J. Besançon, F. Bezançon, Boix, Boulloche, Brodier, Bruhl, Capitan, Caussade, Charcot, Charrier, Claisse, Coffin, de Grandmaison, de Saint-Germain, Deschamps, Dufour, du Pasquier, Dupré, Dutil, Enriquez, Ettlinger, Gallois, Gastou, Gouget, Hallion, Hudelo, Hulot, A. Laffitte, Lamy, Legry, Le Noir, Leredde, Létienne, L. Lévy, G.-C. Lion, Londe, G.-R. Lyon, Macaigne, Méry, Michel, Mosny, Nageotte, Papillon, Parmentier, Péron, Phulpin, Pignol, Pilliet, Plicque, Polguère, Potier, Regnier, Renault, Rénon, Roubinowitch, Sallard, Sergent, Soupault, Souques, Springer, Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thiroloix, Tissier, Tollemer, Triboulet, Veillon et Weber.

— Par décret, en date du 9 février 1897, les dispositions du décret du 19 janvier 1897, portant interdiction d'importation ou de transit en France et en Algérie d'objets ou marchandises en provenance des ports indiens contaminés de peste, sont étendues dans les ports de la Méditerranée à toutes les marchandises provenant directement ou indirectement de Bombay, de Kuratchi et des autres ports contaminés de peste. Dans les ports de l'Océan et de la Manche, les marchandises non prohibées par le décret susvisé ne seront admises qu'après désinfection.

Les passagers provenant de ports reconnus contaminés de peste ne pourront entrer en France que par les ports de Pauillac, Saint-Nazaire, le Havre et Dunkerque. Ils ne seront admis à débarquer qu'après qu'ils auront subi une observation fixée à huit jours pour Pauillac et Saint-Nazaire, à quatre jours pour le Havre et Dunkerque, et que leurs bagages auront été désinfectés.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Laroyenne est chargé, pour une période de dix ans, d'un cours de clinique annexe des maladies des femmes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 18. — SAMEDI 13 FÉVRIER 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 13 FÉVRIER 1897. — Nº 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les diverticules de l'œsophage et du pharynx.

Par MM. DELAMARE et DESCAZALS,
Internes des hôpitaux.

Les diverticules de l'œsophage et du pharynx forment un chapitre encore assez peu connu de la pathologie de ces organes.

Mondière (1) est le premier qui, en 1830, en réunit plusieurs observations qu'il publia dans les *Archives de médecine*, sous le titre de « Dilatations sacciformes de l'œsophage ».

En Allemagne, l'affection paraît avoir été observée plus fréquemment et fut l'objet de quelques travaux d'une réelle importance. Zenker et Ziemssen (3) se sont surtout attachés à en démontrer l'origine pathologique.

Kœnig et Klebs ont soutenu la théorie congénitale et Albrecht a voulu y voir des vestiges d'organes, qu'on rencontre normalement chez certains animaux.

Depuis quelques années, les observations de diverticule sont devenues plus nombreuses, surtout en Allemagne. Neukirch (6), Chiari (7), Hoffmann (10), Berkhan (11), Bergmann (12), Leichtenstern (17), Classen (20), Kocher (21), Frænkel (22), Mintz (24), Reichmann (25), Huber (29), Buttlin (30), Mandach (32), Vigot (34), Carl Ritter (35), Bychowski (37) ont contribué à en élucider la pathogénie et à en fixer la symptomatologie.

Un certain nombre de thèses traitent ce sujet. Ce sont celles de Gassner-Friedberg (2), d'Œkonomides (4), de Nissen (5), de Tetens (9), de Dreschfeld (28), en Allemagne.

En France, la thèse de M. Marcheguet (23) [de Montpellier] résumait l'état de la question en 1893; nous avons adopté la division des diverticules que cet auteur a proposée; nous aurons d'ailleurs l'occasion, dans le courant de cette Revue, de revenir souvent sur cet important travail.

Depuis cette étude, il n'a paru en France aucun travail d'ensemble sur ce sujet. Seules, des observations assez nombreuses ont attiré l'attention sur le traitement chirurgical et ses bons résultats. Aussi nous a-t-il semblé intéressant de réunir, dans une Revue générale, ces matériaux dispersés dans la littérature médicale.

I

DÉFINITION. — On donne le nom de diverticules de l'œsophage aux dilatations limitées à un point de la paroi, de volume variable, se terminant en cul-de-sac et communiquant avec le canal alimentaire par un orifice rétréci.

Cette définition élimine toutes les autres ectasies de l'organe. La confusion est impossible avec cette dilatation congénitale excessivement rare du segment inférieur de l'œsophage, décrite une fois par Henle sous le nom de præestomac (Vormagen). Elle est également difficile avec les dilatations diffuses générales, que l'on observe fréquemment au-dessus des rétrécissements œsophagiens. Il n'en est plus de même dans les cas où le segment de l'œsophage, qui se trouve immédiatement au-dessus du rétrécissement, a la forme d'un sac, d'une dilatation partielle de la paroi. On y trouve à la surface des valvules, des tractus entre lesquels peuvent se former des niches que creuse de plus en plus le bol alimentaire. Leur lumière ne se continue pas avec l'axe de l'œsophage, elle est excentrique. Ce ne sont pourtant pas de vrais diverticules, car l'hypertrophie des fibres musculaires circulaires au-dessus du rétrécissement et la masse cicatricielle qui l'entoure empêchent la dilatation sacciforme de se produire.

Hacker signale également des pseudo-diverticules siégeant au-dessus de rétrécissement, vestiges d'anciens abcès péri-œsophagiens, ou causés par une fausse route au cours d'un cathétérisme [Bergmann (19)].

II

DIVISION. — Depuis les travaux de Zenker et Ziemssen, on a coutume de diviser les diverticules de l'œsophage en deux grandes catégories : les diverticules par traction et les diverticules par propulsion. Quelques cas de diverticules semblent, il est vrai, ne pouvoir être rangés ni dans l'une, ni dans l'autre de ces deux divisions.

Reichmann, en 1893, publie trois observations de diverticules siégeant à la partie inférieure de l'œsophage et lui paraissant ne devoir être classés ni parmi les diverticules par traction, ni parmi les diverticules par propulsion.

Przewoski (de Varsovie) a rencontré sept fois de petits diverticules de la grosseur d'une noix, ayant une embou-

chure assez large et situés à la partie moyenne ou inférieure de l'œsophage. Ils ne présentaient aucune trace d'adhérences et ne pouvaient être compris, par conséquent, parmi les diverticules de traction qui seuls siègent à ce niveau. Cet auteur pense que les grands diverticules décrits par Reichmann se développeraient aux dépens de ces petites dépressions.

Pour Bychowsky, ces auteurs, ainsi que Neukirch et Hoffmann, se sont trouvés en face de formations sacciformes ressemblant beaucoup à des diverticules, mais qui en différaient par un point essentiel : l'absence de muqueuse.

L'examen histologique du contenu de ces pseudo-diverticules n'a jamais permis en effet d'y constater la présence de cellules épithéliales pavimenteuses qui se retrouvent presque toujours dans le contenu du diverticule vrai par suite de la desquamation. Aussi Bychowsky propose, par analogie avec le faux anévrysme (anévrysme spurium), de donner à ces cavités d'origines diverses le nom de faux diverticules (diverticule spurium). Cet auteur, d'ailleurs, rapporte l'observation d'un diverticule dont le contenu renfermait des cellules épithéliales et qui ne lui semblait appartenir ni aux diverticules de traction, ni aux diverticules par propulsion.

Les observations, qui ne peuvent rentrer dans le cadre de Zenker et Ziemssen, sont, on le voit, fort peu nombreuses et pour la plupart ont rapport, non à des diverticules vrais, mais à ces pseudo-diverticules que nous avons écartés dès le début. Cette division doit donc être conservée et nous allons étudier successivement le mécanisme des diverticules de traction et des diverticules par propulsion.

III

Pathogénie. Étiologie. — *Diverticules de traction.* — Ces diverticules sont les plus fréquents. Ils sont provoqués par la rétraction de tissu cicatriciel provenant de l'adhérence avec un ganglion lymphatique enflammé ou suppuré. Parfois le ganglion s'ouvre dans l'œsophage, s'affaisse, se cicatrise et détermine une dépression infundibuliforme du conduit alimentaire, au niveau de cette adhérence. Virchow compare la déformation qui se produit ainsi à l'enfoncement de la peau au niveau des ganglions tuberculeux suppurés du cou.

Ce mécanisme fait comprendre pourquoi on rencontre le plus souvent ces diverticules sur la paroi antérieure de l'œsophage et un peu au-dessous de la bifurcation de la trachée. C'est en effet en ce point que se trouvent les nombreux ganglions décrits par Baréty sous le nom de ganglions trachéo-bronchiques.

Les affections qui peuvent provoquer cette adénopathie sont nombreuses. Il convient d'abord de citer la tuberculose, puis l'emphysème, la bronchectasie, la sclérose pulmonaire, la pleurésie, la péricardite et les pneumokonioses. Zenker a, en effet, montré la fréquence des adénopathies chez les sujets exposés à l'inhalation de poussières et Ritter fait remarquer que les adénopathies tuberculeuses, causes si fréquentes des diverticules de traction, sont probablement greffées, dans la grande majorité des cas, sur ces lésions qui mettent le ganglion en état de moindre résistance.

Tous les diverticules par traction ne relèvent cependant pas de l'adénopathie.

Chiari rapporte l'observation d'un diverticule provoqué par l'adhérence de l'œsophage au corps thyroïde enflammé.

On a signalé aussi la carie vertébrale, causant une médiastinite avec adhérence partielle de l'œsophage.

Cette affection se rencontre à tout âge, mais surtout chez les enfants particulièrement exposés aux adénopathies.

La profession, d'après Zenker, jouerait un certain rôle. Les tailleurs de pierre, les piqueurs de meule, les charbonniers, en un mot tous les ouvriers qui sont exposés à respirer des poussières, figurent en majorité dans les observations. Il faut rapprocher de ces diverticules de traction un diverticule décrit par M. Vigot au Congrès de Caen (1894). Le cul-de-sac, ayant la forme d'un cône se dirigeant en bas et en avant, allait s'insinuer sous l'extrémité inférieure de la trachée, entre l'origine des deux grosses bronches. Il n'y avait ni trace d'inflammation, ni ganglion hypertrophié. Aussi l'auteur n'a-t-il pas hésité à expliquer cette malformation par une évolution embryonnaire vicieuse.

Diverticules par propulsion. — Ces diverticules, moins fréquents, mais atteignant un développement plus considérable que les précédents, sont mieux étudiés parce qu'ils se manifestent ordinairement par un ensemble de symptômes caractéristiques.

Ils semblent occuper deux sièges bien distincts :

Les plus nombreux se rencontrent d'une façon constante à la partie supérieure de l'œsophage, ou plutôt dans la partie inférieure du pharynx, exactement au niveau du cartilage cricoïde. Leur orifice de communication s'ouvre sur la paroi postérieure du canal alimentaire, au point de jonction du pharynx et de l'œsophage.

Les autres, beaucoup moins nombreux, siègent plus haut, sur les parties latérales du pharynx, au niveau de la base de la langue, à l'endroit où se rencontrent les fistules branchiales.

Si ces deux variétés ont souvent la même séméiologie, elles n'en sont pas moins très dissemblables au point de vue étiologique et pathogénique. M. Marcheguet propose de donner aux premiers le nom de diverticules dorsaux et de nommer les autres diverticules latéraux.

Diverticules dorsaux. — Zenker et Ziemssen ont nettement établi le mécanisme de cette variété de diverticules par propulsion : un point limité de la paroi vient, à la suite d'une cause quelconque, à perdre l'appui de ses faisceaux musculaires ; il s'ensuit qu'une dépression de la muqueuse se forme à ce niveau sous l'influence du passage du bol alimentaire au moment de la déglutition. La répétition constante de ce phénomène augmente peu à peu la profondeur du cul-de-sac, des parcelles d'aliments pénètrent dans sa cavité, la distendent et contribuent, par leur propre poids, à en abaisser le fond. La poche augmentant de volume refoule en avant l'œsophage, le comprime, de telle sorte que la cavité diverticulaire devient le prolongement de celle du pharynx. Les ingesta tombent dans le sac, qui peut ainsi prendre des dimensions énormes, et l'œsophage refuse le passage à toute nourriture.

Voyons maintenant quelles sont les causes qui produisent cette hernie muqueuse ; nous envisagerons ensuite les dispositions anatomiques qui favorisent leur production en un point dont le siège est presque invariable.

Un corps étranger (noyau de cerise, grain de poivre, os de poulet, arête de poisson) peut s'enchatonner dans la muqueuse en écartant les fibres musculaires et former ainsi le cul-de-sac initial du diverticule.

Un traumatisme, dans le cas de Friedberg, a provoqué la rupture de fibres musculaires œsophagiennes. Il rapporte l'observation d'un officier qui présenta, immédiatement après une chute de cheval, une tumeur entre le sterno-cléido-mastoïdien et la trachée. Cette tumeur, gênant la déglutition, était un hématome qui disparut peu à peu; mais la dysphagie ne fit que s'accroître et le diverticule se développa.

La déglutition d'un liquide trop chaud ou caustique a été incriminée dans quelques cas.

Kœnig a pensé que le diverticule pouvait aussi se former à la suite d'une paralysie locale de la paroi œsophagienne; mais Bergmann fait remarquer le peu de vraisemblance de cette hypothèse, car on n'a jamais signalé de diverticule à la suite de la diphtérie.

Rosenthal cite le cas d'un jeune homme de famille tuberculeuse, syphilitique lui-même, qui avait l'habitude de porter des cols excessivement serrés (au point d'être presque cyanosé). Il attribue à ce fait une grande importance, le larynx comprimé exerçant à son tour une pression sur l'œsophage. Il existe une observation analogue de Kühne.

Kœnig, Rokitansky, Bergmann invoquent, dans trois cas différents, la pression exercée sur le pharynx et l'œsophage par un goitre volumineux.

Deux vomitifs administrés coup sur coup semblent, à Koscher, avoir provoqué la formation d'un diverticule par les efforts violents qui en résultèrent.

Un mécanisme semblable doit être invoqué pour le malade de Buttlin, qui vit son affection se développer à la suite d'un accès de toux.

Mentionnons, enfin, le rôle que peut jouer le rétrécissement de l'œsophage dans la formation de ces diverticules. Il ne faut, en aucune façon, en tirer la cause directe, comme nous l'avons fait remarquer plus haut; mais il agit comme cause adjuvante, en augmentant la pression au-dessus de lui pendant l'effort de la déglutition.

En dehors des cas, assez rares d'ailleurs, où le diverticule par propulsion, déterminé par un traumatisme, se développe au niveau du point lésé, le siège de cette variété dorsale est constant; c'est, nous l'avons dit, au point de jonction de la paroi postérieure du pharynx et de l'œsophage, au niveau du châton du cartilage cricoïde.

Cette localisation s'explique aisément par les considérations anatomiques suivantes :

En aucun autre endroit du canal alimentaire, la couche musculaire n'est aussi peu épaisse qu'en ce point. Les fibres les plus inférieures du constricteur du pharynx, très minces, ont une direction transversale et parallèle, ce qui les expose à s'érailler ou à s'écarter à la moindre violence, tandis qu'à la partie supérieure les fibres de ce muscle sont obliques et entrecroisées. De plus, il existe à la paroi postérieure de l'œsophage, immédiatement au-dessous du pharynx, un petit espace triangulaire dépourvu de fibres musculaires longitudinales. Gilette a, en effet, montré que ces dernières naissent d'un tendon élastique, qui va s'insérer sur la petite crête verticale et médiane qui se voit à la partie postérieure du cartilage cricoïde. Les fibres moyennes descendent verticalement sur la paroi antérieure de l'œsophage, les latérales se dirigent obliquement en bas et en arrière, de façon à gagner la face postérieure de l'œsophage en contournant ses parois latérales. Il en résulte la formation d'un espace triangulaire à sommet inférieur, où la paroi œsophagienne est dépourvue de fibres longitudinales : ce *locus minoris resistentiæ*, situé immédiatement au-dessous du bord inférieur du constricteur pharyngien, est justement le point où se produit la variété la plus fréquente des diverticules de propulsion.

Cet espace triangulaire, par sa situation, est exposé pendant la déglutition à supporter une pression plus forte que le reste de la paroi œsophagienne. En effet, Tillaux et Mouton ont démontré que l'orifice supérieur de l'œsophage présente seulement un diamètre de 14 millimètres, ce qui en fait un véritable rétrécissement physiologique. Ce surcroît de pression agit uniquement sur la paroi postérieure, car en avant le cricoïde ne se laisse ni refouler ni distendre.

Ce rôle du cricoïde est si évident que l'affection se développe surtout dans la seconde moitié de la vie, à l'époque où les cartilages du larynx commencent à s'ossifier. L'immunité dont paraît jouir la femme (3 cas sur 33) ne peut s'expliquer que par l'ossification plus tardive chez elle du larynx et ses dimensions plus petites.

Quelques auteurs (Bergmann, Kœnig, Klebs), ayant rencontré de longs diverticules tapissés par une muqueuse lisse et revêtus d'une musculeuse, rejettent cette théorie purement mécanique et considèrent la première ébauche de la fosse, dont se formera ultérieurement le diverticule, comme une anomalie de développement.

Marcheguet fait observer, à ce sujet, que cette hypothèse n'aurait de valeur que si on décrivait des diverticules chez les nouveau-nés et les enfants en bas âge. Monti rapporte, il est vrai, une observation de laryngo-sténose provenant d'un corps étranger enclavé dans un diverticule de l'œsophage, chez un enfant de un an. Mais le corps étranger (un cachet) avait été enfoncé violemment et avait pu déterminer la formation du cul-de-sac.

D'autres auteurs, avec Albrecht, ont voulu voir une analogie entre ces diverticules et une poche qui existe chez certains animaux (porcs, chameaux, éléphants), et qu'on appelle la poche œsophagienne. Cependant, Kostanecki et Kilian font remarquer que, chez le porc, les piliers postérieurs du voile du palais ne vont pas se terminer, comme chez l'homme, dans les parties latérales du pharynx, mais descendent en se rapprochant l'un de l'autre et finissent par s'unir sur la paroi postérieure de l'organe. Ils forment ainsi un anneau complet, plus ou moins développé chez tous les mammifères, et constituant les lèvres de la poche œsophagienne.

Nous ne ferons que citer une autre opinion d'Albrecht, qui compare ces diverticules à la vessie natatoire des poissons.

On peut voir, par cet exposé, que l'accord est loin de régner entre les auteurs qui se sont occupés de l'origine des diverticules par propulsion. L'opinion de ceux qui en font un vice de conformation embryonnaire paraît la moins défendable; Bergmann, qui en est pourtant un des partisans, n'avoue-t-il pas que le développement de l'appareil digestif ne peut guère expliquer la pathogénie de ces diverticules?

Diverticules latéraux. — L'embryologie, au contraire, explique fort bien la formation de ces diverticules, qui rentrent dès lors dans la catégorie des malformations fœtales. Il faut savoir gré à M. Marcheguet d'avoir nettement séparé cette variété de la précédente et d'avoir mis en lumière sa pathogénie. Les divergences d'opinion que nous avons signalées tout à l'heure sont dues en grande partie à cette absence de division.

Ces diverticules latéraux, qui paraissent assez rares, car on n'en connaît que quatre observations authentiques, siègent plus haut que les précédents, et sont franchement pharyngiens. Ils s'ouvrent sur l'un des côtés de la base de la langue, au niveau du point où se rencontrent d'habitude les fistules branchiales. Ici encore, la propulsion, l'augmentation de pression au moment du passage du bol alimentaire, contribue pour une large part à l'accroissement de ces diverticules : mais on ne peut invoquer un *locus minoris resistentiæ*, d'ordre purement anatomique, comme pour les diverticules dorsaux. L'embryologie seule suffit à expliquer cette localisation, et cela est si vrai que, sur les quatre cas rapportés par Marcheguet, deux se compliquaient de fistule branchiale. Ces diverticules ont donc des fistules borgnes internes comme point de départ.

Pour comprendre la genèse de ces fistules, il faut se rapporter à la période embryonnaire de la face et du cou.

Sur les côtés du cou de l'embryon humain existent, dès la quatrième semaine, des bourrelets qui se sont développés de la face dorsale vers la face ventrale. Ces bourrelets, au nombre de quatre, s'appellent arcs branchiaux. Ils circonscrivent le tube pharyngien et sont séparés les uns des autres par des sillons mieux marqués sur la face endodermique que sur la face ectodermique. His a démontré que ces rainures internes et externes ne communiquent pas entre elles, et qu'il n'existe pas de fentes branchiales chez l'homme et les vertébrés supérieurs ; un amincissement membraneux relie les arcs branchiaux voisins.

His a donné le nom de poches branchiales aux sillons branchiaux internes, qui sont bien plus accentués que les externes, surtout le quatrième, qui se creuse une profonde dépression : le fondus branchialis de His.

Au cours du développement, les sillons externes disparaissent totalement, tandis que les poches branchiales se transforment et se retrouvent assez facilement chez l'adulte.

Le premier sillon laisse sa trace sous la forme de la trompe d'Eustache et de la cavité de la caisse ; comme anomalie, il sera l'origine de la fistule de Virchow, qui coïncide avec des malformations de l'appareil auditif.

On retrouve le deuxième dans la fossette de Rosenmüller, que l'effort expiratoire peut dilater considérablement (diverticule de Pertik).

Le troisième contribuerait en partie à la formation du thymus, d'après Born.

Quant au quatrième, au fondus branchialis de His, qui s'étend de la base du crâne à la furcula (rudiment de l'épiglotte) ; il laisse comme reste normal la gouttière latérale du pharynx (sinus pyriformis des Allemands).

Le rapprochement de ces quatre sillons rend assez difficile la détermination exacte de celui qui a servi de point de départ à la fistule. Cependant, les fistules pharyngées ont un siège constant vers la région amygdalienne et la base de la langue ; c'est exactement dans cette région que se trouve l'orifice des diverticules latéraux. Leur origine congénitale semble donc bien établie.

Quant à leur développement ultérieur, il est soumis aux mêmes causes que celui des diverticules dorsaux : toux, efforts, stagnation de parcelles alimentaires ou de corps étrangers, nous ne reviendrons pas sur ce mécanisme.

Diverticules par traction-propulsion. — Les diverticules par propulsion peuvent se développer dans la paroi d'un diverticule par traction. Ces diverticules par traction-propulsion ont été, pour la première fois, signalés par Œkonomides, qui en a observé trois cas sur un œsophage. Cinq cas analogues ont été décrits par Tetens. Dans ces observations, on voit que le fond du diverticule adhère à des ganglions tuméfiés, sauf dans deux cas où on n'a pu les retrouver (il est probable qu'ils avaient passé par la trachée perforée). Les faisceaux musculaires visibles à l'œil nu se portent de l'œsophage vers les ganglions malades, en un point ces faisceaux s'écartent et la muqueuse pénètre dans leur intervalle.

Leur mécanisme s'explique facilement. Il existe d'abord un diverticule par traction avec fibres musculaires relativement ténues ; quelques fragments alimentaires y pénètrent ; pendant la déglutition, la pression du bol exerce une action plus grande sur ces points amincis : cette pression se répétant, les faisceaux s'écartent et laissent passage à la muqueuse.

On n'a observé cette variété de diverticule que chez des malades âgés de trente-cinq à cinquante-cinq ans ; un seul n'avait que dix-huit ans. C'est donc une affection de l'âge adulte, comme le diverticule par propulsion.

VI

Anatomie pathologique. — *Diverticules de traction.* — Ces diverticules, ne donnant le plus souvent lieu, pendant la vie, à aucun phénomène, sont, dans la très grande majorité des cas, des trouvailles d'autopsie.

Leur siège est déjà connu : paroi antérieure ou latérale de l'œsophage, au niveau de la bifurcation de la trachée et surtout au-dessous de cette bifurcation.

Le plus souvent, un seul diverticule existe ; si l'on en rencontre plusieurs, ils sont situés à peu de distance les uns des autres.

Leur forme est celle d'une dépression infundibuliforme, dont la profondeur dépasse rarement 12 millimètres. L'orifice par lequel ils communiquent avec la cavité œsophagienne est d'environ 6 à 8 millimètres, et leur fond est indifféremment tourné en haut ou en bas.

Les connexions de ces diverticules avec les organes voisins sont des plus variables, et expliquent les nombreuses complications, souvent d'une extrême gravité, auxquelles ils peuvent donner lieu.

Le plus ordinairement, leur extrémité adhère à un ganglion lymphatique enflammé, au moyen de tractus fibreux ; quelquefois ce ganglion est caséifié, et son contenu s'est déversé dans l'œsophage. Il ne reste plus alors que son enveloppe affaissée et entourée d'une coque de tissu conjonctif. Dans certains cas, ce ganglion a contracté des adhérences à la fois avec l'œsophage et un organe voisin : trachée, plèvre, bronche, aorte, péricarde, artère pulmonaire.

Lorsqu'il se ramollit et s'ouvre à la fois dans ces deux cavités, on comprend le danger de semblables communications. On a signalé des collections purulentes du médiastin, entourées d'une coque épaisse d'origine inflammatoire, remplies d'un pus fétide mélangé de parcelles alimentaires et reliées à l'œsophage par la perforation d'un diverticule.

Vue par la face interne de l'œsophage incisé, la cavité de ces diverticules apparaît quelquefois pleine de mucus, ou occupée par un corps étranger arrêté pendant la déglutition. D'après Œkonomides et Rokitansky, leur paroi serait formée par les mêmes couches que celle de l'œsophage, et posséderait une tunique musculeuse propre. Parfois, celle-ci

ne serait représentée que par quelques fibres longitudinales et circulaires, qui peuvent même manquer dans quelques cas.

La muqueuse est ordinairement plissée, avec des éléments histologiques normaux. Souvent le fond du diverticule revêt un aspect cicatriciel, ou bien présente l'ulcération par laquelle le ganglion suppuré s'est vidé dans l'œsophage.

Diverticules par propulsion. — Il n'existe aucun examen nécropsique de diverticules latéraux; les cas de Wheeler et de Bergmann nous apprennent seulement que la paroi est mince et la muqueuse lisse.

Les diverticules dorsaux sont mieux étudiés. On n'en a jamais rencontré qu'un seul chez le même malade.

Leur volume et leur forme sont des plus variables; c'est tantôt une simple dépression de la grosseur d'une noisette, tantôt un vaste sac appendu sur les côtés de l'œsophage, atteignant parfois les dimensions d'une tête d'enfant.

Rarement ces diverticules ressemblent à une boule; ils affectent plus souvent la forme d'un cylindre arrondi à l'extrémité inférieure. Dans la plupart des cas, ils sont piriformes avec un pédicule, un collet rétréci, les rattachant à la paroi postérieure de l'œsophage.

Dans quelques observations, on trouve décrits des diverticules atteignant jusqu'à 13 centimètres de longueur et 8 de largeur.

La situation de ces sacs et des plus variables; si, en effet, leur point d'abouchement dans le canal alimentaire est constant, il n'en est pas de même de la direction que prend la poche qui, en se développant d'une façon exagérée, s'insinue entre les organes et modifie leurs rapports.

Les diverticules de moyenne dimension se développent le plus ordinairement dans la couche de tissu cellulaire qui sépare la face postérieure de l'œsophage de l'aponévrose prévertébrale. Les plus petits restent sur la ligne médiane. Ceux dont le volume a pris un plus grand développement, s'étendent le plus souvent sur le côté et déterminent une saillie plus ou moins considérable, soit à gauche, soit à droite.

Von Mandach jeune cite un cas où le diverticule descendait jusqu'au niveau de la fourchette sternale.

Des adhérences peuvent s'établir avec les organes voisins, le paquet vasculaire surtout et le dôme pleural; elles exposent le malade aux complications si graves que nous avons citées à propos des diverticules par traction.

La paroi généralement solide et résistante présente la même épaisseur que celle de l'œsophage. On n'est pas d'accord sur son mode de constitution.

Quelques auteurs (Kœnig et Klebs), ayant trouvé des fibres musculaires dans l'épaisseur de cette paroi, pensent qu'elle possède une structure identique à celle de l'œsophage, et s'appuient sur cette remarque pour ne voir dans les diverticules que des formations congénitales agrandies peu à peu.

D'autres, et c'est le plus grand nombre, partisans de la théorie mécanique, expliquent la présence de ces fibres musculaires, en les rattachant à la muscularis mucosæ. D'ailleurs, dans les cas où l'existence de fibres striées a été nettement constatée, on ne les a trouvées que dans le voisinage du collet; et ces auteurs pensent qu'elles représentent là la paroi œsophagienne, entraînée par le poids d'un diverticule très volumineux.

La muqueuse présente les mêmes caractères histologiques que celle du pharynx, dont elle est une dépendance; elle est cependant parfois granuleuse par hypertrophie de la couche papillaire qui, dans un cas de Von Mandach, atteignait une épaisseur dix fois supérieure à la normale. Elle présente parfois des ulcérations et des cicatrices.

La tunique externe provient du tissu conjonctif lâche qui entoure l'œsophage et au milieu duquel se développe le diverticule; ce tissu conjonctif se condense autour de la poche à laquelle il forme une enveloppe plus ou moins résistante.

Cette enveloppe est généralement très vascularisée.

V

Symptomatologie. — Les *diverticules par traction* passent généralement inaperçus, sauf dans les cas assez rares où ils se transforment en diverticules par traction-propulsion.

Dans ces cas, les symptômes observés ne diffèrent en rien des signes du diverticule par propulsion.

Cette variété n'est cependant pas d'une bénignité absolue; elle est l'origine parfois de complications d'une gravité exceptionnelle, que nous passerons plus loin en revue.

Les *diverticules par propulsion*, au contraire, ont été souvent observés chez le vivant et de nombreuses observations permettent d'établir un tableau symptomatique complet.

Début. — Le début est généralement insidieux, et il est assez difficile d'assigner une durée, même approximative, à cette période latente; les malades ne songeant pas à rapporter la dysphagie ou les troubles digestifs dont ils se plaignent à un traumatisme ou un effort souvent oubliés.

Des troubles de dysphagie légère, qui font penser à un faible degré de rétrécissement, sont parfois pendant plusieurs années (vingt, trente ans et plus) la seule manifestation du diverticule. Ces accidents sont d'abord passagers et n'apparaissent qu'à l'occasion d'un repas rapide et dont la mastication a été insuffisante; peu à peu cet arrêt momentané du bol alimentaire se renouvelle plus souvent. Les solides d'abord, les aliments pâteux, les purées, sont arrêtés et en partie régurgités, alors que les liquides passent facilement.

Dans un cas, Neukirch signale une hématémèse comme accident primordial, précédant de dix ans la dysphagie. Cette gêne de déglutition s'accompagne d'amaigrissement et retentit d'autant plus sur l'état général du malade, que la nutrition est plus compromise.

Peu à peu, à la dysphagie s'ajoute de la dyspnée, surtout après les repas; le malade remarque parfois le développement d'une tumeur sur le côté du cou, ou bien, affaibli par des vomissements continuels, il offre l'aspect de la cachexie par inanition. C'est à ce moment que l'affection présente un tableau clinique complet.

Période d'état. — La gêne de la déglutition reste toujours le principal signe, celui sur lequel le malade attire dès l'abord l'attention du médecin. Cette dysphagie est causée par l'accumulation des aliments dans une poche déjà volumineuse; celle-ci dilatée vient se placer dans l'axe du conduit alimentaire et les matières dégluties passent directement du pharynx dans le diverticule qui le prolonge. Les aliments ne pénètrent dans l'œsophage qu'après réplétion de la poche : cependant, si cette dernière est trop distendue, elle comprime le segment inférieur de l'œsophage, derrière lequel elle est située, et s'oppose au passage du bol. Une réplétion moyenne du diverticule semble donc, chez beaucoup

de malades, favoriser l'alimentation. D'ailleurs, l'expérience leur apprend presque toujours à user d'artifice pour faciliter le passage des aliments.

Plusieurs exercent une pression en un point du cou correspondant à leur diverticule, et arrivent ainsi à le vider ou à l'empêcher de se remplir. La malade de Whitehead ne pouvait déglutir que la tête renversée. Celui de Neukirch était obligé de se coucher sur le côté droit. Mintz rapporte le cas d'un malade chez lequel, au contraire, les premières bouchées pouvaient seules passer après des mouvements répétés de déglutition, les suivantes s'arrêtaient et revenaient plus tard par vomissements ou régurgitation.

La compression ne s'exerce pas seulement sur l'œsophage. Le sac appuyé sur la colonne vertébrale presse fortement sur les organes respiratoires : trachée, bronche et même le poumon quand il siège en un point plus déclive. Il en résulte une dyspnée parfois intense.

Les troubles de la voix, causés par la compression des nerfs récurrents, sont notés dans quelques cas : aphonie, dysphonie, voix bitonale.

Les aliments séjournent parfois très longtemps dans le diverticule. Huber cite le cas d'un homme qui rendit par régurgitation des noyaux de cerises mangées deux mois auparavant. D'ailleurs, plusieurs auteurs font remarquer que les matières rendues ne proviennent pas du dernier repas, mais remontent, en général, à plusieurs jours.

L'évacuation de son contenu se fait à des époques irrégulières d'une manière presque toujours incomplète, sous l'influence d'un changement de position ou à la suite d'efforts de vomissement; lorsqu'elle se fait doucement, d'une manière insensible, elle s'accompagne souvent de régurgitation.

Ces phénomènes sont souvent accompagnés d'une douleur obtuse dont le siège et les irradiations sont assez variables.

Dans cet état, l'examen physique du malade révèle assez souvent un élargissement du cou à sa base et permet de sentir, à droite ou à gauche de l'arbre aérien, une tuméfaction mollasse, qui donne d'abord l'idée d'une hypertrophie thyroïdienne. Cette tumeur, généralement mate, avait pourtant une sonorité tympanique dans le cas de König; il est évident que le son obtenu par la percussion doit dépendre de la présence ou de l'absence de gaz dans la poche.

Dans les cas plus rares où la tumeur s'est surtout développée dans la cavité thoracique, la palpation ne fournit ordinairement aucun renseignement; mais il existe souvent une zone de matité, à droite ou à gauche de la colonne vertébrale, au niveau des premières vertèbres dorsales (Neukirch). Ce phénomène est surtout marqué quand le malade a absorbé au préalable une certaine quantité de liquide.

La régurgitation spontanée ou provoquée par une pression exercée sur la poche s'accompagne presque toujours d'un bruit particulier de gargouillement. Ce bruit est généralement assez fort pour être perçu par le malade et même son entourage. C'était une sorte de sifflement dans le cas de Whitehead.

Le passage des aliments de la poche dans l'estomac s'accompagne aussi de bruits spéciaux; Berkhan a constaté une fois un bruit métallique assez intense pour être perçu de loin.

L'existence de ces gargouillements, qui ne sont pas sans analogie avec ceux du rétrécissement de l'œsophage, serait due au passage des aliments par l'orifice assez étroit du diverticule. Hamburger fait remarquer que l'auscultation fait presque toujours percevoir ce bruissement spécial au niveau du collet du sac; le point où l'on doit placer le stéthoscope est assez variable, et ce n'est que par des tâtonnements qu'on arrive à le déterminer pour chaque cas.

La stase et la décomposition des aliments dans la poche rend l'haleine des malades très fétide et ce signe d'une grande fréquence a une réelle valeur.

VI

Évolution et pronostic. — L'évolution de cette affection est, en général, d'une extrême lenteur ; il arrive cependant un moment où les aliments s'accumulent dans la poche, et non seulement ne passent plus dans l'estomac, mais s'opposent, en rejetant l'œsophage de côté, au cathétérisme de ce dernier; l'alimentation n'est plus possible que par la voie rectale. La cachexie fait de rapides progrès et les malades succombent à l'inanition, en proie aux tourments de la faim et de la soif, à moins qu'une complication ne vienne abréger l'évolution de la maladie.

Telle est la marche de l'affection abandonnée à elle-même. La guérison n'est d'ailleurs pas rare sous l'influence d'un traitement approprié. Le pronostic dépend du reste d'un grand nombre de facteurs ; l'âge du sujet, son état d'affaiblissement plus ou moins marqué, le siège, les dimensions du diverticule et ses connexions avec les organes cervicaux et thoraciques, ont une importance capitale, tant au point de vue de l'évolution de la maladie, que de l'indication d'une intervention chirurgicale et de ses conséquences.

VII

Complications. — La fréquence des complications est assez grande. Zenker, sur 27 observations, trouve que la mort ne fut imputable que 13 fois à l'évolution du diverticule lui-même.

Ces complications sont presque toujours l'ouverture de la poche dans un des organes du cou ou du thorax.

Les diverticules de traction en particulier, comme nous l'avons vu, sont plus fréquemment la cause de ces accidents : nous avons déjà indiqué leur mécanisme en étudiant l'anatomie pathologique. Rappelons seulement que les connexions du ganglion dont l'inflammation a déterminé le diverticule, expliquent son ouverture fréquente dans la trachée, les bronches ou le poumon. Ces organes déjà malades ne sont que plus facilement frappés de gangrène ou de pneumonie par déglutition. Leichtenstein cite un cas de gangrène pulmonaire chez un tailleur de pierre atteint de chalicose et de bronchectasie ; l'autopsie montra que la gangrène avait pris naissance dans une caverne bronchique où s'était ouvert un diverticule de traction.

La communication avec la bronche a pu quelquefois être reconnue pendant la vie, grâce à l'existence du signe de Traube. Il consiste dans le rejet immédiat, dans un accès violent de toux, des aliments que vient d'ingérer le malade. Ce signe est plus facile à constater si on fait prendre au malade des liquides colorés.

A côté de ces complications intéressant l'appareil respiratoire, on trouve quelques faits plus rares d'ouverture dans le péricarde, l'aorte, la veine pulmonaire (Zenker).

Les diverticules de traction peuvent, d'après Ritter, favoriser le développement de néoplasies malignes à cause de

l'irritation continue que provoquent les aliments stagnants; il compare cette complication au développement du cancer au niveau d'un ulcère rond cicatrisé. Ritter appuie cette intéressante hypothèse sur cinq observations du professeur Hiller. Dans quelques cas, le cancer était ulcéré, et dans deux, on ne trouvait que des traces de diverticule; il est probable que le cancer, né au niveau de la poche, l'avait englobée et détruite. Tous ces cancers siégeaient au niveau de la bifurcation de la trachée. L'examen histologique que Ritter fit de plusieurs diverticules ne fut cependant pas concluant.

Dans quelques cas, cependant, il y avait de l'infiltration de petites cellules rondes dans la muqueuse, c'est-à-dire état irritatif; or, dans ces cas, l'épaississement épithélial n'est pas rare et ce dernier est souvent le point de départ du cancer.

Les diverticules par propulsion donnent plus rarement lieu aux mêmes complications; les troubles qu'ils occasionnent dépendent surtout de leur volume et sont dus à la compression; nous les avons énumérés plus haut.

Des phlegmons profonds du cou ou du médiastin sont à redouter; ils se développent parfois à la suite de l'inflammation ou de la perforation des parois de cette poche.

Il n'est pas rare non plus qu'une maladie intercurrente vienne aggraver l'état du malade, dont la résistance est singulièrement amoindrie par l'insuffisance de son alimentation. C'est ainsi que la mort est souvent causée par une infection aiguë ou plus souvent encore par la tuberculose.

VIII

Diagnostic. — Parmi les signes que nous venons de passer en revue, plusieurs appartiennent également au rétrécissement et au cancer de l'œsophage; l'existence d'une tumeur cervicale, augmentant de volume pendant les repas, susceptible de se vider avec un bruit spécial, est peut-être avec l'odeur fétide le seul signe réellement pathognomonique de cette affection.

Dans tous les autres cas, il est indispensable de terminer l'examen du malade par le cathétérisme.

Ce mode d'investigation, d'ailleurs, doit être pratiqué avec la plus grande prudence; car on sait avec quelle facilité la sonde fait une fausse route dans le tissu si friable du cancer de l'œsophage. Aux olives montées sur tige peu flexible, on préférera une sonde en caoutchouc rouge, munie d'un mandrin en baleine, s'arrêtant à 5 ou 6 centimètres de l'extrémité libre de l'instrument; l'extrémité de cette sonde se replie devant l'obstacle et donne une sensation de résistance suffisante pour arrêter l'exploration.

Le plus souvent, la sonde pénètre dans le diverticule dont l'axe prolonge, comme nous l'avons déjà dit, celui de la partie supérieure de l'œsophage; on sent qu'elle n'est pas serrée, mais qu'elle butte contre une paroi résistante : cette notion est capitale. La profondeur à laquelle l'extrémité de la bougie est arrêtée est des plus variables. Dans le cas de Mintz, elle s'enfonçait à une profondeur de 40 centimètres (comptés à partir des incisives). Dans quelques observations, on s'est même demandé si la sonde ne pénétrait pas dans l'estomac. L'analyse du liquide retiré par le tube permet alors de trancher le diagnostic. Bychowsky rapporte l'observation d'un malade chez lequel il put extraire, le matin, à jeun, un liquide épais, jaunâtre, inodore, de réaction neutre, ne contenant jamais d'acide chlorhydrique, mais parfois des traces d'acide lactique. Il renfermait de plus des débris alimentaires et des cellules épithéliales pavimenteuses. Ayant pu une autre fois passer la sonde dans l'estomac, il en retira un liquide contenant de l'acide chlorhydrique.

Dans un cas analogue, où le malade vidait spontanément sa poche, Lilienthal imagina le procédé suivant : après avoir fait franchir à la sonde un orifice étroit conduisant dans une cavité qu'il s'agissait de déterminer, il injecta par la sonde une certaine quantité d'eau fortement colorée par du violet de méthyle; le cathéter fut retiré, puis le malade but un verre d'eau. Peu après, il provoqua la régurgitation de ce liquide en abaissant fortement la tête; l'eau revint sans trace de coloration. La sonde avait donc bien pénétré dans l'estomac où était resté le liquide coloré : le point difficile à franchir était un rétrécissement œsophagien et non l'orifice étroit d'un diverticule.

On voit donc que la sonde peut pénétrer parfois dans l'estomac; ce résultat est d'ailleurs facilité par des manœuvres variables suivant les cas.

L'inclinaison de la tête du côté du diverticule, le décubitus sur ce même côté (Neukirch), remettant dans l'axe du pharynx l'œsophage déplacé, permettent le passage de la sonde et l'introduction des aliments dans l'estomac. Berkhan employa une sonde en gutta-percha à concavité antérieure analogue à un cathéter uréthral pour éviter que l'extrémité ne s'engageât dans un diverticule postérieur.

Dans ces cas, on peut constater que le calibre de l'œsophage est normal et que les sondes de gros diamètre pénètrent facilement.

Hacker (d'Innsbruck) et Rosenheim préconisent dans les cas douteux l'emploi de l'œsophagoscope; ces auteurs se servent de l'instrument de Mikulicz-Leiter. Bien que cette méthode paraisse avoir donné quelques bons résultats entre leurs mains, l'introduction d'un tube métallique rigide dans un œsophage, envahi peut-être par un néoplasme, ne nous paraît pas souvent praticable. C'est d'ailleurs une manœuvre douloureuse pour le patient et qui exige de la part de l'opérateur une rare habileté.

La laryngoscopie, au contraire, peut rendre de réels services quand le diverticule a un siège élevé.

Les principales affections de l'œsophage qui peuvent être confondues avec la maladie qui nous occupe sont : en premier lieu, le *rétrécissement de l'œsophage*, qui produit des symptômes de dysphagie à peu près analogues. Les éléments de diagnostic ne manquent cependant pas. On retrouve souvent dans les souvenirs du malade l'œsophagite initiale, soit traumatique, soit inflammatoire. La marche régulière plus rapide du rétrécissement, l'absence de poche à la région cervicale, et surtout les indications fournies par le cathétérisme, facilitent le diagnostic.

En sondant le malade, on a une sensation de resserrement bien différent de celle éprouvée quand l'extrémité de la sonde butte dans le fond d'une poche. Parfois cependant le rétrécissement est précédé d'une dilatation dans laquelle l'extrémité de l'instrument peut s'égarer, mais dans ces cas on arrive presque toujours en tâtonnant à introduire une bougie fine plus ou moins flexueuse dans l'anneau œsophagien rétréci. D'ailleurs, les aliments séjournent moins longtemps dans ces dilatations que dans les diverticules et les régurgitations suivent de plus près les repas.

L'*œsophagisme* se distingue facilement par son intermit-

tence, la bizarrerie de son évolution, l'état nerveux qui l'accompagne, sa disparition après le passage d'une grosse sonde.

Le *cancer* siège ordinairement au tiers inférieur de l'œsophage, il s'accompagne de douleurs assez vives ayant parfois un retentissement dorsal. L'état général est plus rapidement affecté, car à l'inanition s'ajoute la cachexie cancéreuse. Les ganglions cervicaux envahis par la néoplasie lèvent les derniers doutes.

Les *polypes de l'œsophage* plus ou moins longuement pédiculés donnent lieu à de la dysphagie ; mais un effort de vomissement peut quelquefois les amener dans la bouche et parfois la bougie exploratrice donne la sensation d'une tumeur mobile : leur siège supérieur sera de plus souvent révélé par le laryngoscope.

Les troubles de la déglutition sont souvent le fait de la compression exercée par une *tumeur du médiastin*. Un examen minutieux de la poitrine, par la percussion et l'auscultation permettra de reconnaître un anévrysme de la crosse de l'aorte, une adénopathie tuberculeuse ou cancéreuse des ganglions trachéo-bronchiques, un abcès par congestion provenant de la partie supérieure de la colonne vertébrale.

La tumeur cervicale peut faire songer à une *hypertrophie du corps thyroïde*, qui détermine aussi parfois de la dyspnée et des troubles circulatoires, la situation prætrachéale du goitre, sa participation aux mouvements d'abaissement et d'élévation du larynx pour éviter toute confusion.

Il suffit de signaler les cas très rares de *trachéocèles* ou goitres aériens, qu'une observation superficielle peut seule faire confondre avec le diverticule du pharynx.

Il en est de même des *adénites cervicales* qui présentent rarement les caractères des diverticules.

IX

Traitement. — Quand on se trouve en présence d'un diverticule de faible dimension et ne donnant lieu qu'à des accidents intermittents ou peu marqués, de simples précautions suffiront à rendre l'affection supportable et à en enrayer la marche.

C'est ainsi qu'on recommandera aux malades de manger très lentement, de n'avaler que de petites bouchées bien mastiquées. On évitera, autant que possible, la pénétration des aliments dans la poche ; l'expérience du malade, d'ailleurs, sera d'un grand secours. Il suffit tantôt d'incliner légèrement la tête de côté, tantôt d'exercer une légère pression avec la main au niveau de l'orifice du diverticule.

L'emploi régulier de la sonde a donné, dans quelques cas, d'excellents résultats. Neukirch a ainsi pu guérir son malade de la façon suivante. Après avoir vidé le diverticule, il fit coucher le malade sur le côté droit (côté de la lésion) dans le but de faire appliquer les parois de la poche l'une contre l'autre et de remettre dans l'axe du pharynx l'œsophage déplacé. La sonde put être introduite facilement, puis, au bout de quelques jours, l'eau et le lait furent ingérés directement, le malade étant toujours dans cette position ; il en fut de même pour les solides. Après s'être ainsi nourri pendant plusieurs mois, le malade essaya de manger dans la position normale et constata que cela lui était parfaitement possible. De temps en temps seulement, il y avait un léger arrêt et rejet des aliments.

Berkan a également eu un succès en employant une bougie conique de gutta-percha recourbée comme un cathéter à son extrémité inférieure pour éviter sa pénétration dans le sac. Chaque jour il faisait des séances de cathétérisme d'un quart d'heure à une demi-heure ; le malade sentait très bien que la sonde ne passait pas. Au bout d'une semaine de ce traitement, le malade pouvait déjà prendre plus facilement les liquides. Peu à peu la poche cervicale parut se ratatiner. Au bout de quatre mois et soixante et onze séances, le cathétérisme fut suspendu ; le malade était en état de prendre toutes sortes d'aliments sans aucune difficulté, et son état général était notablement amélioré.

Si la dysphagie est trop intense ou le cathétérisme impossible, il ne faut pas hésiter à recourir à l'extirpation et à intervenir d'une façon aussi précoce que possible. La cure radicale ressemble, comme opération, à l'œsophagotomie externe. On pratique l'incision des téguments le long du bord du sterno-cléido-mastoïdien. On dissèque lentement jusqu'au sac qui sera isolé avec le plus grand soin. D'après Kocher, une ligature provisoire est jetée sur le collet du sac, le plus près possible de l'œsophage, puis on sectionne circulairement la tunique externe du diverticule ; sur la muqueuse, ainsi mise à nu, on place deux ligatures entre lesquelles on la sectionne au thermocautère. Il ne reste plus qu'à suturer la tunique externe sur le moignon de la muqueuse. La plaie cutanée ne doit pas être réunie ou ne le sera que partiellement ; on assurera un drainage soigné, la suture pouvant manquer, comme cela est arrivé à Bergmann. Pour empêcher l'infection de la plaie, on pourra laisser une sonde à demeure, si elle est bien supportée, sinon on aura recours à l'alimentation rectale pendant les premiers jours. Ensuite on donne au malade du lait stérilisé, puis des purées, et l'alimentation solide ne sera reprise que vers le quinzième jour.

Depuis quelques années, les observations de cure radicale suivie de succès sont assez nombreuses ; mais il ne faut pas oublier que l'infection de la plaie est fréquente et qu'il subsiste parfois de petites fistules fort longues à guérir. Si cependant on ne peut pratiquer la cure radicale pour une raison quelconque (siège thoracique de la tumeur, dégénérescence cancéreuse du diverticule, etc.), la gastrostomie s'impose.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(1) Mondière. *Arch. gén. de méd.*, 1830. — (2) Gassner-Friedberg. Ueber Œsophagus divertikel., *Dissert. Giessen.*, 1867. — (3) Zenker et Ziemssen. *Handbuch der Speciallen Pathologie und Therapie*, Bd. VII, Leipzig, 1877. — (4) Œkonomides. Uber chronische Bronchialaüsenaffectionen und ihre Folgen, *Dissert. Bosel*, 1882. — (5) Nissen. Ein Beitrag zur Casuistik der Pulsionsdivertikel der Speiserohre, *Dissert. Kiel*, 1884. — (6) Neukirch. *Virchow's Jahresb.*, 1884, II. — (7) Chiari. *Schmidt's Jahrb.*, 1884, Bd. 204. — (8) Einhorn (Max). *Medical Rec. New-York*, 1888, t. II. — (9) Tetens. Ein Beitrag zur Lehre von den Œsophagus Divertikeln, *Dissert. Kiel*, 1888. — (10) Hoffmann. *Deuts. med. Woch.*, 1889, n° 19. — (11) Berkhan. *Berlin. Klin. Woch.*, 1889, n° 11. — (12) Bergmann. *Berlin. Med. Gesellsch.*, 1890, 6 nov. — (13) Ewald. *Berlin. Med. Gesellsch.*, 1890, 9 nov. — (14) Virchow. *Berlin. Med. Gesellsch.*, 1890, 19 nov. — (15) Edgren. *Hygica*, 1890, p. 176. In *Virchow's Jahresb.*, 1890, t. II, p. 234. — (16) Whitehead. *The Lancet*, 1891, 3 janv. —(17) O. Leichtenstern. *Deuts. med. Woch.*, 1891, nos 14 u. 15. — (18) V. Eiselberg. *Wiener Klin. Wochens.*, 1892, n° 46. — (19) E. V. Bergmann. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1892. — (20) Classen. *Jahrb. d. Hamb. Staatkrankenaustalten*, 1890, p. 403. — (21) Th. Kocher. *Cor-*

resp. Blatt. f. Schweir. Aerzt., 1892, nº 8. — (22) Prof. A. FRÆNKEL. *Deuts. Med. Woch.*, 1893, nº 52. — (23) MARCHEGUET. *Diverticules du pharynx et de l'œsophage*, th. de Montpellier, 1893. — (24) MINTZ. *Deuts. Med Woch.*, 1893, nº 10. — (25) N. REICHMANN. *Wien. Klin. Woch.*, 1893, nº 10, p. 176-179. — (26) BEIN. *Verrein f. innere Med.*, 1893 (in *Deuts. Med. Woch.*, 1893, p. 821). — (27) SCHWARZENBACH. *Wien. Klin. Woch.*, 1893, nºs 24-26. — (28) DRESCHFELD. *Dissert. Würtzburg.*, 1892 (in *Virchow's Jahresb.*, 1893, t. II, p. 463. — (29) A. HUBER. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1894, Bd 52, p. 104. — (30) BUTTLIN. *Med. Chir. Transact.*, vol. 76 (in *Virchow's Jahresb.*, 1894, t. II, p. 432). — (31) KÖNIG. *Berl. Klin. Woch.*, 1894, nº 43. — (32) V. MANDACH jeune. *Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, 1894, nº 24. — (33) LILIENTHAL. *New-York med. Journ.*, 21 avril 1894. — (34) VIGOT. Association pour l'avancement des sciences, Congr. de Caen, 1894. — (35) CARL RITTER. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1895, Bd. 55, p. 173. — (36) ROSENHEIM. *Berl. Klin. Woch.*, 1895, nº 12. — (37) Z. BYCHOWSKI (de Varsovie). *Virchow's Archiv.*, 1895, Bd. 141, p. 113. — (38) Prof. v. HACKER. *Revue internation. de rhinol., otol. et laryngol.*, août 1896.

THÉRAPEUTIQUE

Excipient pour les onguents ophtalmiques.

Le docteur Thuma propose, pour remplacer la vaseline, le mélange suivant (*Gaz. méd.*, Liège) :

Lanoline		25 grammes.
Huile d'amandes	} *ââ*	4 —
Eau distillée		

Ce mélange ne provoque aucun malaise, il est le meilleur excipient de l'oxyde jaune de mercure et est apprécié des malades à cause de la sensation de bien-être qu'il produit. Il ne rancit pas quand on ajoute un peu d'acide borique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1897. — Présidence de M. DELENS.

DISCUSSION SUR LA CHIRURGIE DU POUMON

M. QUÉNU revient sur cette question à l'occasion d'un malade qu'il a opéré d'un chondrome de la paroi thoracique. Au cours de l'opération, la plèvre fut ouverte, et aussitôt se sont produits certains accidents ; le pouls est devenu très petit, le malade s'est cyanosé, la respiration est devenue dyspnéique et le malade a succombé trois jours après dans le collapsus. A l'autopsie, on a trouvé le poumon congestionné. M. Quénu estime qu'il est fort utile d'appeler l'attention des chirurgiens sur la possibilité de ces accidents lors de l'ouverture de la plèvre. Il y a, en effet, un grand nombre d'observations, venant d'Amérique, d'après lesquelles il semblerait que l'ouverture large de la plèvre ne présentât aucun inconvénient. Or il faut bien qu'on sache, au contraire, que cette ouverture de la plèvre peut entraîner immédiatement des accidents très graves et rapidement mortels. Existe-t-il actuellement des moyens pratiques d'éviter ces accidents? M. Quénu rappelle ici les expériences qu'il a faites sur les animaux et dont il a communiqué les résultats à la Société de biologie. Ces expériences l'ont conduit à la pratique suivante qu'il emploierait aujourd'hui sur l'homme vivant : il ferait la trachéotomie préalable de façon à pouvoir facilement insuffler les poumons. M. Tuffier préfère le tubage. M. Quénu estime que la trachéotomie, alors qu'on retire la canule, l'opération terminée, ne présente aucun inconvénient pour le malade.

M. DELORME, à propos de la communication de M. Quénu sur le pneumothorax, rappelle que, du jour où il pratiqua la décortication du poumon, il eut à songer à son insufflation par des procédés analogues à ceux que MM. Tuffier et Quénu ont signalés, c'est-à-dire à l'insufflation directe par un tube trachéal ou bronchique. Le chirurgien belge Lambotte, de son côté, a conseillé le même moyen. M. Delorme ne l'a jamais employé sur le vivant, car les efforts de toux qu'on peut toujours demander de faire à un malade anesthésié à la cocaïne ou mal endormi (et, pour lui, il est prudent, si l'on utilise le chloroforme, de n'endormir qu'incomplètement ou de réveiller le malade après l'incision thoracique), ces efforts de toux suffisent à amener le poumon au contact de la paroi ou à le rapprocher assez pour qu'on puisse le saisir et le fixer par des sutures lâches et temporaires.

Dernièrement, il a été à même de constater toute l'influence de ces efforts de toux, même modérés, sur l'ampliation pulmonaire. Pratiquant une incision latérale d'empyème sur un homme atteint d'une pleurésie localisée en arrière, le poumon s'affaissa dès l'ouverture du thorax et un intervalle de plusieurs centimètres relevé au doigt le sépara de la paroi. Le malade ayant été sollicité de tousser, non seulement le poumon vint se rapprocher de la paroi, mais le bord inférieur de l'un de ses lobes fit une grosse hernie, et à plusieurs reprises M. Delorme fit reproduire la hernie en redemandant au malade de tousser.

Sans critiquer, au delà de la mesure permise, le procédé de M. Quénu, qui a besoin de faire ses preuves sur le vivant, M. Delorme fait remarquer, en se basant sur quelques expériences cadavériques faites avec l'aide du docteur Mouly, que le moyen préconisé par son collègue peut ne pas donner tous les résultats attendus. En injectant de la cire dans le poumon, soit à sa surface, soit vers son centre, ou de la surface vers la profondeur, c'est-à-dire en lui donnant la résistance, l'induration d'un abcès, d'un kyste, etc., le poumon insufflé vient se mettre en contact avec la paroi dans le premier cas, peu ou pas dans les autres. De plus, pendant l'insufflation, les parties pulmonaires voisines se développent et recouvrent plus ou moins la plaque d'induration superficielle, limitant le champ opératoire ; ces parties dilatables recouvrent la plaque moyenne dont on n'établit plus aussi bien le siège et les limites qu'avant l'insufflation ; enfin, dans le dernier cas, on constate ce qu'on avait observé dans le premier.

COMMUNICATION

Goitre exophtalmique. — **M. LEJARS** fait une communication sur l'intervention opératoire dans le goitre exophtalmique.

Il rapporte l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, qui avait eu une enfance maladive, qui était pâle, nerveuse, impressionnable à l'excès, et qui présenta tous les symptômes de la maladie de Basedow. Elle offrait, de la façon la plus nette, la triade lymphatique : la tachycardie, l'exophtalmie et le goitre. Ce dernier n'était pas très volumineux. Comme la jeune fille souffrait beaucoup de son état et désirait vivement en être débarrassée, M. Lejars pratiqua l'ablation de la moitié gauche du goitre. La malade succomba la nuit suivante, avec une dyspnée aiguë.

M. QUÉNU a opéré un goitre exophtalmique, il y a trois ans. Il avait, comme M. Lejars, enlevé la moitié du goitre, mais comme il y avait une hémorragie impossible à arrêter, il a dû faire, séance tenante, la thyroïdectomie totale. Immédiatement après l'opération, le pouls, qui était à 120 pulsations, descendit à 52 pulsations. Quelque temps après, le malade présenta des symptômes de myxœdème. M. Quénu lui fit absorber des corps thyroïdes de moutons et le malade finit par guérir. Il insiste, au point de vue opératoire, sur

les difficultés de l'hémostase dans ces ablations partielles de la thyroïde.

M. TILLAUX rappelle que, lorsqu'il fit sa première thyroïdectomie, en 1879, et qu'il présenta à l'Académie le malade complètement guéri, il professa une théorie qui fut défendue, dans une thèse, par Bénard. Cette théorie était que le goitre exophtalmique était d'origine mécanique. Le goitre enlevé, tous les accidents disparaissent. M. Joffroy avait accepté cette théorie et il est venu trouver M. Tillaux pour le lui confirmer et lui dire que, selon lui, tout goitre exophtalmique était justiciable de l'intervention chirurgicale. Mais, M. Tillaux lui répondit qu'il avait changé d'avis.

Il y a, en effet, des goitres qui doivent être opérés et il y en a d'inopérables.

Il y a des cas dans lesquels il existe une véritable tumeur dans la glande thyroïde, tumeur dont la présence donne lieu à tous les symptômes de la maladie de Basedow. Ces goitres-là, auxquels M. Tillaux donne le nom de goitres chirurgicaux, sont ceux qui doivent être opérés et qui peuvent l'être sans danger, sans que le malade présente consécutivement de myxœdème. Mais, à côté de ces goitres chirurgicaux, il en est qui sont formés par la thyroïde elle-même et qui constituent la vraie maladie de Basedow. Ces vrais goitres exophtalmiques ne sauraient être opérés, et c'est probablement à un cas de ce genre qu'a eu affaire M. Lejars. Quant aux premiers cas opérés par M. Tillaux et qui ont guéri sans myxœdème, sans aucun accident, ce n'étaient pas de vrais goitres exophtalmiques.

Il y a donc une distinction très nette à établir entre ces différents cas, entre les cas de tumeur existant dans le corps thyroïde ou la thyroïde elle-même. Tant qu'on pourra laisser, après l'opération, le tissu thyroïdien, les malades n'auront pas de myxœdème consécutif.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de diagnostic médical et de séméiologie (1), par le professeur MAYET (de Lyon).

Grâce à des méthodes nouvelles d'investigation, la séméiologie s'est complètement transformée depuis vingt ans: le médecin peut faire appel pour le diagnostic à des renseignements variés fournis par la physique, la chimie, la micrographie et la microbiologie. Il n'est pas mauvais qu'un savant autorisé passe de temps en temps la revue des moyens nouveaux dont nous disposons pour l'étude des manifestations morbides et l'établissement du diagnostic.

Telle est la tâche que s'est imposée le professeur Mayet (de Lyon). Il se propose de faire l'étude de tous les moyens dont nous disposons à l'heure actuelle pour constater et analyser les manifestations morbides et de montrer comment, en les appréciant à leur juste valeur, en les groupant logiquement, on peut arriver à l'établissement du diagnostic.

Il a soin de faire connaître les instruments et les méthodes d'examen; il expose toujours succinctement tout d'abord ce qui est l'état normal de la fonction étudiée. Enfin, il s'enquiert soigneusement de la pathogénie et de la physiologie pathologique du symptôme étudié: l'important est, en effet, de savoir à quelle viciation fonctionnelle correspondent les diverses manifestations morbides.

Il est évident qu'on ne peut devenir clinicien en lisant des livres de pathologie ou de séméiologie; on devient médecin surtout et avant tout en observant des malades; mais encore est-il nécessaire de savoir quelles sont les méthodes d'observation dont on peut se servir, quelle est la nature et la valeur des renseignements qu'elles peuvent donner et de quelle façon on doit s'y prendre pour observer bien, complètement, méthodiquement.

De ce qui précède, il résulte que c'est la technique séméiologique et son interprétation pathogénique qui nous intéressent surtout; mais les notions qui dérivent de la pathologie générale ou des divers organes ne nous laissent pas indifférents, et l'auteur leur a donné une large place.

Nous reviendrons plus tard sur cet ouvrage quand il sera complet. Dès maintenant il nous paraît très intéressant et destiné à combler une lacune de la littérature médicale.

(1) In-8°, 1re partie. Prix: 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Picard, médecin des Enfants-Assistés, est nommé officier de l'Instruction publique.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Bardier est chargé d'un cours de physiologie,

— Un concours pour trois places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) s'ouvrira le jeudi 18 mars 1897, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscriptions, ouvert le jeudi 18 février, de onze heures à trois heures, sera clos définitivement le samedi 6 mars.

— Un concours pour une place de médecin suppléant des hospices de Nantes s'ouvrira le lundi 27 avril 1897, à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

— M. le docteur Bardy, médecin adjoint au lycée de Belfort, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Petitjean, démissionnaire.

M. le docteur Duvernoy est nommé médecin adjoint au lycée de Belfort, en remplacement de M. le docteur Bardy, nommé médecin titulaire dudit lycée.

— Une nouvelle édition de l'annuaire de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris est en préparation. Les internes ayant quitté l'internat dans ces quatre dernières années, notamment ceux qui ont terminé cette année, sont priés d'envoyer l'adresse de leur domicile au secrétaire de l'association amicale des internes et anciens internes, M. le docteur Feulard, 20, rue Saint-Georges, Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bonnejoy (de Chars), Bourgoin, membre de l'Académie de médecine; Bridoux (de Lestrem), Machon-Bey (de Marseille) et Violet (de Lyon).

— M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux samedi 20 février 1897, à dix heures du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure. Les conférences auront lieu dans la salle des consultations, annexe de la salle Grisolle.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 22 au 27 février 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 22 FÉVRIER. — 3e examen (oral, 1re partie) : MM. Tillaux, Delbet et Bonnaire; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Gilles de La Tourette; — M. Heim, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Ricard, Tuffier et Walther; — (2e partie) : MM. Potain, Chauffard et Widal; — M. Humbert, suppléant.

MARDI 23 FÉVRIER. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu et Thiéry; — M. Gilbert, suppléant.

3e examen (2e partie) : MM. MM. Debove, Hutinel et Charrin; — M. Gilbert, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Berger et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Raymond et Chantemesse; — (2e partie, 2e série) : MM. Cornil, Marie Letulle; — M. Achard, suppléant.

MERCREDI 24 FÉVRIER. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Ricard, Poirier et Sebileau.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Peyrot, Lejars et Bonnaire; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

Sages-femmes (2e classe) : MM. Pinard, Retterer et Heim; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

JEUDI 25 FÉVRIER. — 3e examen (oral, 1re partie) : MM. Guyon, Pozzi et Bar; — M. Letulle, suppléant.

VENDREDI 26 FÉVRIER. — 2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer et Weiss; — M. André, suppléant.

4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Humbert, Broca et Walther; — (2e série) : MM. Peyrot, Lejars et Thiéry; — (2e partie) : MM. Hayem, Chauffard et Widal; — M. Wurtz, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Marchand et Varnier; — M. Thoinot, suppléant.

SAMEDI 27 FÉVRIER. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu et Thiéry; — M. Chantemesse, suppléant.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Laboulbène, Dieulafoy et Roger; — (2e partie, 2e série) : MM. Raymond, Hutinel et Ménétrier; — M. Chantemesse, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar; — M. Chassevant, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 24 FÉVRIER, à une heure. — M. Curié. Des synovites chroniques tendineuses de la face dorsale du poignet (MM. Tillaux, président; Humbert, Delbet et Tuffier). — M. Péchin. Du traitement des tumeurs blanches par les injections antiseptiques intra-articulaires (MM. Tillaux, président; Humbert, Delbet, Tuffier). — M. Judet de La Combe. Recherches cliniques et expérimentales sur l'emploi d'une solution saline dans les cas d'hypothermie post-opératoire (MM. Tillaux, président; Humbert, Delbet et Tuffier). — M. Ramond. De l'emploi d'un collodion à l'huile de cade dans les affections de la peau (MM. Fournier, président; Terrier, Gaucher et Broca). — M. Fialon. De la cirrhose du foie d'origine saturnine (MM. Fournier, président; Terrier, Gaucher et Broca). — M. Ouvry. Étude de la mole hydatiforme (MM. Terrier, président; Fournier, Gaucher et Broca). — M. Lemasle. La desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'enfant (MM. Potain, président; Pouchet, Netter et André). — M. Laroulandie. De l'airol comme succédané de l'iodoforme (MM. Pouchet, président; Potain, Netter et André).

JEUDI 25 FÉVRIER, à une heure. — M. Davaine. Étude comparative du rhumatisme articulaire aigu et des poussées aiguës de rhumatisme chronique (MM. Laboulbène, président; Tarnier, Maygrier et Gilbert). — M. Lorcin. Étude sur la mortalité et la morbidité dans la classe ouvrière à Paris (MM. Tarnier, président; Laboulbène, Maygrier et Gilbert). — M. Cherechewski. Le sens musculaire et le sens des attitudes (MM. Dieulafoy, président; Joffroy, Charrin et Marfan). — M. Couture. La fièvre typhoïde chez l'enfant et son séro-diagnostic (MM. Dieulafoy, président; Joffroy, Charrin et Marfan). — M. Rouher. Zona prémonitoire de la tuberculose (MM. Dieulafoy, président; Joffroy, Charrin et Marfan). — M. Roux. Etude de quelques formes rares de contractures hystériques (MM. Joffroy, président; Dieulafoy, Charrin et Marfan). — M. Kuss. Une nouvelle théorie de l'asthme (MM. Mathias-Duval, président; Debove, Marie et Achard). — M. Millienne. Contribution à l'étude de la psittacose (MM. Debove, président; Mathias-Duval, Marie et Achard). — M. Bonsignorio. Essai sur le traitement conservateur des blessures graves de l'œil (MM. Panas, président; Le Dentu, Nélaton et Hartmann). — M. Pressoir. Ouverture des abcès dans la trachée (MM. Le Dentu, président; Panas, Nélaton et Hartmann). — M. Guillaume. Contribution à l'étude de l'intubation laryngée dans le croup (MM. Cornil, président; Berger, Albarran et Thoinot). — M. Lemichez. De l'hématocèle paravaginale (variété de l'hématome extravaginal des auteurs) (MM. Berger, président; Cornil, Albarran et Thoinot).

ÉLIXIR & PILULES GREZ CLHORHYDRO-PEPSIQUES
1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas.
ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. 1 verre à liqueur à chaque repas.
Paris, Collin et Cie, 49, rue de Maubeuge.

GOUTTES LIVONIENNES
de **TROUETTE-PERRET**
(Créosote, Goudron et Tolu)
Le Remède le plus puissant contre les **Affections des voies respiratoires.**
Quatre capsules par jour aux repas.
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

Obésité*, Myxœdème, Crétinisme, *Goître.
TABLETTES DE CATILLON
à 0gr·25 de corps
THYROÏDE
Inaltérable, bien dosé, bien toléré.
Flacon : 3 fr. — Paris, 3, Boulevard Saint-Martin.

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites et les Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, phien, 41, Bard Haussmann, et tes phies.



Seule liqueur concentrée
BALSAMIQUE ANTISEPTIQUE
donnant instantanément *l'eau de goudron du Codex*
(Deux cuillerées par litre)
MALADIES DE LA PEAU
Voies respiratoires
Voies urinaires
Diathèse furonculeuse
ÉPIDÉMIES
Le flac. **1 fr. 50**, rue de Rennes, 105, PARIS, *et dans les pharmacies.*

HAMAMELIS DU Dr LUDLAM
Gouttes concentrées, véritable spécifique des hémorrhoïdes, varices, puissant hémostatique. — Paris, Phie Cabanès, 34 Bd Haussmann. — Ech. sr dem.

DIGESTIF CLIN
A base de Pepsine et de Pancréatine.

Le **Digestif Clin** convient aux dyspeptiques par atonie des organes et par insuffisance de sécrétions gastrique et intestinale.
Les ferments de ce digestif peuvent simultanément digérer les graisses, l'albumine, la viande, les féculents.
1 verre à liqueur à chaque repas.
Mon **CLIN** et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

SENECINE EMMÉNAGOGUE
A. FRICK
Agréable, Efficace et Inoffensif
Ech. grat. Phie 11bis Rue de la Chapelle, PARIS.



MALADIES DES OS
TROUBLES DE LA CROISSANCE
RACHITISME
PHOSPHATOSE VAUDIN
Phosphate de Chaux physiologique complètement assimilable
TEL QU'IL EXISTE DANS LE LAIT
Doses : Adolescents et adultes, 2 à 4 cuillerées à café par jour.
Enfants : 1 à 2 cuillerées à café par jour, délayée dans du lait ou mélangée aux potages.

HÉMORRHAGIES
SIROP DE PENEAU
au SUC d'ORTIE
« *Le Suc d'Ortie est le remède le plus certain contre l'Hémoptysie et toutes les Hémorrhagies.* » Dr Chomel »

Doses : 5 à 6 cuillerées par jour, d'heure en heure, suffisent contre les accidents hémorrhagiques.
La saveur de ce sirop est agréable et l'estomac ne peut souffrir de son emploi, même prolongé.



Fréd. BAYER & Cie
Usine à FLERS, près ROUBAIX (Nord). — 23, rue d'ENGHIEN, PARIS



La valeur nutritive d'un extrait de viande est en rapport direct avec sa teneur en *albumoses*. La **SOMATOSE** est, de toutes les préparations connues actuellement, la plus riche en *albumose* (**80 p. 100**); elle est, par contre, la plus pauvre en *peptones* (**2 p. 100**). *De là, les excellents résultats que donne son emploi* dans tous les cas où l'organisme se trouve débilité, principalement dans l'**ANÉMIE**, la **CHLOROSE**, le **RACHITISME**, la **CONVALESCENCE**, la **PHTISIE**, la **TUBERCULOSE**, les **AFFECTIONS DE L'ESTOMAC** et des **ORGANES DIGESTIFS**, l'**ANÉMIE DES FEMMES EN COUCHES**, la période aiguë des **MALADIES FÉBRILES**, etc., etc.

DOSES POUR ADULTES :

9 à **12** grammes par jour, en **3** ou **4** fois (pour les enfants, demi-doses).

Se prend dissoute dans du lait, cacao, café, chocolat, thé léger, etc. (Éviter le vin.)

SOMATOSE

Sans odeur ni saveur. Entièrement soluble. Directement assimilable. Parfaitement tolérée par les estomacs, ramène l'appétit et la tolérance pour tous les autres aliments. La **SOMATOSE** ne provoque jamais le dégoût, à l'encontre des peptones et préparations de viande ordinaires.

La **SOMATOSE** constitue le meilleur tonique et un reconstituant de premier ordre.

Elle exerce une influence des plus favorables sur la sécrétion des glandes mammaires, soit en augmentant la quantité et la qualité de la sécrétion, soit en prolongeant sa durée.

La **SOMATOSE** est pour les enfants en bas âge le fortifiant le plus sûr et le plus rapide. Elle peut être administrée à l'insu du malade. Son usage est presque toujours suivi d'une augmentation de poids.

Notice et échantillons envoyés franco à MM. les Docteurs. (S'adresser a Paris.)

La SOMATOSE doit être vendue dans l'emballage d'origine, en boîtes de **25, 50, 100** et **250** grammes.

En vente dans toutes les Pharmacies. — GROS — 23, rue d'Enghien, 23 — PARIS

Paris, le 15 février 1897.

M. Auscher fait connaître à la Société médicale des hôpitaux (séance du 12 février 1897) les recherches expérimentales qu'il a faites avec M. Lapique sur le pigment ferrugineux dont on a tant parlé dans la dernière séance à propos du diabète bronzé et de la cirrhose pigmentaire. Il l'obtient à volonté en injectant du sang dans le péritoine des animaux; le pigment se dépose alors dans les ganglions lymphatiques et la rate. Il ne se trouve dans le foie que lorsque l'organisme en renferme des quantités considérables. Son origine hématique est ainsi nettement démontrée; le pigment, que M. Auscher propose d'appeler rubigine, peut prendre naissance toutes les fois qu'il y a dans l'organisme destruction d'une certaine quantité de sang.

M. Merklen a vu deux fois la respiration de Cheyne-Stokes se produire chez des cardiaques asystoliques. Dans ces derniers temps, on a eu tendance à considérer ce phénomène comme une manifestation exclusive de l'auto-intoxication, comme un cas particulier de l'urémie dyspnéique.

M. Merklen pense qu'il faut en revenir pour ses malades à l'interprétation de Cheyne et de Stokes, qui avaient découvert le phénomène respiratoire qui porte leur nom dans des cas de cœur graisseux. L'insuffisance du myocarde amènerait, par suite de la viciation de la circulation, une modification telle du fonctionnement du cerveau que le rôle modérateur de cet organe sur les centres respiratoires se trouverait perverti, il en résulterait la modification particulière du rythme respiratoire, que l'on désigne sous le nom de respiration Cheyne-Stokes.

La digitaline, bien qu'agissant favorablement sur l'asystolie, tendrait plutôt à augmenter le phénomène de Cheyne-Stokes; pour corriger cet effet, il conviendrait d'avoir recours à la morphine.

Nous avouons ne pas être pleinement convaincu par l'analyse ingénieuse qu'a faite M. Merklen de la pathogénie de ce phénomène : il nous paraît plus logique d'y voir le résultat d'une auto-intoxication par insuffisance rénale; c'est un cas particulier de la dyspnée toxémique des cardiaques et des artério-scléreux, si bien étudiée par M. Huchard. Dans ces dyspnées urémiques, on n'obtient de résultat réellement bon que si l'on agit sur l'intestin en même temps que sur le cœur et le rein : de là l'utilité, dans ces conditions, des pilules de digitale, de scille et de scammonée, qui sont maintenant si souvent prescrites.

La dyspnée urémique est, en général, favorablement influencée par de petites doses de morphine; si on l'administre avec une prudence suffisante, cela n'entrave en rien la débâcle diurétique, qui est la vraie crise de l'asystolie compliquée d'urémie. Rien d'étonnant à ce qu'il en soit de même du phénomène de Cheyne-Stokes.

M. Millard rapporte l'observation curieuse d'une malade qui a été atteinte d'un purpura hémorragique rhumatoïde, qui a duré neuf mois. La réapparition de la rétractilité du caillot sanguin a fourni la preuve de la réalité d'une guérison que l'observation clinique rendait probable. Ce signe est, on le sait, dû à M. Hayem.

La pathogénie de ce purpura chronique reste très obscure. Bien que, chez la malade de M. Millard, les fonctions digestives aient paru parfaites, M. Hayem n'hésite pas à attribuer ces accidents à une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale.

Le rôle pathogénique des toxémies d'origine gastro-intestinale est des plus considérables; que parmi leurs méfaits, le purpura puisse figurer, il n'y a rien là d'étonnant. Il est à remarquer, cependant, que dans les formes aiguës du purpura rhumatoïde, on voit ordinairement les accidents purpuriques, rhumatoïdes et gastro-intestinaux éclater simultanément, si bien qu'on a pu, renversant l'ordre des hypothèses, attribuer les manifestations digestives à un purpura interne. En réalité, nous n'en sommes encore qu'à la période des pures hypothèses.

Un homme, observé par M. L. Guinon, avait absorbé d'un seul coup 8 grammes de sulfate de quinine. Il était dans le collapsus, les extrémités froides. Lorsque cet état demi-comateux se fut dissipé, on put constater qu'il était, à la fois, sourd et aveugle. La guérison fut complète en quelques jours.

Cet homme croyait se suicider avec cette dose de sulfate de quinine; il se trompait. On résiste, du reste, à des doses beaucoup plus élevées lorsqu'on a le cœur en bon état: 15 à 20 grammes et plus, malgré la gravité apparente des accidents toxiques.

M. Lermoyez, à propos d'un cas intéressant de zona double symétrique du pharynx et de la bouche, étudie les différentes formes de l'herpès du pharynx, parmi lesquelles il distingue : l'angine herpétique avec fièvre, qu'il sépare soigneusement de l'amygdalite à points blancs beaucoup plus fréquente; le zona unilatéral ou bilatéral qui s'accompagne de névralgies bucco-pharyngées, et l'herpès chronique récidivant.

M. Achard, au nom de M. Marinesco, communique l'étude anatomique de la moelle d'un malade atteint de syringomyélie caractérisée par un panaris analgésique d'un seul côté : or, les lésions de la moelle étaient également unilatérales.

A. M.

LA LOI SUR LES ALIÉNÉS

ET LE RAPPORT DU DOCTEUR DUBIEF A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Dans la séance du 27 novembre 1896, on a distribué aux députés le rapport de M. le docteur Dubief, sur la loi des aliénés, votée au Sénat en 1887, c'est-à-dire il y a une dizaine d'années. Le savant représentant de Saône-et-Loire est depuis près de dix ans le troisième rapporteur à la Chambre de cette loi réputée si urgente, que l'opinion publique, représentée par la presse, réclame à grands cris et que néanmoins les élus du suffrage universel s'obstinent à ne pas discuter. Cette fois la discutera-t-on enfin? Il faut aboutir, s'écrie en manière de conclusion le docteur Dubief, et je suis de son avis. Il est, en effet, un tantinet ridicule d'apporter de telles lenteurs à une œuvre législative de cette importance, sur laquelle tout ayant été dit et écrit, il n'y a pas à espérer que le temps projette de nouvelles lumières. Elle concerne trois choses trop importantes : la liberté individuelle, l'assistance et le traitement des aliénés, la sauvegarde de leurs intérêts matériels, pour ajourner

ainsi indéfiniment les solutions. Ou la législation qui nous régit est bonne, et alors qu'on abandonne le projet de revision; ou elle est réellement défectueuse, ainsi qu'on le clame, et alors on est impardonnable de rester dans cette attente.

Ce mémoire a pour but de montrer en quoi le nouveau projet de loi diffère de celui du Sénat et d'apprécier les modifications apportées.

Il y a dans ce projet de loi présenté par mon excellent ami, le docteur Dubief, des améliorations heureuses et utiles à la loi sénatoriale, je les louerai et les approuverai comme elles le méritent; il y en a d'autres, moins bonnes, qu'au nom même de l'amitié qui nous unit, je signalerai à l'éminent rapporteur; enfin, il en est quelques-unes qui, votées par le Sénat, ont été conservées et qu'on aurait bien fait de retoucher. Examinons les unes et les autres.

I

Le projet adopté par la commission de la Chambre modifie sur beaucoup de points, et souvent très avantageusement, la loi votée par le Sénat.

Ainsi que M. Bourneville l'avait demandé, les départements sont mis dans l'obligation d'ouvrir des établissements spéciaux ou des sections spéciales destinées au traitement et à l'éducation des enfants idiots, imbéciles, arriérés, crétins ou épileptiques, et il ne leur est accordé pour s'exécuter qu'un délai de dix ans. C'est déjà une grande amélioration du texte sénatorial. Cependant, il y a plus encore : la même obligation, dans le même délai, est étendue au traitement des buveurs et les départements sont autorisés, en outre, à créer des colonies familiales.

La mesure est excellente qui impose la cure des buveurs, mais la preuve est archifaite, par l'expérience de mon quartier spécial depuis trois ans, qu'il est impossible de conserver les malades un temps suffisant pour éteindre leur appétence alcoolique : eux et leurs familles s'y refusent absolument et réclament leur sortie, précisément au nom de la loi qui ne permet pas de les garder malgré eux, après la disparition de leur délire éthylique. Pour se convaincre de cette impossibilité, il suffit de s'en rapporter aux trois mémoires que j'ai publiés, avec chiffres à l'appui, sur ce sujet, dans la *Revue de médecine* et le *Bulletin général de thérapeutique*. Il est dès lors parfaitement inutile d'ouvrir des établissements spéciaux ou des sections spéciales de cure des buveurs, et c'est imposer en pure perte une dépense aux départements, si on ne prévoit pas le maintien forcé de ces malades le temps nécessaire à la guérison. Or, le projet de loi est muet à cet égard, il fournit sans doute l'instrument, qui est le quartier, il ne fournit pas le moyen de s'en servir, qui est le droit de maintenir l'isolement. Au Congrès de Nancy, M. Garnier, après avoir constaté que tous mes efforts dans mon quartier spécial de Ville-Évrard se trouvaient paralysés de ce fait, a demandé qu'on appliquât à l'alcoolique récidiviste les mesures prévues par la nouvelle loi pour les aliénés criminels, et que sa sortie fût soumise aux mêmes formalités et entourée des mêmes garanties que la leur. Cela est indispensable, et comme l'expérience a démontré encore qu'en matière d'alcoolisme, il importe d'agir vite, l'incurabilité étant certaine après la troisième rechute, si la Chambre, par respect pour la liberté individuelle, se refuse à imposer une telle durée de l'isolement au buveur enfermé pour la première fois, il est de toute nécessité qu'elle l'autorise à la première récidive. Je le répète, sans ce complément, la disposition législative que j'approuve, non seulement sera inefficace, mais constituera une dépense inutile.

On ne saurait non plus trop approuver le projet de loi de permettre les colonies familiales pour les déments séniles et les idiots qui y seront envoyés après un séjour d'observation dans les asiles, colonies familiales confiées aux soins de médecins et de gardes spéciaux, et soumises au contrôle d'inspecteurs choisis par le Conseil supérieur et nommés par le ministre de l'Intérieur. J'ai la conviction, en effet, que l'avenir de l'hospitalisation de la folie est dans l'abandon de la méthode de l'isolement et des asiles fermés pour la méthode de liberté et l'*Open Door*. Aussi, reprocherai-je à la commission de la Chambre de s'être arrêtée en si beau chemin. Pourquoi ne se montrer généreuse qu'envers les déments séniles et les idiots? pourquoi n'avoir pas étendu le bénéfice des colonies familiales aux aliénés calmes et inoffensifs? Nombreux sont les malades auxquels, sans doute, un changement de milieu est indispensable pour guérir, mais qui n'ont nullement besoin d'une surveillance spéciale, parce qu'ils sont tranquilles et que leur mal ne les rend pas méchants. Plus nombreux encore sont les déments non séniles, relativement jeunes, mais déjà vieux dans la folie, rendus paisibles et inoffensifs par la chronicité de la maladie et qu'on est obligé de recueillir parce que, incapables de gagner leur vie et d'être livrés complètement à eux-mêmes, ils n'ont pas de famille, ou parce que les leurs, ouvriers travaillant hors de chez eux, seraient forcés de les laisser seuls à la maison et n'ont les moyens ni de les surveiller, ni de subvenir à leurs besoins. Tous ces malades sont d'excellents sujets pour les colonies familiales. Les y placer serait améliorer leur sort, et en même temps réaliser une grosse économie. Je souhaite vivement que cette lacune soit comblée.

Le Sénat avait commis la lourde faute de maintenir les asiles privés faisant fonctions d'asiles publics et s'était borné à exiger que les nominations des médecins de ces maisons fussent effectuées au même titre que celles des médecins des établissements départementaux, et à créer des commissions de surveillance. Sans doute, c'était une garantie, mais insuffisante pour empêcher l'exploitation de l'indigent. Le projet de loi les supprime, et c'est bien fait; il donne dix ans aux départements pour avoir un asile public destiné à recevoir les aliénés ou traiter à cet effet avec un établissement public.

Nous arrivons à la grosse question de l'organisation du personnel des asiles, personnel supérieur et personnel secondaire, que le projet de loi modifie profondément et très désavantageusement. Elle est d'une importance telle, au point de vue de la thérapeutique de la folie, que j'ai cru utile de la traiter en détails dans un article spécial qui paraîtra dans les *Archives de neurologie*. Je n'en parlerai donc pas ici.

Par contre, nous avons encore à louer la réduction à quinze jours du délai d'un mois, accordé par le Sénat, à toute personne qui soigne un aliéné dans un domicile privé. On ne saurait prendre, à cet égard, trop de précautions et la nouvelle loi comble là, avec raison, une regrettable lacune de la législation de 1838. Vingt-trois ans d'expérience m'ont démontré cette tristesse, que les parents des aliénés sont leurs pires ennemis, et cela est encore plus vrai du riche que du pauvre. Vite, très vite, dans la classe aisée, on se désintéresse du pauvre fou, quand on ne le hait pas, et on

s'empresse de le réduire à la portion congrue. Aussi, je regrette que la commission de la Chambre ait étendu, au cousin, à l'oncle et à la tante, l'exception du délai de trois mois. Je ne crains pas d'avancer que, de tous les parents, les ascendants et descendants sont seuls à offrir des garanties absolues; les conjoints souvent, tant que persiste l'espoir de la guérison ; quelquefois le frère et la sœur, mais jamais l'oncle et la tante. Tout cela sans doute est triste, très triste, mais nous devons la vérité entière.

La deuxième section du titre premier traite de la surveillance des aliénés et ici, de nouveau, nous rencontrons beaucoup à louer. Tout d'abord, deux importantes et avantageuses suppressions, celles du médecin-inspecteur départemental et du curateur à la personne, créations du Sénat aussi étranges l'une que l'autre, chargés tous les deux, bien que le second fût complètement étranger aux choses de la folie, de contrôler le médecin en chef, nommé au concours, quand eux ils l'étaient au choix, de le surveiller et de contrecarrer ses décisions, même quand il déclarait la guérison. J'aime à espérer que la Chambre ratifiera cette double suppression. Ensuite, le nouveau projet remplace le Comité supérieur des aliénés par le Conseil supérieur de l'Assistance publique ; je ne vois aucun inconvénient à cette substitution. Après le Conseil supérieur des aliénés, on voudrait, sans doute, créer le Conseil supérieur des enfants assistés, dit le docteur Dubief, c'est une voie mauvaise. Il ne croit pas à la nécessité d'un petit ministère des aliénés.

II

Le titre second, le plus long des quatre, et qui comprend cinq sections, traite en premier lieu de la question capitale des placements. Le nouveau projet, lui aussi, en distingue deux; il conserve le placement dit volontaire. Je ne m'étendrai pas sur ce sujet, que je viens de discuter à nouveau et longuement dans les *Annales d'hygiène publique*. A mon avis, le placement, dit volontaire, opéré sur la demande des particuliers et par des particuliers, est une violation formelle d'un des principes les plus essentiels du droit français, mais enfin, si on le trouve à ce point avantageux à l'aliéné, qu'il ne faille pas hésiter pour l'établir à fouler aux pieds le code civil, je m'incline, mais je demande alors, puisqu'il offre de si précieux avantages, qu'il soit mis à la portée des aliénés les plus nombreux, à la portée des indigents, ainsi que le Conseil général de la Seine l'a décidé, seul dans toute la France, pour ses malades. Eh bien ! le croirait-on, la commission de la Chambre consacre ce fait monstrueux, voté par le Sénat, du placement volontaire, si salutaire, permis seulement aux riches ; le pauvre, lui, sera, toujours et dans tous les cas, obligé de passer par les lenteurs du placement d'office. Dans un pays démocratique, une telle inégalité de traitement est inadmissible. Si, réellement, le placement volontaire a toutes les vertus qu'on lui attribue, s'il est aussi indispensable qu'on le clame, à assurer la guérison de l'aliéné, moi je dis que vous n'avez pas le droit, dans ce cas, de le réserver exclusivement à la portion la moins nombreuse et la moins intéressante des malades; les élus du peuple sont dans l'obligation absolue d'en faire profiter également le peuple. C'est ainsi que l'a compris l'assemblée départementale de la Seine, et elle a été dans le vrai, mais, comme il est à peu près certain que les autres assemblées départementales ne le comprendront pas comme cela, il faut que ce droit sacré du pauvre soit inscrit dans la loi. Placement volontaire possible pour tous les malades, ou placement volontaire pour personne, il n'y a pas d'autre choix.

Un examen comparé du texte voté par le Sénat et du texte adopté par la commission de la Chambre, montre qu'ils diffèrent sur neuf points ; sept à la section première des placements volontaires, deux à la deuxième section, celle des placements d'office. De ces neuf modifications de la loi sénatoriale deux sont franchement mauvaises, deux sont sans importance, mais il y en a cinq qu'on ne saurait trop approuver. Commençons par ces dernières, puis nous verrons les premières.

Les dispositions votées par le Sénat pour régler l'intervention de la magistrature, dans les placements volontaires et d'office, étaient inapplicables. En effet, chaque aliéné était l'objet d'un jugement en chambre de conseil ! Il aurait fallu doubler le nombre des juges, et encore ! Sans doute, le nouveau projet laisse subsister tous les inconvénients graves que j'ai signalés déjà dans mes deux précédents mémoires aux *Annales d'hygiène publique*; il place le contrôle de la justice après l'admission, alors que l'atteinte a déjà été portée à la liberté individuelle, et par là accroîtra les scandales au lieu de les supprimer ; il confie à l'autorité administrative le droit de placer et au pouvoir judiciaire celui de statuer, et par là, il crée des conflits journaliers entre les deux pouvoirs, mais, du moins, il supprime le jugement en chambre de conseil et propose la solution que j'ai indiquée depuis 1887 : c'est le président du tribunal qui prononce par simple ordonnance, la chambre de conseil n'intervient que lorsque le président a des doutes, lorsqu'une opposition à l'internement a été formulée par l'aliéné, le conjoint, un membre de la famille ou même un ami. Ainsi disparaît la principale objection formulée contre le texte sénatorial.

Une autre modification des plus heureuses est d'avoir compris la guérison parmi les motifs justifiant le placement d'office, et, par conséquent, le traitement des indigents, puisque nous avons vu plus haut que le pauvre n'aurait que celui-là à sa disposition, la Chambre républicaine comme le Sénat de la République réservant, aux seuls riches, le bienfaisant placement volontaire. La loi de 1838, qui est pourtant une loi surtout médicale, ne permet de soigner le pauvre que s'il est un danger pour l'ordre et la sécurité publics. Est-ce assez égoïste ? Le Sénat avait eu la charité d'ajouter : et pour lui-même, car aujourd'hui un aliéné qui veut se détruire n'a aucun droit à l'assistance : qu'il se tue si c'est son plaisir, il y a même à cela une économie, car on est sûr qu'ainsi il ne deviendra jamais dangereux pour les autres ni à charge au budget. La commission de la Chambre a été plus généreuse encore, elle a admis la possibilité de la guérison, et elle a rendu ainsi un grand service, non pas seulement aux aliénés qu'on guérira et à la société à laquelle on restituera des forces vives, mais encore aux finances départementales. C'est à la loi de 1838, en effet, que nous devons en grande partie le nombre, sans cesse croissant, d'incurables qui nous encombrent, car, en attendant pour les soigner que les aliénés soient devenus dangereux, les pouvoirs publics attendent qu'ils aient perdu toutes chances de salut. Traités plus tôt, dès le début du mal, ils auraient été, durant un semestre à la charge du département, tandis qu'ils y sont maintenant pour toute leur vie. Malheureusement nous verrons plus loin que le nouveau projet laisse aux conseils généraux une latitude qui, j'en ai bien peur, rendra toutes platoniques les décisions du parlement.

En exigeant que lors des transferts on soit forcé de pren-

dre l'avis du médecin traitant sur leurs inconvénients, et de se conformer à cet avis; en exigeant également qu'à moins d'une autorisation particulière et motivée du préfet, les aliénés ne seront pas conservés dans un établissement qui n'est pas spécialement consacré à leur traitement pendant plus de quarante-huit heures, au lieu de quinze jours accordés par le Sénat; enfin en donnant aux ascendants, aux descendants et aux conjoints des droits égaux à demander la sortie, et non à défaut les uns des autres, le nouveau projet modifie avantageusement encore le texte sénatorial. On voit, en effet, tous les jours des parents, les pires ennemis des aliénés, avons-nous déclaré, transporter ceux-ci, par raison d'économie, dans un état piteux; des départements conserver des malades, pour la même raison, un temps infini dans les cabanons infects des hospices; des conjoints empêcher une mère de prendre chez elle, pour le soigner avec tendresse et dévouement, un enfant adoré. Toutes ces iniquités que permet la loi de 1838 disparaîtront.

Où je serai encore très affirmatif, mais dans le blâme, c'est sur les deux autres modifications qui restent à examiner; elles sont franchement détestables et une d'elles aura des inconvénients très graves. La commission de la Chambre demande que, pour les placements volontaires, la dernière visite du médecin ait lieu en présence du juge de paix, du commissaire de police ou du maire. En pratique, ni le juge de paix, ni le maire ne se dérangeront, ce sera toujours le commissaire de police qui sera introduit dans la famille, et sous l'œil de qui le médecin sera contraint d'examiner son client. Comment le docteur Dubief n'a-t-il pas été révolté de tout ce qu'il y a d'humiliant, de vexatoire et d'inconvenant, non pas seulement pour le médecin, mais encore et surtout pour les familles et les aliénés, dans l'intervention de ce policier, opérant là une sorte de descente de justice auprès d'un malade, qui prend ainsi l'apparence d'un coupable, et initié aux secrets les plus intimes et les plus douloureux de gens auxquels la police répugne d'autant plus qu'ils sont plus honnêtes? Cette intervention de celle-ci, dans les petites localités qui sont de beaucoup les plus nombreuses, achèvera de jeter le discrédit, presque le déshonneur sur les familles qui auront le malheur d'avoir un fou. Depuis la généreuse réforme de Pinel, on n'avait rien trouvé de plus pénible pour l'aliéné. Quelles raisons donne le docteur Dubief pour justifier cette inquisition de la police, qui m'apparaît, quant à moi, monstrueuse? Aucune. Il dit simplement : « Entre autres garanties, vous avez exigé l'intervention du juge de paix ou du commissaire de police. » Pourquoi? Nous n'en savons rien.

Il n'est pas impossible que les médecins se refusent à opérer sous la garde de la police, à subir ainsi le contrôle du commissaire et ne veuillent plus délivrer de certificats dans de telles conditions. Je suis certain que, sinon tous, du moins beaucoup se révolteront, et que souvent il faudra longtemps courir avant d'en rencontrer un, doué d'assez d'abnégation pour subir le policier. On retardera par là de beaucoup les placements volontaires qu'on conserve, tout en les mettant exclusivement à la disposition du riche, précisément sous l'unique prétexte qu'il facilite l'entrée des malades et leur traitement. Singulière contradiction dès lors d'édicter une mesure qui aura pour effet de les reculer bien plus que les prétendues lenteurs du placement d'office, car le retard ne proviendra pas seulement des résistances des médecins, mais plus encore peut-être des résistances des familles.

C'est ridicule et bête, soit; mais c'est ainsi; tout ce qui de près ou de loin touche à la police nous dégoûte. Les parents d'un aliéné n'accepteront d'appeler et d'introduire dans leur intérieur un commissaire devant lequel ils devront étaler toutes leurs peines et toutes leurs souffrances, qu'à la dernière extrémité. Ils recuIeront le plus possible ce douloureux et humiliant sacrifice, et, durant tout ce temps, le malade ne sera pas soigné. Et ce n'est pas tout. Je demanderai au docteur Dubief s'il ne trouve pas inconvenant et révoltant de traîner, devant le commissaire, une jeune fille ou une femme qui, avec raison, s'indignera d'une telle comparution, qu'il faudra souvent interroger, pour mettre à nu sa folie, sur des choses intimes et qui la révolteront. Cet examen aura sur son esprit une influence plus fâcheuse encore que le passage par le Dépôt de la Préfecture de police. Ainsi tout concourt à condamner une telle mesure : dignité médicale, répugnance des familles, humiliation imposée à l'aliéné, inconvenance pour les femmes et les jeunes filles, impression funeste sur l'esprit du malade. J'aime à espérer que la Chambre repoussera haut la main une telle proposition.

Je condamne également la décision prise par la commission de la Chambre de considérer le placement comme provisoire jusqu'à la décision de la justice. Le Sénat, avec raison, avait repoussé cette mesure à laquelle tient beaucoup, je crois, M. Reinach. Il avait compris qu'elle entraînait la création d'un second asile dans l'asile. La commission de la Chambre a cru tourner la difficulté en édictant que les malades seront placés à l'infirmerie de l'asile et inscrits sur un registre spécial, mais qu'ils n'y seront maintenus qu'autant que les exigences du traitement le permettent et que le médecin, avant la décision de l'autorité judiciaire, pourra les faire passer dans un autre quartier, à charge d'indiquer la date et les motifs de ce changement sur le registre prescrit par la loi. Alors quoi? Ce ne sont plus que des chinoiseries. Qu'importe, en effet, que le prétendu aliéné soit dit provisoirement isolé dans telle ou telle section? En fait, du moment où il aura passé le seuil de l'asile, atteinte sera portée à sa liberté individuelle. En vain, la justice le mettra en liberté; ce n'est pas cette décision qui l'empêchera d'avoir été enfermé et qui lui rendra le prestige perdu par son isolement dans un asile. Ce n'est pas après la séquestration qu'il faut s'assurer de la folie du séquestré, mais bien avant. Commencer par enfermer une personne sous prétexte qu'elle est atteinte d'aliénation mentale, sauf à rechercher ensuite s'il n'y a pas erreur, et lui donner comme consolation que son nom sera couché sur un registre spécial et qu'on la placera à l'infirmerie à la condition qu'elle soit bien sage, car si elle proteste trop énergiquement, on la conduira aux agités ou même en cellule, est tout simplement fouler aux pieds les droits les plus sacrés des gens.

Si on veut rester dans la vérité et la justice, il n'est pas nécessaire de recourir à tous ces artifices du placement provisoire qui, au fond, je le répète, ne sont que des chinoiseries destinées simplement à donner le change au public. C'est avant et non après que doit intervenir la décision du président du tribunal et pour cela il suffit de supprimer le placement volontaire, dont seule profite une caste privilégiée, et de confier à ce magistrat le placement d'office attribué au préfet. Voilà dix ans que j'indique en vain cette

solution si simple, déjà proposée depuis longtemps par Sacaze. On a parlé du retard qui serait apporté au traitement. Je ne comprends pas pourquoi le président du tribunal et le juge de paix, qui serait chargé de l'enquête, seraient plus lents que le préfet et le commissaire de police. La justice est solennelle, a dit M. Paul Garnier à Nancy; elle ne se décide qu'après long examen. Cela est vrai peut-être du tribunal, mais pas du président qui, à chaque instant, est appelé à rendre des ordonnances et les rend avec une rapidité dont l'administration, plus d'une fois, aurait grand besoin de s'inspirer. En réalité, au contraire, les aliénés seront secourus plus vite par le président du tribunal que par le préfet, car celui-ci qui relève du conseil général est limité dans son action par les crédits votés, tandis que celui-là, libre de toute préoccupation budgétaire, ne considérera que l'intérêt du malade et de la société. Tout le secret des résistances rencontrées est là : on a peur précisément que l'assistance soit trop large, que l'aliéné soit trop bien secouru et que, partant, la note à payer soit trop élevée. Qu'on ait donc le courage de le dire franchement. D'ailleurs, dans mon récent article aux *Annales d'hygiène publique* sur « l'Internement des aliénés au Congrès de Nancy », j'ai montré en détails combien gagneraient à la réforme que je propose l'aliéné d'abord, le public ensuite et enfin jusqu'à nous-mêmes, médecins attachés aux asiles. Je me permets de renvoyer à ce mémoire pour plus amples renseignements.

Si la Chambre croyait devoir accepter le principe du placement provisoire, je l'engagerais alors à ne pas choisir comme lieu obligatoire de séjour l'infirmerie, qui est le quartier le plus malsain de l'asile. Il n'y a pas, en effet, dans nos établissements, de pavillons de contagieux ; c'est à l'infirmerie que sont soignés ces malades; au moment où j'écris ces lignes, j'ai, par exemple, dans mon service, un cas d'érysipèle et un cas de fièvre typhoïde; si la loi était votée, il serait de mon devoir de la violer et de placer dans un autre quartier les arrivants, non en raison de leur état mental, mais pour les préserver de la contagion. Alors même qu'il n'y a pas à l'infirmerie d'affections contagieuses, il y a toujours un plus ou moins grand nombre de malades dont il n'est nullement hygiénique de respirer les émanations. Placer l'entrant dans ce milieu malsain pour le consoler de sa séquestration et sous le prétexte qu'il n'est peut-être pas fou, est une idée assez originale. A sa place, j'aimerais encore mieux être aux furieux et recevoir un coup de poing qu'être à l'infirmerie et m'y empoisonner le sang.

(*A suivre.*)

DE L'EUCAINE EN CHIRURGIE

Par MM. les docteurs Legueu, chirurgien des hôpitaux, et Lihou.

Quand on dispose d'un anesthésique puissant et efficace comme la cocaïne, quand on a pour l'administrer et l'utiliser des règles sûres et précises comme celles qu'a formulées M. Reclus, il semble qu'on pourrait s'en tenir là, et que le besoin d'un autre anesthésique ne se fasse nullement sentir. Nous avons maintes fois utilisé la cocaïne pour des opérations justiciables de l'anesthésie locale : en nous conformant aux règles de technique précisées par M. Reclus, nous en avons obtenu d'excellents résultats, et n'avons eu à regretter aucun incident. La cocaïne a donc, depuis longtemps, fait ses preuves.

Si nous venons aujourd'hui parler d'un autre anesthésique local, ce n'est pas, dans notre esprit, pour le substituer à la cocaïne. Nous avons eu l'occasion d'étudier au point de vue expérimental et pratique les propriétés analgésiques de l'eucaïne : les résultats que nous avons obtenus nous ont paru favorables et nous voulons rapporter les résultats de nos expériences et de nos observations.

I

L'eucaïne a, avec la cocaïne, quelque chose de plus qu'une analogie de nom et nous allons essayer, en quelques mots, de le faire comprendre.

La cocaïne est un alcaloïde extrait de la feuille de coca. Sa solution, portée à l'ébullition, se décompose en *ecgonine*, benzoyle et alcool méthylique. Cette ecgonine est un corps qu'on ne reproduit pas synthétiquement, mais qu'on extrait en assez grande quantité de la feuille de coca. On pourra donc, en partant de l'ecgonine, obtenir par synthèse incomplète la cocaïne.

L'eucaïne, au contraire, est un corps qui a été créé de toutes pièces dans les creusets du laboratoire. C'est à S. Merling qu'est due sa découverte. Ce chimiste s'est servi, pour l'obtenir, de corps (acides para-oxycarboniques) obtenus synthétiquement et qu'il reconnut comme les analogues de l'ecgonine. Agissant sur eux, comme on agit sur l'ecgonine pour obtenir la cocaïne, il obtint des corps doués de propriétés anesthésiques locales énergiques; parmi ces corps se trouve l'*eucaïne*, dont la formule de composition est très complexe ($C^{19}H^{27}AzO^{4}$).

L'eucaïne est donc un éther méthylique d'un acide benzoylo-méthylo-tétraméthylo-oxypipendimo-carbonique.

L'eucaïne est un produit peu soluble dans l'eau; aussi, de même qu'en thérapeutique, on emploie le chlorhydrate de cocaïne à cause de sa plus grande solubilité, de même on emploie le chlorhydrate d'eucaïne pour les mêmes raisons.

Le chlorhydrate d'eucaïne qui, à 15 degrés se dissout dans environ 10 parties d'eau, cristallise en feuillettes brillantes assez stables à l'air.

Ses solutions ne se décomposent pas par l'ébullition, comme le font celles de la cocaïne; on pourra donc avoir très facilement des solutions stérilisées d'eucaïne.

II

L'eucaïne a des propriétés physiologiques, jusqu'à un certain point comparables à celles de la cocaïne : Gaëtano Vinci (1) a étudié sa toxicité et voici les résultats auxquels il est arrivé.

Action générale. — L'auteur administrant des doses moyennes, 2 à 3 centigrammes par kilogramme d'animal, observa de l'inquiétude, puis des convulsions cloniques, de quelques secondes de durée, et suivies d'une paralysie persistante pendant plusieurs secondes. Du côté de l'appareil circulatoire, ralentissement du pouls sans changement dans la pression sanguine. Seulement après injection de doses élevées (10 à 15 centigrammes par kilogramme), abaissement rapide de cette pression sanguine et mort par paralysie du centre respiratoire, les battements du cœur persistant pendant quelques secondes.

---

(1) G. Vinci. *Ther. Monatsh.*, 1896, n° 18, p. 419 et 420.

Action locale. — En application locale ou en injection sous-cutanée, l'eucaïne a des propriétés anesthésiques très marquées. D'après les expériences du même auteur, de Gaëtano Vinci, quelques gouttes d'une solution à 2 et 5 p. 100, instillées dans l'œil d'un lapin, ont provoqué après deux ou trois minutes une anesthésie complète commençant au niveau de la cornée, s'étendant à la conjonctive et durant de dix à trente minutes. De nouvelles gouttes instillées prolongeaient l'anesthésie. L'eucaïne provoque de l'irritation et de l'hyperhémie de la conjonctive, mais pas de mydriase, comme la cocaïne.

En injection sous-cutanée ou en badigeonnage sur une muqueuse, le même auteur observa une anesthésie parfaite.

D'après des recherches faites à la Clinique ophtalmologique de la Faculté de Berlin, on a constaté qu'instillée dans l'œil, sur l'homme, l'eucaïne en solution à 2 p. 100 provoque une anesthésie complète et rapide, non irritante si l'on emploie l'eucaïne cristallisée des solutions aqueuses.

On ne remarque ni mydriase, ni parésie des muscles de l'accommodation, mais seulement une hyperhémie assez accentuée.

M. Berger (1), dans une communication à la Société de biologie, arrive aux mêmes conclusions.

En dermatologie, Saalfeld (2) l'a employée avec succès en onguent et en compresses.

Dans les affections de l'arrière-gorge et du nez, Reichert a obtenu avec l'eucaïne les mêmes résultats qu'avec la cocaïne et a remarqué qu'elle n'avait aucune action sur le cœur.

Schleieb s'en est servi en solution à 15 p. 100 pour l'anesthésie des muqueuses et à 1 et 2 p. 100 pour l'anesthésie par infiltration.

Il a toujours obtenu une anesthésie aussi complète qu'avec la cocaïne et n'a jamais observé de phénomènes d'intoxication.

Gorl (3) a eu recours à des solutions d'eucaïne à 0,50 p. 100 pour des recherches cystoscopiques.

Il a injecté jusqu'à 2 grammes d'eucaïne en une seule fois, sans observer d'accidents.

Il a observé chez ses malades une sensation de brûlure et une hyperhémie de la muqueuse vésicale, l'eucaïne doit donc être contre-indiquée dans les cas de tumeurs ou de lésions saignant facilement. L'anesthésie a toujours été égale et même plus complète qu'avec la cocaïne.

Warnekros et Kiesel (4), en *art dentaire*, ont également vu l'anesthésie survenir rapidement après l'injection d'eucaïne; jamais ils n'ont remarqué d'action sur le cœur. Pour Kiesel même, on pourrait injecter jusqu'à 2 grammes d'eucaïne, sans nuire en rien à la santé des malades en traitement.

III

Nous avons de notre côté voulu utiliser et expérimenter l'eucaïne : mais tout d'abord il convenait de fixer par des expériences le degré de sa toxicité et de le comparer à celui de la cocaïne. Nous avons, dans ce but, institué une série d'expériences, dont nous donnerons d'abord le résumé.

(1) Berger. *De l'emploi de l'eucaïne en ophtalmologie*, communic. à la Soc. de biol., 30 mai 1866.
(2) Saalfeld. *Ther. Monatsh.*, 1896, n° 18, p. 420.
(3) Gorl. *Ther. Monatsh.*, juillet 1896, p. 378.
(4) Kiesel. *Therap. Monatsh.*, juin 1896, n° 18, p. 420.

Ces expériences ont été faites sur des cobayes et sur des lapins; dans toutes ces expériences, nous avons procédé par comparaison en employant dans les mêmes conditions sur des animaux de même poids et de même volume des solutions identiques. Les injections étaient faites sous la peau de l'abdomen.

1° A deux cobayes sensiblement du même poids, on injecte en même temps au premier 4 centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/100; au second 4 centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate d'eucaïne à 1/100.

Le cobaye cocaïnisé présente quelques phénomènes d'intoxication au bout de quinze minutes, puis paraît se remettre; au bout de trente minutes, on lui injecte deux nouveaux centimètres cubes de chlorhydrate de cocaïne à 1/100, il présente aussitôt des convulsions cloniques, toniques, sa tête se renverse en arrière, il succombe à midi.

Le cobaye eucaïnisé présente, vingt minutes après l'injection, des convulsions de deux minutes de durée, auxquelles succède une parésie des membres, qui disparaît en quelques minutes, et l'animal se remet.

Deux nouveaux centimètres cubes de la solution à 1/100 sont injectés. Quinze minutes après, convulsions de cinq minutes de durée suivies d'une paralysie complète, l'animal est couché sur le côté sans pouvoir se relever.

Au bout de cinq minutes, cette paralysie disparaît, et l'animal paraît se remettre.

Nouvelle injection de 2 centimètres cubes de la solution; cinq minutes après convulsions, et mort vingt-cinq minutes après l'injection.

Ainsi donc, 6 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne ont déterminé la mort de l'animal en trois quarts d'heure, tandis que 8 centigrammes de chlorhydrate d'eucaïne ont été nécessaires pour déterminer la mort d'un cobaye du même poids en une heure et demie.

En présence de ces résultats, deux autres cobayes sont injectés en même temps; le premier reçoit 6 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne; le second 8 centigrammes d'eucaïne.

Le cobaye cocaïnisé meurt au bout d'un quart d'heure après avoir présenté les symptômes déjà décrits.

Le cobaye eucaïnisé ne présente les premiers symptômes d'intoxication que vingt-cinq minutes après l'injection et meurt seulement au bout de une heure trente minutes.

2° Les mêmes expériences répétées sur des lapins donnent à peu près les mêmes résultats.

Tandis que 7 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne sont nécessaires pour tuer en une heure un lapin de 1 kilogramme, c'est à peine si la même dose de chlorhydrate d'eucaïne détermine chez un lapin du même poids quelques symptômes d'intoxication.

Onze centigrammes de chlorhydrate d'eucaïne déterminent chez un lapin de 1 kilogramme des phénomènes graves d'intoxication (convulsions suivies de paralysie), mais sans que la mort arrive.

Douze centigrammes de chlorhydrate d'eucaïne sont nécessaires pour déterminer la mort d'un lapin d'un poids égal à celui qui a succombé à l'injection de 7 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Il résulte donc de nos expériences aussi bien que des travaux allemands que l'action physiologique de l'eucaïne est, à peu de chose près, analogue à celle de la cocaïne.

Dans les deux cas, les accidents débutent par de l'inquiétude, une excitation vive du système nerveux central (convulsions), pour arriver à la paralysie et à la mort, mais la toxicité de l'eucaïne est bien moindre que celle de la cocaïne, puisque nos expériences nous ont montré qu'elle est du tiers pour le cobaye, presque de la moitié pour le lapin.

Un point sur lequel il est bon d'insister et qui ressort des expériences des auteurs allemands, c'est que l'eucaïne ne paraît avoir que très peu d'action sur le cœur.

La cocaïne amène très rapidement des modifications dans la régularité, la fréquence et l'intensité des battements du cœur, et produit un abaissement bientôt suivi d'une très grande élévation de la pression artérielle, ce qui doit la faire rejeter chez les cardiaques.

L'eucaïne, au contraire, produit le ralentissement du pouls sans changement dans la pression sanguine. Il faut des doses très élevées, 5 centigrammes par kilogramme de lapin, pour faire baisser très rapidement cette pression et l'animal meurt, non pas par arrêt du cœur, mais par paralysie du centre respiratoire. (*A suivre.*)

DES APPLICATIONS DE LA RADIOGRAPHIE

A LA CHIRURGIE DU SYSTÈME NERVEUX (1)

Par MM. les docteurs Chipault et A. Londe.

Malgré la multiplicité des publications relatives aux applications chirurgicales de la radiographie, le nombre des documents intéressant la chirurgie du système nerveux qui y sont compris est tellement restreint que nous avons cru nécessaire de réunir, pour vous les présenter, une série de faits de ce genre.

Nous les classerons en faits relatifs à la chirurgie cranio-encéphalique, faits relatifs à la chirurgie du rachis et de la moelle, faits relatifs à la chirurgie du système nerveux périphérique.

1° *Radiographies relatives à la chirurgie cranio-encéphalique.* — Nos radiographies relatives à la chirurgie cranio-encéphalique sont au nombre de trois :

a. La première appartient à la série déjà nombreuse des radiographies de balles intracraniennes; l'un de nous vous a présenté, en collaboration avec notre vénéré maître commun, M. Brissaud, une radiographie de cette sorte (2). Celle que nous vous apportons aujourd'hui se distingue de toutes celles qui l'ont précédée en ce qu'elle a permis, par le procédé habituel des deux radiographies perpendiculaires, de reconnaître l'existence et de préciser le siège, à l'intérieur de la cavité cranienne, non pas d'une seule, mais de deux balles : diagnostic à peu près impossible par les commémoratifs ou l'examen clinique lorsqu'il s'agit, comme dans notre cas, d'un traumatisme ancien.

Notons, à propos de cette radiographie, que nous avions eu soin de placer entre la plaque et le crâne un corps métallique, un clou, que vous reconnaissez à la partie supérieure de l'épreuve : celle-ci ne nous eût-elle point révélé trace de balles que nous aurions pu ainsi reconnaître si le crâne avait été bien traversé par les rayons, et donner à ce résultat négatif sa valeur diagnostique réelle.

b. Nos deux autres radiographies craniennes sont des radiographies de trépanation.

La première a été prise sur une jeune fille, de seize ans aujourd'hui, de sept ans lorsqu'elle fut opérée, et qui, à cet âge, à la suite d'une chute dans un escalier de pierre, sur le côté gauche du crâne, avait présenté un enfoncement considérable du pariétal et d'une partie du frontal avec paralysie faciale droite et aphasie motrice pure. Une intervention fut faite, qui consista dans l'application, aux parties antéro-inférieure et postéro-supérieure de l'enfoncement, de deux larges couronnes de trépan qui permirent de soutenir en bonne position l'os déprimé. Une guérison parfaite, qui dure encore, suivit cette intervention. Ajoutons que la rondelle de trépan antérieure avait été replacée dans son orifice, tandis que l'orifice postérieur avait été recouvert de périoste. Or, malgré cette précaution, malgré le petit diamètre, 15 millimètres, de la perte de substance osseuse, malgré la guérison aseptique de la plaie et le jeune âge de l'opérée, notre radiographie, faite neuf ans après l'intervention, nous montre que l'orifice cranien est resté tel, aussi grand et aussi net de bords, qu'il était le premier jour.

La seconde de nos radiographies de trépanation, relative à une intervention toute récente, montre avec une parfaite netteté une brèche cranienne beaucoup plus étendue, correspondant à la région rolandique, siège présumé de la tumeur : la malade, confiée à l'un de nous par M. le professeur Raymond, n'a encore subi que le premier temps de l'opération nécessaire : la résection osseuse, par la décompression encéphalique qu'elle a produite, paraît du reste avoir eu à elle seule une réelle influence, puisque les crises d'épilepsie qui survenaient tous les soirs avant qu'elle n'eût été faite sont restées, à sa suite, quatre jours sans se manifester à nouveau.

Telles sont nos trois radiographies cranio-encéphaliques. Ajoutons que nous avons, à plusieurs reprises, tenté de radiographier à l'intérieur du crâne des tumeurs des méninges ou de l'encéphale : l'insuccès a toujours été complet. Il est plus que probable qu'il en sera autrement le jour où l'on se trouvera en présence de tumeurs perforantes du crâne, de tumeurs méningées avec hyperostose de voisinage ou de tumeurs intracraniennes contenant des sels calcaires : mais ce sont là des faits rares, dont nous n'avons pas eu d'exemple à notre disposition.

2° *Radiographies relatives à la chirurgie vertébrale.* — Nos radiographies relatives à la chirurgie vertébrale sont peut-être plus originales encore que les précédentes.

Elles sont relatives à des malades étudiés par l'un de nous dans une récente séance de l'Académie : nous nous contenterons donc de vous les présenter rapidement.

L'une d'elles montre avec une netteté parfaite l'orifice d'une trépanation vertébrale qui avait porté sur les sixième, septième et huitième arcs cervicaux ainsi que sur le premier dorsal : un schéma ne donnerait pas une idée plus précise des dimensions et de la forme de l'orifice créé.

Deux autres sont relatives à des ligatures apophysaires : la première à des ligatures apophysaires pour luxation cervicale; elle n'est pas absolument nette, à cause de mouvements faits par le malade au cours de la séance radiographique; la seconde à des ligatures apophysaires dorsales pour tuberculose vertébrale : elle est beaucoup plus belle; on y distingue non seulement les ligatures métalliques bien tendues, mais encore les lésions osseuses et la poche d'abcès froid qui les recouvre. Le parallélisme et la symétrie des

---

(1) Travail du laboratoire de M. le professeur Raymond. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 162.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 711.

côtes montre, en outre, que la réduction opératoire a été tout à fait satisfaisante.

3° *Radiographie relative à la chirurgie du système nerveux périphérique.* — Enfin, la dernière de nos radiographies vous montre une suture métallique de la clavicule, exécutée contre une fracture de cet os avec un cal vicieux et compression du plexus brachial. Le résultat fonctionnel avait été médiocre. La radiographie, en prouvant que la suture a bien tenu, que la clavicule a sa direction et son volume habituels, nous apprend que cette médiocrité n'est pas due à une hypertrophie secondaire de l'os suturé, mais à l'époque tardive à laquelle l'intervention a été faite. Elle nous enseigne en même temps qu'une nouvelle tentative de ce côté serait complètement inutile.

On le voit par les exemples qui précèdent : la radiographie peut fournir, en chirurgie du système nerveux, comme autre part, de précieux renseignements. Mais, il faut bien le savoir, l'épaisseur, l'opacité et la superposition des parties que les rayons doivent traverser rendent ces résultats particulièrement difficiles à obtenir, surtout chez les adultes : des bobines puissantes, des ampoules volumineuses, une pose de vingt à trente minutes, qui eût paru courte il y a un an et paraît longue aujourd'hui, des moyens de contention spéciaux et rigoureux, un grand soin dans le tirage des épreuves photographiques, permettent seuls d'y arriver. Lorsque toutes ces précautions sont bien prises, une radiographie du crâne ou de la colonne vertébrale peut être exécutée aussi à coup sûr et aussi pratiquement qu'une radiographie d'un segment de membre. C'est là un fait dont la portée pratique peut être considérable et dont les applications ne peuvent que s'étendre rapidement.

Nous tenons, en terminant, à remercier M. le professeur Raymond de sa bienveillance et de sa sollicitude journalière, qui nous ont permis d'entreprendre et de mener à bien ce travail.

THÉRAPEUTIQUE

Teinture de marrons d'Inde contre les hémorroïdes.

La teinture-mère de marrons d'Inde de la pharmacopée américaine agit avec une rapidité extraordinaire contre l'élément douleur au moment des périodes de crises. Associée à la teinture d'Hamamelis, elle agit contre les hémorragies.

Dose : dix gouttes matin et soir, de préférence avant les repas, dans un peu d'eau sucrée ou de vin.

Il est rare que la médication doive être prolongée au delà de deux jours. (Artault, *Rev. de thérap.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de la Société centrale a eu lieu dimanche 14 février, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Bucquoy. Après l'allocution du président, le rapport du secrétaire, M. Thibierge, nous avons entendu le rapport de M. le trésorier, dont nous extrayons les chiffres suivants, relatifs à l'exercice de l'année 1896 :

Les recettes ont été de 18475 francs, se répartissant ainsi : 12 admissions 192 francs, cotisations annuelles 11671, cotisations perpétuées 1952, dons 1510, rentes 2700, divers 450, total : 18475 francs.

Il a été alloué 10550 francs de secours, sur lesquels 32 veuves de sociétaires ont touché 7400 fr. Autres dépenses : 8627 fr. 45, ce qui fait, pour les dépenses, un total de 19177 fr. 45.

L'avoir disponible au 1er janvier 1897 est le suivant : en réserve à la caisse des dépôts et consignations 60000 francs; en caisse du trésorier 4807 fr. 70, au total 64807 fr. 70. Comme avoir indisponible : 1586 francs de 3 p. 100 et 445 de 3 1/2 p. 100; soit 2031 francs de rentes représentant un capital d'environ 66000 fr., plus une propriété de 6000 francs de rentes 3 p. 100, dont l'usufruitier a soixante-treize ans, trois pensionnés qui reçoivent chacun 800 francs.

L'assemblée a procédé ensuite à l'élection du vice-président et de onze membres de la commission administrative. M. Motet a été élu vice-président.

M. Lannelongue, président sortant, est réélu président de l'Association générale.

— Par décision ministérielle, en date du 12 février 1897, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés, pendant les saisons thermales de 1897, savoir :

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault. — M. le médecin-major de première classe Julié et M. le médecin aide-major de première classe Colomb.

Hôpital thermal de Vichy. — M. le médecin principal de deuxième classe Antony; MM. les médecins-majors de première classe Delamarre et Loillier; M. le médecin-major de deuxième classe Lejeune; MM. les médecins aides-majors de première classe Ferrand et Pouy.

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. — M. le médecin principal de deuxième classe Bachelet; MM. les médecins majors de première classe Forgues et Polin; MM. les médecins aides-majors de première classe Beauxis-Lagrave et Auclert.

Hôpital thermal de Barèges. — M. le médecin principal de première classe Geschwind; MM. les médecins-majors de première classe Peborde et Gorsse; M. le médecin aide-major de première classe Voulgre; M. le médecin aide-major de deuxième classe Petges.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Armet (de Sallèles-d'Aude); Bellissent (de Sigean); Deroyer (de Fougères); Vollier (de Paris).

— M. le docteur Esquivar est nommé médecin-adjoint au lycée de Tarbes (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alloncle (de Benest) et Casanova (de Bourges).

— M. le docteur Béclère a commencé, à l'hôpital Tenon, le vendredi 12 février 1897, à dix heures et demie, salle Pidoux, des conférences cliniques qu'il continuera les vendredis suivants, à la même heure.

— Un cours et des travaux pratiques de bactériologie médicale commenceront le mardi 23 février, à deux heures, au laboratoire de M. le professeur Cornil, sous la direction de MM. Chantemesse et Bezançon.

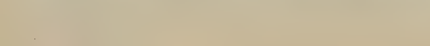
Se faire inscrire de deux à cinq heures au laboratoire de l'École pratique.

Manuel de pathologie des voies urinaires, par M. le docteur J.-M. Lavaux, professeur libre à l'Université de Paris. 2e édit., 2 vol. in-8. — Prix 24 francs. — Le premier volume vient de paraître chez Housiaux, 7, rue Perronet, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE





Nº 20. — JEUDI 18 FÉVRIER 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 18 FÉVRIER 1897. — Nº 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 »

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Reclus, dont on connaît la prédilection pour les anesthésiques locaux et en particulier pour la cocaïne, a étudié comparativement l'eucaïne et la cocaïne. Le résultat de cette étude est le suivant : bien que l'eucaïne soit moins toxique que la cocaïne, il faut, selon M. Reclus, préférer cette dernière comme étant moins douloureuse, comme exposant moins aux hémorragies, comme agissant mieux dans la profondeur et comme étant d'un effet plus durable, travail à rapprocher de celui de MM. Legueu et Lihou, dont nous terminons aujourd'hui même la publication.

M. Cornil a donné lecture, au nom de M. Babès, membre correspondant, d'une note sur une septicémie particulière, à laquelle l'auteur donne le nom de septicémie muqueuse. C'est une maladie mortelle, caractérisée anatomiquement par la replétion de tous les vaisseaux d'une substance blanchâtre muqueuse. Le sang présente diverses altérations et contient un microbe particulier du type mucogène.

Dans ces dernières années, l'attention des pathologistes s'est beaucoup portée sur le rôle de la rate dans les maladies infectieuses. M. Laveran vient de faire connaître à l'Académie les résultats de ses recherches sur la façon dont se comporte cet organe dans le paludisme. On a dit que c'était un organe de protection. Ce n'est pas ce qui résulte des recherches de M. Laveran, qui démontre que la rate est le lieu de prédilection des hématozoaires et que, d'ailleurs, les résultats de la splénectomie sont plutôt favorables que nuisibles aux paludiques. Hâtons-nous d'ajouter, pour ceux qui auraient quelque tendance à proposer cette opération comme cure radicale du paludisme, que la splénectomie ne saurait être appliquée que dans les cas d'ectopie splénique.

M. Hervieux est revenu sur l'histoire des introducteurs de la vaccine en France. Il maintient que c'est au duc de La Rochefoucauld-Liancourt que revient l'honneur d'avoir fait en France les premières inoculations vaccinales et d'avoir sauvé des millions de Français de la variole.

Parmi les présentations, nous devons signaler un cas très intéressant de restauration autoplastique du dos par des procédés multiples. Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'une brûlure, présentait une énorme perte de substance du dos. M. Delbet est arrivé à reconstituer ce dos par des lambeaux empruntés successivement aux mamelles de la malade, à son bras, dans diverses régions de son corps, sur la cuisse récemment amputée d'un autre malade, sur le bras de son mari. Il résulte de cette curieuse observation que les greffes de Thiersch, prises sur le sujet lui-même, donnent de bons résultats, qu'elles sont, au contraire, très aléatoires lorsqu'elles sont empruntées à une autre personne. Cette observation prouve, en outre, qu'on peut reprendre des lambeaux épidermiques sur des points où on en a déjà pris.

Signalons enfin une observation d'hématome orbito-palpébral à répétition chez une hémophile, communiquée par M. Valude. On trouvera plus loin le résumé de cette observation.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Motet sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique. Le classement est arrêté dans l'ordre suivant : en première ligne : M. Napias ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Du Cazal, Josias, Laugier, Le Roy des Barres et A.-J. Martin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TILLAUX.

Rétrécissement tuberculeux et rétrécissement syphilitique du rectum (1).

Par Paul RICHE, prosecteur à la Faculté.

Si l'on veut encore un exemple de la façon dont le diagnostic syphilis était fait, le voici : « Dans les autres cas, les malades m'ont consulté trop tard pour qu'il m'ait été donné de suivre les phases de leur affection ; mais, comme elles portaient presque toutes les condylomes accusateurs du chancre initial, et qu'elles offraient encore les bosselures et les brides de la portion sphinctérienne, j'ai pensé que la marche de la maladie avait été la même. Il en est deux cependant qui n'avaient point de condylomes et chez lesquelles j'ai pu douter qu'il y ait eu un chancre de ce côté ; mais celles-là avaient l'une et l'autre une assez large fistule recto-vaginale. Or, comme j'ai vu dans deux autres cas le chancre de la fourchette prendre la forme rongeante et perforer rapidement la cloison recto-vaginale, j'ai pensé que,

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 158.

chez ces malades, les choses avaient pu se passer de la même manière et que l'inflammation spéciale du rectum s'était développée au voisinage de ce chancre de la cloison, comme elle était survenue, dans les autres cas, au voisinage du chancre anal » (p. 687).

A la page suivante, la saine clinique reprend ses droits. « Je crois que cette phlegmasie spéciale qui se produit autour et au-dessus des chancres arrive de préférence chez les personnes délicates, lymphatiques ou scrofuleuses et que, sous ce rapport, elle ressemble au phagédénisme et à l'esthiomène de la vulve, que nous voyons apparaître aussi dans ces conditions. Il semble que toutes ces formes anormales de la syphilis, que j'appellerais volontiers des intoxications locales, soient préparées par la mauvaise constitution et l'affaiblissement des sujets. Dix de nos malades étaient blondes, pâles et anémiques; deux d'entre elles avaient eu positivement des affections scrofuleuses dans leur enfance; j'ai dit enfin que deux avaient succombé à la phtisie. »

On voit qu'il faut une certaine bonne volonté pour trouver actuellement dans le mémoire de Gosselin des preuves en faveur de la théorie du rétrécissement syphilitique.

Si nous passons à celui de Després (*Arch. gén. de méd.*, 1868, t. I, p. 257), nous n'en trouvons pas davantage. Il faut savoir d'abord ce qu'est pour lui le chancre phagédénique auquel succédera le rétrécissement. « Les chancres phagédéniques du rectum sont des ulcérations peu profondes, à bords taillés à pic et irrégulières, qui ont pour origine soit un chancre mou, soit une plaque muqueuse ulcérée de l'anus » (p. 271). Chancre veut donc dire ici ulcère et pas autre chose.

Aussi l'esthiomène ulcéreux de la vulve ne sera-t-il pas autre chose qu' « un chancre phagédénique avec œdème éléphantiasique des petites lèvres et de la fourchette » (p. 270). « Ces lésions ont été appelées par M. Huguier esthiomène de la vulve, sans doute parce qu'il n'avait pas reconnu les chancres comme lésion originaire » (p. 271).

Després donne six observations de ces chancres phagédéniques, dont trois seulement ont abouti au rétrécissement.

Prenons ces trois cas. Le premier était un esthiomène ano-vulvaire (pourtant la malade aurait été traitée pour la syphilis pendant deux ans). Elle passa un an à Lourcine sans présenter aucun accident syphilitique.

La seconde « aurait eu, il y a trois ans, un chancre de l'anus traité par M. Simonet à l'hôpital de Lourcine, pendant six mois, par des pilules mercurielles », mais, chose étrange, « trois ans auparavant, elle avait été traitée deux mois dans le service de M. A. Guérin, à l'hôpital de Lourcine, pour des plaques muqueuses » (p. 266). Elle n'a d'ailleurs jamais été guérie. Quoique cette fois Després ne prononce pas le mot, sa description ressemble encore à l'esthiomène avec large fistule recto-vulvaire.

La troisième paraît avoir eu la syphilis.

Després se range alors à l'opinion de Gosselin, se contentant d'ajouter qu'il faut que le chancre lui-même s'étende dans le rectum pour que le rétrécissement se produise.

Veut-on savoir maintenant comment on fait le diagnostic de chancre mou phagédénique de l'anus et du rectum? Voici : « Il est des cas où le diagnostic ne peut être fait que par hasard. J'ai une malade qui est entrée dans mon service pour des chancres mous de la vulve en voie de guérison, et sur la cicatrice desquels des végétations existaient; rien ne faisait soupçonner des chancres de l'anus. Le 24 décembre, en examinant cette malade, j'ai trouvé une induration inflammatoire sur la région de la glande vulvo-vaginale du côté gauche; j'ai songé immédiatement à un abcès de cette glande. Mais en pressant sur la tuméfaction inflammatoire, j'ai senti une crépitation emphysémateuse. Comme, en même temps, il ne sortait point de pus par le conduit de la glande vulvo-vaginale, je n'ai pas hésité à penser que l'abcès était déjà ouvert dans le rectum et que des gaz intestinaux s'étaient insinués dans le foyer purulent. J'ai introduit le doigt dans le rectum et j'ai constaté une ulcération sur la face antérieure du rectum, par laquelle j'ai fait sortir des gaz en pressant avec les doigts sur la grande lèvre gauche. La plus grande partie de la face antérieure du rectum était du reste ulcérée. Cette fille, très bornée et maladroite, ne se plaignait pas d'être constipée et trouvait naturel de souffrir en allant à la selle. Il s'agissait, dans ce cas, d'un chancre mou phagédénique de l'anus et du rectum, dont la partie extérieure avait été guérie par des cautérisations (on lui avait cautérisé ses chancres en ville) et dont la partie intra-rectale avait été entretenue par des déchirures et des inoculations successives au moment de chaque défécation. Un abcès de la glande vulvo-vaginale étant survenu, il s'était ouvert du côté où il y avait moins de résistance, du côté d'une surface déjà ulcérée. Ce fait servira à éclairer les praticiens, puisque, tout prévenu que j'étais, il m'a surpris » (p. 279). Si Després avait été un clinicien moins sagace, il se serait probablement arrêté au diagnostic de bartolinite ouverte dans le rectum.

Dans le cas de fistule recto-vulvaire, « les callosités des bords de l'orifice vulvaire indiquent que la fistule a pour origine un chancre phagédénique du rectum » (p. 280).

Voilà les deux mémoires capitaux sur lesquels on s'est appuyé pour rajeunir la vieille doctrine du rétrécissement syphilitique, dont on a fait une lésion quaternaire (alors que Gosselin le croyait contemporain de la période secondaire), dont on a fait ensuite, avec beaucoup de talent, le syphilome ano-rectal, encore aujourd'hui classique.

On voit que les arguments fournis par la tradition ne sont pas bien solides.

Mais l'on me renverra à l'anatomie pathologique. Dans le livre de MM. Quénu et Hartmann, presque chaque observation est suivie d'un examen histologique et c'est sur les conclusions de cet examen que l'observation est étiquetée : rectite chronique avec lésions inflammatoires diffuses, ano-rectite papillomateuse, rectite granuleuse, rétrécissement syphilitique, rétrécissement dysentérique, rétrécissement tuberculeux.

Notons d'abord que la syphilis ne présente pas d'altérations histologiques qui soient pathognomoniques. Le nodule gommeux embryonnaire ressemble au follicule tuberculeux de ce type, l'artérite n'est pas plus démonstrative, puisque le processus tuberculeux arrive aussi à l'oblitération des artères. Dans la tuberculose du gros intestin, la recherche des bacilles, qui, eux, sont pathognomoniques, aboutit rarement; il faut même, pour trouver des follicules typiques, multiplier souvent beaucoup les coupes; mais ici nous avons un critérium qui manque pour la syphilis, c'est l'inoculation au cobaye. La syphilis n'a qu'un critérium thérapeutique et les auteurs s'accordent, avec une touchante unanimité, pour dire que, dans le cas particulier, le traitement est inefficace.

Il est ensuite un point qui me frappe : tous les examens dont la conclusion est tuberculose sont signés de mon ami

Pilliet, et aucun de ses examens ne conclut à une autre affection. Je ne pense pas que M. Hartmann ait fait de ses cas un triage préalable pour ne donner à M. Pilliet que ceux qui étaient tuberculeux, et tous ceux qui l'étaient; je ne pense pas non plus que le hasard ait pu réaliser cette sélection.

En outre, dans aucun des cas où la tuberculose a été écartée, il n'a été fait d'inoculations.

Que j'interroge donc la tradition ou l'anatomie pathologique, je ne trouve aucune raison de croire qu'il y ait des rétrécissements syphilitiques du rectum.

D'ailleurs les syphiligraphes convaincus font bon marché de toutes les objections qu'on peut leur opposer. « L'absence d'antécédents ne prouve rien, car *omnis syphiliticus mendax*. La résistance au traitement s'explique par la situation désavantageuse des lésions. Quant aux résultats négatifs des examens histologiques, ils ne constituent nullement un argument contre l'origine syphilitique des lésions, car on n'a examiné que des processus anciens, des ulcérations chroniques torpides » (Verlhagen, cité dans Quénu et Hartmann, p. 89). Et voilà pourquoi il y a des rétrécissements syphilitiques!

Il résulte de tout cela que, si l'on ne veut donner que des conclusions inattaquables, il faut se borner à dire :

1° *Il existe un type clinique qui a été décrit généralement sous le nom de rétrécissement syphilitique du rectum*;

2° *Il est prouvé que la tuberculose peut réaliser ce type clinique*;

3° *Il n'est pas prouvé qu'il puisse être réalisé par une autre affection*.

La tuberculose a déjà pris une grande place en rectologie, mais je suis convaincu qu'elle n'y a pas dit son dernier mot. La première des choses à faire, si l'on voulait étudier scientifiquement cette branche de la chirurgie, serait de faire tout d'abord le départ de ce qui ressortit au bacille de Koch; les inoculations, et les inoculations seules, en fournissent aujourd'hui le facile moyen. Je voudrais donc les voir pratiquer dans tous les cas où elles seraient utiles, c'est-à-dire qu'on s'en dispenserait tout juste dans les cas de cancer et d'hémorroïdes.

Il est à présumer qu'après quelques années la pathologie rectale serait bien simplifiée; pour ma part, je serais curieux de voir ce qui resterait de toutes les rectites chroniques et de toutes les ulcérations.

DE L'EUCAINE EN CHIRURGIE (1)

Par MM. les docteurs Legueu, chirurgien des hôpitaux, et Lihou.

IV

Ces expériences nous accusaient donc une différence de toxicité assez sensible au bénéfice de l'eucaïne, pour que nous soyons autorisés à employer sans crainte cet anesthésique pour la pratique chirurgicale chez l'homme.

Depuis quelques mois, nous avons pratiqué toutes nos opérations à l'eucaïne : leur nombre est de soixante ou soixante-dix environ, leur nature très différente. Ce sont des ouvertures d'abcès ou de panaris, des fistules anales, des extirpations de petites tumeurs, kystes sébacés, lipomes, etc., des amputations de doigts, des opérations sur l'appareil urinaire (dilatation, cathétérisme, phimosis, endoscopie).

La technique que nous avons adoptée est celle que M. Reclus a précisée pour la cocaïne : nous nous y sommes conformés à tous points de vue, et c'est à cette précaution, sans doute, que nous devons d'avoir évité les inconvénients qui ont marqué les débuts de la cocaïne.

La solution dont nous nous servons a été une solution au centième : les injections ont été faites couche par couche, plans par plans. La dose utilisée a rarement dépassé 8 à 10 centigrammes; dans un seul cas, on a injecté 14 centigrammes dans le sphincter anal pour une dilatation nécessitée par une fissure.

Pour l'endoscopie intra-vésicale, nous avons eu recours à une solution à 1/500, dont nous injections 100 à 200 grammes suivant les cas, soit 20 à 40 centigrammes d'eucaïne.

Les résultats doivent être envisagés à deux points de vue, au point de vue de la toxicité et au point de vue de l'anesthésie.

Au point de vue de la toxicité, nous n'avons observé aucun inconvénient : nous n'avons vu aucun de ces petits malaises qui accompagnent ou suivent l'usage de la cocaïne. Les malades opérés sont rentrés à leur domicile, et revus plus tard, n'ont accusé aucun malaise. Celui qui avait absorbé 14 centigrammes n'a présenté aucun symptôme d'intoxication. Une malade qui, lors d'une première opération, avait présenté avec la cocaïne des symptômes d'intoxication, ne fut nullement incommodée par l'eucaïne utilisée dans une seconde intervention.

En ce qui concerne l'anesthésie, le résultat a été de tous points conforme à ce qu'il est avec la cocaïne : nous avons eu des opérations absolument indolentes. Il y en a d'autres pour lesquelles les malades accusaient encore, à certains moments, de la douleur, mais il était facile de voir que la douleur ne se manifestait que sur les régions qui avaient été insuffisamment préparées par l'injection. L'anesthésie est aussi rapide, peut-être même plus rapide qu'avec la cocaïne.

La comparaison avec la cocaïne est assurément difficile à préciser : les réactions individuelles à la douleur sont assez différentes pour que deux opérations identiques étant faites sur des sujets différents, l'une à la cocaïne, l'autre à l'eucaïne, on ne puisse tirer de conclusions en faveur de l'un ou de l'autre de ces anesthésiques.

D'autre part, des opérations différentes, faites successivement sur le même malade, ne sont jamais comparables.

Il faudrait pouvoir faire en même temps, et sur le même individu, deux incisions symétriques : cette occasion nous ne l'avons pas rencontrée.

Faute de mieux, ayant à opérer des petites tumeurs comme des lipomes ou des kystes sébacés, nous avons, d'un côté, injecté à la cocaïne, et de l'autre à l'eucaïne. Nous n'avons, dans ces conditions, observé aucune différence.

Il nous a paru aussi que l'hémorragie en nappe, qui accompagne toute opération, fut plus abondante avec l'eucaïne qu'avec la cocaïne, ce qui serait dû à l'action hyperhémiante de la première, mais en tout cas, cette hémorragie n'a jamais été abondante au point de nous gêner; elle s'arrête vite et spontanément.

Nous pouvons conclure au moins, de la série de nos opérations, que l'eucaïne a des propriétés anesthésiques au moins égales à la cocaïne; mais comme la toxicité est moindre, nous aurons peut-être une plus grande latitude pour

---

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 183.

les doses à utiliser, et ainsi avec des doses inférieures nous obtiendrons des anesthésies plus complètes.

V

Si maintenant nous établissons un parallèle rapide entre la cocaïne et l'eucaïne, nous voyons que la comparaison peut s'établir sur plusieurs points.

Au point de vue clinique, l'eucaïne est un produit beaucoup plus stable que la cocaïne, ses solutions pourront être facilement stérilisées par simple ébullition, sans crainte de les décomposer, alors qu'à cette température la cocaïne se décompose facilement.

Au point de vue de l'action physiologique, il y a beaucoup d'analogie entre l'eucaïne et la cocaïne, mais leur action sur le cœur est différente, puisque la cocaïne provoque une accélération du pouls, une élévation de la pression artérielle avec ischémie de la région anesthésiée, et l'eucaïne un ralentissement du pouls, un abaissement de la pression artérielle, avec hyperhémie de la région anesthésiée.

L'action anesthésique de l'eucaïne paraît égale à celle de la cocaïne, mais elle semble se faire plus rapidement; toutefois, la sensation à la piqûre paraît plus désagréable avec l'eucaïne, qui cause une légère brûlure d'une durée extrêmement courte au point injecté.

Enfin, la toxicité de l'eucaïne est très inférieure à celle de la cocaïne. Elle est, d'après nos expériences, du tiers pour le cobaye et presque de la moitié pour le lapin. Nous avons vu que Kiesel prétend qu'on peut injecter jusqu'à 2 grammes d'eucaïne sans nuire à la santé du malade en traitement.

A ces avantages de l'eucaïne sur la cocaïne, nous devons opposer les inconvénients de l'eucaïne :

1° L'eucaïne est plus douloureuse que la cocaïne à l'injection ;

2° L'eucaïne, par son action hyperhémiante, devra être contre-indiquée dans nombre de cas où il faudra lui préférer la cocaïne, en ophtalmologie, dans les inflammations de l'œil, en cystoscopie, dans les tumeurs saignantes de la vessie, etc.

En tous cas, telle qu'elle se présente à nous, l'eucaïne est un excellent anesthésique, qui a trouvé sa place parmi les anesthésiques locaux, à côté de la cocaïne, et qui pourra, au même titre que cette dernière, rendre de nombreux services en chirurgie.

THÉRAPEUTIQUE

Contre les épistaxis rebelles (Rendu).

Priser plusieurs fois par jour un mélange composé de :

Antipyrine	50 centigrammes.
Tannin.	1 gramme.
Sucre en poudre.	10 grammes.

Contre la coqueluche (Moizard).

Poudre de benjoin	} *ââ* 10 grammes.
Salicylate de bismuth. . .	}
Sulfate de quinine	2 —

Pour insufflations nasales, en commençant par cinq fois par jour. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATIONS

Eucaïne et cocaïne. — M. Reclus, en son nom et au nom de M. Pouchet, fait une communication sur l'emploi de l'eucaïne comme anesthésique local.

L'eucaïne, découverte par Merling, a été étudiée par Gaëtano Vincini dans le laboratoire de Liebreich, à Berlin. L'action physiologique de l'eucaïne serait identique à celle de la cocaïne, avec certaines différences toutefois, dont la plus importante, tout à l'avantage de l'eucaïne, est que cette dernière aurait une toxicité inférieure.

Il est toujours difficile d'étudier comparativement deux anesthésiques locaux, car on ne peut guère mesurer la douleur que par les manifestations qu'elle provoque, et rien n'est plus trompeur que ces manifestations. Le seul moyen d'arriver à un résultat est de diviser, chez un même malade, le champ opératoire en deux moitiés égales et d'anesthésier chacune de ces moitiés avec un anesthésique différent. Comme les deux sensations, pendant que passe le bistouri, se succèdent immédiatement, il devient facile au malade de donner des renseignements précis.

Dans une première expérience, l'extirpation d'un tronçon de 12 centimètres de saphène interne dans un cas d'ulcère variqueux du membre inférieur gauche, M. Reclus a fait une injection intradermique d'eucaïne dans les 6 centimètres supérieurs de l'incision, et de cocaïne dans les 6 autres centimètres. Il a, du reste, suivi étroitement la technique réglée par ses recherches antérieures; l'injection a été intradermique, traçante et continue; la solution est toujours la même, 1 centigramme de substance active pour 1 gramme d'eau; il s'est imposé de ne pas dépasser la dose totale de 15 centigrammes d'alcaloïde; il attend que l'injection soit finie depuis cinq minutes avant de prendre le bistouri.

Voici ce qu'il a pu constater dans ce premier cas, et, dans toutes les opérations subséquentes de tumeurs sous-cutanées. D'abord, les injections d'eucaïne sont un peu douloureuses; avec la cocaïne, la première pénétration de l'aiguille est peu perçue, puis, pendant toute l'injection, et la série des autres injections, toute sensation cesse. Il n'en est pas de même pour l'eucaïne et au fur et à mesure que la substance infiltre les tissus, l'opéré perçoit une douleur, comme une sorte de cuisson, mais elle est vraiment très légère, absolument supportable et l'eucaïne ne doit être que très discrètement grevée de ce chef. Un deuxième inconvénient est aussi sans grande portée : l'eucaïne hyperhémie les tissus; les petits vaisseaux resserrés par la cocaïne sont, au contraire, dilatés par l'eucaïne et la surface d'incision du derme, exsangue après l'anesthésie cocaïnique, est voilée par une légère nappe sanguine dans l'analgésie eucaïnique.

Quant à la puissance analgésiante, l'eucaïne est un véritable analgésique, et dont l'énergie égale presque celle de la cocaïne ; cependant, elle l'est un peu moins. Et surtout, point important, l'analgésie cocaïnique dure plus longtemps que l'analgésie eucaïnique, et en plus, on peut dire qu'elle s'éteint, pour l'eucaïne, au bout d'une demi-heure, tandis que, pour la cocaïne, elle persiste encore au bout d'une heure.

Si la toxicité de l'eucaïne était beaucoup moindre, très inférieure à celle de la cocaïne, cet avantage de premier ordre ferait oublier tous ces menus inconvénients et l'eucaïne devrait remplacer la cocaïne. Malheureusement, les expériences du professeur Pouchet démontrent qu'il n'en est pas ainsi.

M. Pouchet a démontré, par une série de 48 expériences sur des animaux d'espèces différentes, que la toxicité de

l'eucaïne est au moins égale à celle de la cocaïne; l'eucaïne serait même plus redoutable, car les accidents qu'elle provoque surviendraient souvent tout à coup, sans phase prodromique, et peuvent terrasser soudain l'animal.

On ne saurait trop insister sur cette toxicité. En effet, certains auteurs, et Kiesel, en particulier, n'ont pas craint d'injecter jusqu'à 2 grammes (200 centigrammes) d'eucaïne. N'oublions pas que ces doses invraisemblables et folles ont été aussi employées parfois avec la cocaïne et on sait les accidents mortels qu'elles ont provoqués.

En résumé, il ressort de ces observations cliniques et des expériences de M. Pouchet que l'eucaïne est un véritable analgésique, inférieur toutefois à la cocaïne : en effet, l'injection en est un peu douloureuse, le champ opératoire est souvent recouvert d'une nappe sanguine. L'analgésie est moins complète et sa durée est beaucoup moindre. Et puis sa toxicité est tout aussi grande. C'est là le point capital. Aussi doit-elle être maniée avec toutes les précautions dont nous avons entouré l'administration de la cocaïne, précautions si souvent violées encore et si peu connues ainsi qu'en témoignent de récentes publications.

Septicémie muqueuse. — M. CORNIL lit au nom de M. Babès, membre correspondant, une note sur ce sujet. (Voir au Premier-Paris.)

PRÉSENTATION

Autoplastie par divers procédés. — M. DELBET présente une malade qui, à la suite d'une brûlure, était atteinte d'une plaie occupant tout le dos, les aisselles et la face interne du bras. Cette vaste perte de substance, qui ne mesurait pas moins de 1500 centimètres carrés, avait plongé la malade dans un état septicémique très grave. Après avoir essayé inutilement tous les procédés de greffes, M. Delbet enleva les deux glandes mammaires, emprunta les deux vastes lambeaux fournis par la peau des deux mamelles, pour en recouvrir une grande partie de la perte de substance dorsale. Ce qui restait de cette perte de substance fut successivement comblé par des greffes de Thiersch, empruntées à la malade elle-même, dans diverses régions du corps; après maints incidents, M. Delbet est arrivé à combler complètement cette énorme plaie sans que la malade soit aucunement gênée dans ses mouvements.

M. Delbet tire de cette observation plusieurs conclusions importantes, au point de vue des restaurations autoplastiques. (Voir au Premier-Paris.)

COMMUNICATION

Du rôle de la rate dans le paludisme. — M. LAVERAN fait une communication sur ce sujet. On a prétendu que la rate jouait un rôle de protection dans les maladies infectieuses. Telle n'est pas l'opinion de M. Laveran en ce qui touche le paludisme. Il résulte, en effet, de ses recherches, que la rate constitue un lieu de prédilection des hématozoaires du paludisme. Dans bien des cas, M. Laveran a pu s'assurer que toutes les lésions, chez les paludiques, étaient limitées à la rate. Il cite des exemples dans lesquels on ne trouvait rien dans le sang, alors qu'on trouvait des hématozoaires dans la rate.

Depuis que les chirurgiens pratiquent la splénectomie, il est devenu aisé, d'ailleurs, de se rendre compte des résultats de cette opération chez les paludiques. Eh bien, il résulte d'un assez grand nombre d'observations que M. Laveran a pu recueillir, que les paludiques, après l'ablation de la rate, ne présentent plus que des rechutes très légères de paludisme.

M. Laveran croit donc pouvoir conclure de ces faits que la rate n'est pas un organe de défense contre le paludisme, au contraire, elle est le lieu de prédilection des hématozoaires. On comprend donc qu'on puisse pratiquer avec succès la splénectomie, chez les paludiques, à condition, toutefois, que la rate soit ectopiée.

LECTURE

Hématome orbito-palpébral à répétition chez une hémophile. — M. VALUDE. Les hématomes spontanés de l'orbite et surtout des paupières sont très rares, et on n'en compte pas plus de sept ou huit cas dans la littérature médicale. La plupart des faits rapportés ont trait à des artério-scléreux, à des femmes offrant des suppléances menstruelles; M. Panas a rattaché chez un enfant la production d'un hématome orbitaire à des troubles digestifs, à une dilatation stomacale prononcée; Zehender a observé un enfant aussi chez lequel l'hémophilie était en cause.

Chez la femme dont il s'agit ici, c'est de l'hémophilie également qu'il est question. Cette malade, en effet, saignait abondamment pour le moindre motif, et la simple friction de la peau avec un linge un peu rude suffisait à amener l'écoulement du sang. D'ailleurs, le sang examiné par M. Chauffard, à son laboratoire, a montré que la coagulation en était très lente et qu'elle ne commençait qu'au bout de quinze minutes. Les éléments figurés du sang offraient leurs caractères normaux de nombre absolu et relatif. L'hémophilie était donc nettement établie. Dans ces conditions et sans l'intervention du moindre traumatisme, la malade fut prise de violentes douleurs dans l'orbite droite, et ces douleurs allèrent jusqu'à amener des nausées et des vomissements. En même temps survenait du gonflement de la région et se montrait au-dessous de la paupière supérieure, vers l'angle supéro-interne de l'orbite, une saillie bleuâtre fluctuante. La ponction de cette collection liquide donna du sang un peu épais et amena la cessation des douleurs; un pansement compressif fit disparaître le gonflement et l'ecchymose palpébrale du voisinage.

Après un mois de calme, les mêmes phénomènes se reproduisirent, mais atténués; la simple compression suffit à les faire disparaître.

Depuis lors, de temps à autre, survient au même point une tuméfaction bleuâtre et un peu douloureuse, qui disparaît sous l'influence d'un pansement compressif.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique chirurgicale du goitre (1), par le docteur L. BÉRARD, prosecteur à la Faculté de Lyon.

M. L. Bérard vient de publier, sur la thérapeutique chirurgicale du goitre, une très intéressante monographie dont M. le professeur Poncet a écrit la préface. On ne saurait trop recommander la lecture de ce livre qui met définitivement au point les indications, le manuel opératoire, les dangers et les résultats des diverses méthodes préconisées par les chirurgiens. Élève de MM. Poncet et Jaboulay, M. Bérard a pu étayer son opinion sur près de 200 observations lyonnaises.

Le travail débute par une description anatomique complète de la région thyroïdienne, description dont l'auteur a fixé ou vérifié les divers éléments, grâce à de nombreuses dissections personnelles. Je citerai, parmi les chapitres les plus originaux, tout ce qui a trait à la vascularisation. Les détails de la circulation artérielle ont été révélés dans leur intimité au moyen de radiographies de Röntgen, faites en collaboration avec le docteur Destot, et qui mirent en évi-

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

dence tout un système d'anastomoses intra et extra-parenchymateuses : ces anastomoses, surtout corticales et sous-corticales, constituent un élégant réseau tendu entre les divers troncs artériels dans l'épaisseur des lobes. Au niveau de l'isthme, des artères importantes franchissent la ligne médiane pour se continuer dans les troncs et les ramuscules du côté opposé.

A propos de la circulation veineuse, M. Bérard a attiré l'attention sur des veines inférieures profondes longeant la trachée, recevant des ramuscules de ses parois et établissant une solidarité étroite entre la glande thyroïde et les circulations veineuses pharyngo-laryngées et trachéo-bronchiques.

Dans un second chapitre, consacré aux modifications ou lésions déterminées par le goitre sur la région thyroïdienne normale, tout ce qui concerne les artères thyroïdiennes, les récurrents et la trachée a été étudié avec beaucoup de soin, et la classification chirurgicale des divers types de goitre nettement établie. M. Bérard a écrit aussi là quelques pages intéressantes sur la capsule du goitre et de ses rapports avec les vaisseaux.

L'étude des diverses méthodes chirurgicales est abordée franchement; M. Bérard ne tient aucun compte des procédés thérapeutiques (injections, ponctions, drainages) qui n'ont plus qu'un intérêt historique et encombrent dangereusement la nomenclature des opérations thyroïdiennes. Il ne s'occupe que des interventions réglées, au cours desquelles le chirurgien agit en chirurgien, c'est-à-dire à ciel ouvert.

Après avoir donné comme un regret à la thyroïdectomie totale qui fut une belle opération et sur la gravité de laquelle on changera peut-être d'avis, si les statistiques de certains chirurgiens se confirment, M. Bérard établit une distinction claire entre les diverses interventions actuelles :

a. *Opérations extra-capsulaires*, thyroïdectomies partielles dans lesquelles le chirurgien agit en dehors de la capsule propre du goitre, et doit lier les vaisseaux thyroïdiens avant de tenter l'ablation de la tumeur. Cette ligature préalable reste le critérium de la définition de la thyroïdectomie extra-capsulaire; elle est aussi une des causes de sa gravité relative.

b. *Opérations sous-capsulaires* : énucléation massive de M. Poncet et strumectomie. L'énucléation massive se pratiquant suivant un plan de clivage sous la capsule du goitre, doublée ou non d'une couche de tissu thyroïdien, mais toujours à l'abri des vaisseaux; — la strumectomie ou énucléation intraglandulaire, consistant dans l'ablation des nodules en plein parenchyme.

L'auteur insiste sur la valeur hémostatique de la suture parenchymateuse dans ces deux dernières opérations, surtout dans la strumectomie qui « éventre » le parenchyme. A signaler aussi la distinction qu'il établit entre la fièvre thyroïdienne, c'est-à-dire l'hyperthermie succédant aux manipulations opératoires du tissu thyroïdien, et la fièvre vraie due à l'infection.

c. *Exothyropexie*. Une étude, que nul ne pouvait faire mieux que M. Bérard (élève de MM. Poncet et Jaboulay), est celle de l'exothyropexie ; il en établit la suprématie indiscutable comme opération d'urgence dans le goitre suffocant, et montre en regard tous les dangers de la trachéotomie. Pour le goitre simple, il montre que l'exo donne d'emblée d'excellents résultats définitifs, ou du moins permet de réaliser ultérieurement, sans aucun danger, des opérations secondaires radicales (énucléation, ablation partielle).

Dans les cas assez rares où la luxation des lobes exagérerait les déformations préalables de la trachée, leur simple libération avec mise à l'air est suffisante.

Enfin, dans un dernier chapitre, M. Bérard donne un tableau des résultats opératoires et définitifs des méthodes qu'il a étudiées. Peut-être se montre-t-il un peu pessimiste dans ses conclusions sur la cure chirurgicale et thyroïdienne de la maladie de Basedow; rechutes, récidives fréquentes, voilà ce qu'il relève dans la plupart de ces derniers cas.

En somme, ce travail appuyé sur des documents précis et nombreux, éclairé par des figures très explicites, avec des conclusions prudentes et éclectiques, donnera toute satisfaction au chirurgien désireux de trouver réunis dans un tableau d'ensemble tous les détails de la chirurgie thyroïdienne.

D[r] A. RIVIÈRE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris est définitivement constitué par MM. Babinski, Chantemesse, Charrin, Gilbert, Guéniot, Hirtz et Variot.

— *Prix Fauré.* — Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 300 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet intéressant l'hygiène de la population peu aisée, la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux met au concours la question suivante : « Indiquer les meilleures dispositions à donner à une crèche, présenter les plans, décrire le mobilier et l'organisation intérieure et médicale. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, franco de port, à M. le docteur G. Sous, 53, rue des Trois-Conils, à Bordeaux, jusqu'au 28 février 1898, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Denis (de Fougères), Durieu (de Bourdeille), Picard (de Nantes) et Terrion (de Corrèze).

— M. le docteur du Castel reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 27 février, et les continuera le samedi de chaque semaine. A une heure et demie, consultation externe. Après la consultation, conférence clinique dans la salle des conférences.

— *Le Micrographe préparateur*, dirigé par M. J. Tempère, est devenu, depuis le commencement de 1896, une revue internationale de tous les travaux et de toutes les études microscopiques d'un intérêt général, tout en restant l'excellent journal qu'il continue à être, toujours plein de renseignements utiles et de travaux originaux.

Le quatrième volume (1896) contient, entre autres, une monographie des Desmidiées de France, avec figures coloriées, absolument inédites et d'un grand intérêt.

La direction commence, avec le n° 1 du cinquième volume, la monographie des Diatomées de France, par M. M. Peragallo. Les planches, très soignées et tirées en phototypie, seront adressées comme prime à tous les abonnés du journal. Nous n'insisterons pas sur l'importance de cette publication, la première en France qui ait été tentée dans cet ordre d'idées.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les ligatures apophysaires (contribution à la thérapeutique des déviations vertébrales).

Par A. CHIPAULT,
Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

Depuis trois ans et demi, j'ai tenté de modifier la thérapeutique des déviations vertébrales de diverse nature, dans le même sens où venait d'être modifiée la thérapeutique des déviations osseuses ou articulaires des membres. Mon but a donc été double :

1° *Substituer à la réduction lente de la déviation sa réduction extemporanée.*

2° *Assurer l'immobilité de la colonne vertébrale, réduite en bonne position, non seulement par la fixation du malade sur un appareil orthopédique choisi, mais encore en faisant précéder cette fixation d'une fixation opératoire réalisée à l'aide du laçage au fil d'argent des apophyses épineuses correspondant à la partie lésée.*

I

Sauf quelques tentatives américaines faites toutes dans des traumatismes, au hasard, sans idées d'ensemble, tentatives sur lesquelles nous reviendrons à l'occasion et dont j'ai fait le résumé complet dans l'année 1895 de mes *Travaux de neurologie chirurgicale* (p. 222-233), cette orientation nouvelle de la thérapeutique des déviations vertébrales m'appartient tout entière : sans contestation possible, je crois, car mes tentatives et leurs résultats ont été, à plusieurs reprises, déjà publiées : De l'orthopédie vertébrale opératoire (*Méd. moderne*, 1895); Un traitement nouveau du mal de Pott, les ligatures apophysaires (*Méd. moderne*, 22 juillet 1896); La cyphose infantile, un cas traité par les ligatures apophysaires (*Méd. moderne*, 16 sept. 1896); Les ligatures apophysaires, contribution à l'orthopédie opératoire (Congr. de chir., oct. 1896); Du traitement des gibbosités pottiques (*Méd. moderne*, 30 déc. 1896); Du traitement des gibbosités de diverses origines par les ligatures apophysaires, présentation de malades, dont deux opérés et guéris depuis trois ans et demi (Acad. de méd., 19 janv. 1897).

Le moment me semble venu de réunir les documents dispersés dans ces travaux antérieurs et d'en tirer des conclusions d'ensemble relatives à l'extension actuelle et aux limites probables de l'orthopédie vertébrale opératoire.

Pour y réussir, je passerai successivement en revue la technique opératoire qu'il faut employer pour la mettre en pratique, puis les applications diverses dont elle a paru jusqu'à présent susceptible.

II

L'ESSENCE DE LA MÉTHODE CONSISTE DANS LA FIXATION EN BONNE POSITION DES VERTÈBRES CORRESPONDANT A LA GIBBOSITÉ RÉDUITE PAR DES LIGATURES AU FIL D'ARGENT DES APOPHYSES ÉPINEUSES.

Il s'agit, en somme, d'un véritable « laçage chirurgical » de la colonne vertébrale.

« C'est là, disais-je au Congrès de chirurgie de 1896, une opération d'une simplicité absolue et sans aucun danger.

Décrivons-la tout d'abord, en admettant que nous ayons affaire à une déviation vertébrale à angle postérieur, à une déviation cyphotique.

Le malade, endormi au chloroforme, étant placé sur le ventre, aux trois quarts de pronation, le dos tourné vers l'opérateur, une incision longitudinale est faite sur la ligne médiane, dépassant de deux ou trois vertèbres au moins, en haut et en bas, les limites extrêmes de la gibbosité; sans toucher aux ligaments interépineux, la crête apophysaire est rapidement dénudée à droite et à gauche, puis deux écarteurs larges et peu profonds, recourbés à leurs extrémités, ramassant les muscles des gouttières vertébrales, sont placés l'un à droite, l'autre à gauche. La face postérieure du rachis étant ainsi mise à nu sur l'étendue nécessaire, l'opérateur, par pression directe sur la colonne vertébrale, et deux aides, l'un par traction axillaire, l'autre par traction sur les membres inférieurs, réduisent la gibbosité. La réduction plus ou moins obtenue, un fil d'argent, de grosseur variable suivant les cas, est passé à travers le ligament interépineux sus-jacent à l'apophyse la plus haute que l'on veuille fixer, au ras du bord supérieur de cette apophyse, et le plus près possible de sa base, puis coupé, de manière que dépasse, de chaque côté de la perforation, une longueur de fil double de la longueur de la plaie. C'est avec ces deux longueurs qu'il va falloir faire les ligatures apophysaires; il suffit, pour y réussir, de passer les

deux fils dans l'espace interapophysaire sous-jacent à celui qui a été traversé, puis dans chacun des suivants, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au-dessous de la dernière apophyse découverte, sous laquelle on tord solidement les deux fils en enroulant leurs extrémités. Il est essentiel, au cours de ces manœuvres, de passer les fils dans chaque espace au ras du bord inférieur de l'apophyse sus-jacente, de façon à pouvoir, à mesure qu'on avance, tendre et maintenir en extension, sur ce point d'appui solide, la partie supérieure du rachis et ne point passer à une boucle nouvelle avant que la solidité et la valeur orthopédique de la boucle précédente ne soient bien assurées.

L'opération, telle que nous venons de la décrire, ne peut rencontrer que des difficultés insignifiantes, mais qu'il faut prévoir, et qui tiennent toutes à des dispositions anormales des apophyses épineuses.

a. Les apophyses peuvent se couper sous le fil d'argent : on fera alors la ligature à l'aide de grosse soie plate; je l'avais employée sans nécessité chez le premier de mes opérés, un adulte opéré pour fracture; j'ai été récemment obligé, pour la raison que je viens d'indiquer, de l'utiliser chez un garçonnet de quatre ans et demi, atteint de cyphose rachitique.

b. Les apophyses correspondant à la gibbosité peuvent être bifides, particularité qui, tout en rendant la fixation des fils particulièrement facile, pourrait gêner la dénudation de la crête apophysaire si l'on n'y songeait point : j'ai noté cette bifidité dans un cas de ligature pour cyphose pottique. Mes recherches cliniques me portent à la considérer comme assez fréquente au niveau des gibbosités de cette nature lorsqu'elles sont depuis longtemps immobilisées en gouttière.

c. Les apophyses correspondant à la gibbosité peuvent être soudées l'une à l'autre. Si cette circonstance, sur la fréquence et l'intérêt de laquelle nous aurons à revenir au cours de notre étude, se rencontrait, il faudrait, pour placer les ligatures, forer un orifice à travers la crête osseuse ainsi produite : j'ai fait construire dans ce but, par M. Collin, un perforateur dont la mèche agit perpendiculairement au manche et qui supprimerait l'inconvénient opératoire pouvant résulter de cette petite anomalie.

Telle est l'opération et ses incidents possibles lorsqu'il s'agit d'une déviation vertébrale à angle postérieur, d'une déviation cyphotique.

Lorsqu'il s'agit d'une déviation en partie ou en totalité latérale, d'une cypho-scoliose ou d'une scoliose, les ligatures des apophyses épineuses suffisent encore pour assurer la contention du rachis, à l'exclusion d'autres ligatures vertébrales possibles, mais beaucoup plus difficiles, et cela par deux simples modifications de détail.

1. La première, c'est de faire réduire la déviation vertébrale, non seulement par des tractions suivant l'axe du rachis, mais encore par des pesées perpendiculaires à cet axe, pesées refoulant le sommet de la courbure latérale.

2. La seconde, c'est, après avoir pratiqué les croisés ordinaires sur la ligne apophysaire, de faire remonter l'un des fils le long de la crête, du côté qui tend à redevenir convexe, et de le fixer bien tendu à la première boucle. »

On le voit, dans n'importe quel cas, rien n'est plus simple, plus facile et moins exempt de dangers chirurgicaux que la pratique de l'orthopédie vertébrale opératoire.

Le maximum de durée d'une intervention bien conduite est de quinze à vingt minutes.

Quoi qu'il en soit, je termine, dans tous les cas, l'opération par la fermeture, sans drain, de la plaie à l'aide de sutures au catgut : leur résorption enlevant tout souci relativement à la date du pansement qu'il est dès lors possible de reculer à plusieurs semaines, au besoin à plusieurs mois.

En effet, l'acte opératoire ne constitue, cela va de soi, qu'un des temps de l'intervention : temps que je juge essentiel, mais qui doit être suivi d'une *immobilisation rigoureuse du malade opéré*, immobilisation dont la durée variera nécessairement avec la nature de l'affection traitée, et pour laquelle je me sers, le plus souvent, d'une simple planche dans laquelle ont été forés des orifices disposés deux par deux sous les aisselles, au-dessus des hanches, au-dessus et au-dessous des genoux, pour fixer le malade à l'aide de sangles, et un orifice plus large et garni d'un rond de caoutchouc pour permettre la défécation : la disposition des orifices doit donc varier d'un malade à l'autre, chaque planche n'étant utilisable que pour un seul, ce que la modicité extrême de son prix de revient et la longue durée de la contention dans tous les cas rendent assez indifférent, même à l'hôpital.

Un mot encore : ces ligatures apophysaires que je viens de décrire, si, plusieurs années après leur application, alors que l'on devra supposer définitivement guérie l'affection osseuse contre laquelle on les avait dirigées, elles paraissent entraver localement le développement de la mobilité du rachis, rien ne serait plus facile que de les enlever, c'est-à-dire de faire, au lieu de ligatures apophysaires définitives, des *ligatures apophysaires temporaires à longue échéance* : je n'ai jamais eu l'occasion de recourir à cette modification secondaire de ma technique.

III

Ces préliminaires opératoires posés, nous allons passer en revue les diverses tentatives qu'a suscitées cette méthode, et essayer d'en tirer, au point de vue thérapeutique, quelques conclusions précises.

IV

Les DÉVIATIONS DU RACHIS D'ORIGINE TRAUMATIQUE ont provoqué neuf tentatives de ligatures apophysaires.

Ces tentatives me paraissent devoir être classées en deux groupes : dans le premier, la ligature apophysaire a été le simple complément d'une résection plus ou moins étendue de la paroi postérieure du rachis, avec ou sans manœuvres intrarachidiennes; dans le second groupe, la ligature a été précédée d'une réduction du déplacement vertébral.

En réalité, les faits de ce second groupe sont les seuls qui rentrent pleinement dans mon étude actuelle : je crois toutefois intéressant de rapporter ici les uns et les autres.

Les faits où les ligatures apophysaires ont été précédées d'une ouverture du canal sont les suivants :

a. Le premier en date, qui m'appartient, est relatif à un jeune homme, aujourd'hui âgé de vingt-cinq ans, et chez qui, il y a trois ans et demi, en mars 1893, une fracture de la onzième vertèbre dorsale avait été suivie de paraplégie sensitivo-motrice à type radiculaire. Onze jours après l'accident, je fis une lamnectomie portant sur trois arcs, et qui fut suivie de l'ablation d'esquilles compressives pénétrées dans le canal. Je terminai l'opération par la ligature à la soie plate des apophyses épineuses sus et sous-jacentes; la guérison fut

parfaite; depuis deux ans et demi, le malade n'a plus d'autre symptôme de sa paraplégie qu'une légère susceptibilité au froid de son membre inférieur gauche. La souplesse de ses mouvements lombaires est parfaite, pour l'extension et la flexion. Il n'y a pas la moindre trace de gibbosité, et, mieux encore, la région vertébrale lésée a si parfaitement repris son aspect habituel que l'opéré, un garçon bien musclé, pouvait, sans aucune exagération, servir de modèle dans un atelier.

b. Plus récemment, en 1895, une intervention analogue a été pratiquée par J. W. M. Barclay, et décrite par lui devant l'Association médicale britannique. Ce chirurgien, ayant constaté, chez un jeune homme dont l'accident datait de neuf heures seulement, une dépression au niveau de la douzième apophyse dorsale, avec, de chaque côté, une saillie osseuse considérable, et, comme phénomènes fonctionnels, une paraplégie motrice complète et de l'anesthésie jusqu'au milieu des cuisses, pensa qu'il s'agissait d'un enfoncement d'arc et entreprit une lamnectomie; celle-ci faite, il reconnut qu'il se trouvait en présence d'une luxation en avant et en bas de la douzième vertèbre dorsale sur la première lombaire, avec fracture de l'apophyse transverse de la deuxième dorsale : il se décida dès lors à réduire le déplacement et à maintenir la réduction en ligaturant les apophyses épineuses sus et sous-jacentes. Ajoutons qu'il n'y eut aucune amélioration fonctionnelle et que le patient finit par succomber.

Les faits où les ligatures apophysaires n'ont pas été précédées d'ouverture du canal rachidien, mais seulement de la réduction de la déviation existante, c'est-à-dire les faits où l'intervention a été purement et simplement une intervention orthopédique, sont un peu plus nombreux.

Trois de ces faits sont relatifs à des luxations cervicales, dont deux luxations cervicales banales, et une luxation cervicale d'un genre tout à fait exceptionnel, une luxation cervicale ballante.

a. Les deux ligatures pour luxation cervicale banale ont été suivies d'insuccès.

α. Dans le plus ancien de ces cas, dû à Hadra (1891), l'insuccès a été secondaire et a eu pour cause la suppuration de la plaie et l'ablation de la ligature. A la suite d'une chute sur la nuque, un homme, âgé de trente-six ans, s'était luxé la sixième cervicale en avant et à droite. Après réduction, une minerve avait été appliquée, mais s'était rompue au bout de quelques jours, le déplacement s'était alors reproduit, et en même temps qu'une monoplégie braciale droite, étaient survenus des accidents vésico-rectaux qui, malgré l'application d'un nouvel appareil plâtré, s'étaient aggravés progressivement; c'est alors que Hadra, après réduction du déplacement reproduit, réunit par une ligature en 8 au fil d'argent les sixième et septième apophyses épineuses et fixa le cou dans un nouvel appareil immobilisateur. Lorsque celui-ci fut enlevé, la neuvième semaine, on constata que la plaie avait suppuré : la ligature, qui s'était relâchée, dut être remplacée; mais la nouvelle ligature dut être, elle aussi, enlevée à son tour. Les accidents parétiques qui, jusqu'à cette ablation, s'étaient progressivement atténués, se reproduisirent à nouveau, et cette fois définitivement.

β. Dans la seconde intervention pour luxation cervicale ordinaire, qui m'est personnelle (1896), l'insuccès a été dû à la persistance, après la réduction de la fracture-luxation, qui siégeait au niveau de la sixième cervicale, et la ligature des apophyses épineuses, des accidents radiculo-médullaires préexistants : paralysie sensitivo-motrice des quatre membres et du tronc, qui entraîna la mort en huit jours par gêne respiratoire et infection pulmonaire consécutive.

b. La ligature pour luxation cervicale ballante a été, au contraire, suivie d'un résultat complet, qui dure aujourd'hui depuis près de quatre ans, et dont j'ai pu faire constater la perfection au Congrès de chirurgie de 1895 et, tout récemment, à l'Académie de médecine. Je résumais ainsi devant celle-ci l'histoire de mon opéré :

« En juillet 1892, le jeune homme que je vous présente se fit, en tombant d'un arbre, une luxation cervicale immédiatement suivie d'accidents sensitivo-moteurs graves, qui se localisèrent bientôt au membre supérieur gauche, sans dès lors continuer à s'améliorer. Je le vis un an après son accident, dans le service de mon père, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Il était porteur d'une luxation en avant et à droite de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième, luxation appréciable par le palper de la nuque et le toucher buccal, ainsi que d'accidents paralytiques et hyperesthésiques localisés au territoire des cinquième et sixième racines cervicales du côté gauche, c'est-à-dire du côté opposé au déplacement osseux; ils étaient donc dus, sans aucun doute, à l'élongation de ces deux racines. Mais, détail singulier, luxation et accidents sensitivo-moteurs étaient à peine appréciables dans le décubitus dorsal, pour apparaître lorsque le malade se levait et s'aggraver tant qu'il restait debout. La luxation, fait au moins rare, était une luxation ballante. En présence de l'insuccès des minerves jusqu'alors appliquées et de l'inactivité complète à laquelle était réduit le malade, je résolus de lui fixer en bonne position les apophyses des vertèbres déplacées et des vertèbres sus et sous-jacentes, ce qui fut fait le 28 juillet 1893, à l'aide d'une ligature en 8 de chiffre, s'enroulant autour de l'apophyse troisième cervicale, puis s'appuyant fortement sur le côté gauche de la quatrième apophyse épineuse, et venant enrouler sa partie terminale autour de la cinquième. L'opéré fut ensuite immobilisé pendant un mois dans une minerve plâtrée; depuis qu'il en est sorti, il est parfaitement et totalement guéri, d'abord au point de vue esthétique, ainsi qu'on peut en juger par la comparaison des photographies pré et post-opératoires, ensuite au point de vue fonctionnel : il est serrurier de charpente, et fait, des journées entières, de la bicyclette. »

Deux autres ligatures apophysaires précédées simplement de réduction du déplacement, ont été pratiquées dans des cas de fracture vertébrale.

a. L'un est dû à Lane et a été publié par lui en 1892; le résultat fut nul, la ligature, qui provoquait de la suppuration, ayant dû être enlevée. Le blessé, un garçon de dix-huit ans, présentait, à la suite de la chute d'un corps lourd sur le dos, une gibbosité dorsale inférieure, de la paraplégie et de vives douleurs dans les membres inférieurs. Dix heures après l'accident, Lane fit au niveau de la lésion une incision longitudinale, réséqua les apophyses articulaires déplacées en arrière de la onzième dorsale, puis par extension et contre-extension, aidées de tractions directes sur l'apophyse épineuse de la même vertèbre, réduisit, non sans peine, le déplacement qui se reproduisit presque aussitôt : il imagina alors de ligaturer au fil d'argent les neuvième, dixième, onzième et douzième apophyses épineuses dorsales. L'immobilisation ainsi obtenue fut des plus satisfaisantes : huit jours plus tard, l'opéré ne souffrait plus et pouvait mouvoir ses jambes. Malheureusement, vers la fin de la seconde se-

maine, on enleva la ligature qui déterminait un peu de suppuration; dans une crise d'agitation, le déplacement se reproduisit et il survint, sans doute par écrasement de la moelle, une paraplégie totale et cette fois définitive : il est fort probable que si la ligature avait pu tenir, cet accident ne serait pas survenu.

b. Un second fait m'est personnel, et, je le dis de suite, a été plus heureux. Il est relatif à un paysan de soixante-cinq ans qui, étant tombé par terre, d'une hauteur de 2m50 environ, à travers le plancher de son grenier, se fit une fracture dorsale moyenne avec troubles sensitifs limités à la région génito-fessière, et gibbosité. Sous chloroforme, celle-ci fut réduite et les trois apophyses épineuses correspondantes ligaturées, au fil d'argent. Trente-cinq jours plus tard, mon opéré se levait et faisait un tour dans son jardin. Aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois après l'accident, il a repris son train de vie habituel, assez restreint du reste, on le conçoit, étant donné son âge et sa position sociale.

En somme, on a pratiqué jusqu'à présent sept fois les ligatures apophysaires contre des déviations traumatiques du rachis : assez embarrassé pour tirer de ces faits trop peu nombreux des conclusions générales, je me contenterai de dire :

1. *Les ligatures apophysaires, dans les déviations traumatiques du rachis, ne sont applicables que lorsque la déviation est réductible sous chloroforme, sans fracturer à nouveau le foyer osseux traumatisé.*

2. *Parmi ces cas à déviation réductible, il est difficile de faire le départ de ceux où les ligatures apophysaires sont particulièrement susceptibles de donner de bons résultats*; elles me semblent capables d'en donner de tels, précédées d'une lamnectomie, dans certaines fractures, et précédées d'une réduction, dans certaines luxations. Mais il faut ajouter que, jusqu'à présent, les cas où elles ont été parfaitement satisfaisantes ont été presque toujours des cas de traumatisme vertébral à caractère exceptionnel : par exemple mon cas de luxation cervicale ballante; par exemple encore, mon cas de fracture dorsale moyenne sans lésion médullaire.

Les très rares faits où la fixation de colonnes vertébrales traumatisées a été tentée par des *succédanés opératoires des ligatures apophysaires* ne font que confirmer les conclusions qui précèdent.

Ces faits sont au nombre de quatre.

Dans deux d'entre eux, il s'agissait de traumatismes portant sur la région lombaire du rachis.

a. Une fois l'intervention, faite par Wilkins (1888), a consisté dans une ligature, non des apophyses épineuses, mais des pédicules : il s'agissait d'une luxation lombaire par traumatisme obstétrical chez un nouveau-né de sexe masculin, luxation qui provoquait une gibbosité dorso-lombaire avec paraplégie; on trouva une séparation complète des vertèbres douzième dorsale et première lombaire, qui furent remises en place et fixées par une ligature pédiculaire en 8 de chiffre. La guérison opératoire et fonctionnelle suivit cette intervention.

b. Une autre fois, l'intervention pratiquée a été la suture des apophyses épineuses : elle appartient à Church et Eisendrath, qui, chez un homme de trente et un ans, présentant, à la suite d'une flexion forcée du rachis, une gibbosité dorsale inférieure et une paraplégie sensitivo-motrice complète, intervinrent sept heures après l'accident. Ils trouvèrent un déplacement à la jonction des dixième et onzième vertèbres dorsales, avec fracture des apophyses articulaires correspondantes : celles-ci furent enlevées par fragments, et le doigt introduit par l'orifice ainsi créé dans le canal rachidien, d'où fut extrait un volumineux caillot; un autre caillot, qui se trouvait sur la partie antéro-latérale du corps de la vertèbre, fut également extrait et le déplacement étant réduit par flexion puis extension, les dixième et onzième apophyses épineuses suturées à l'aide d'un fort fil d'argent passé à travers leur base. L'opéré fut immobilisé dans un corset plâtré (remplacé pour diverses raisons à plusieurs reprises) pendant trois mois. A ce moment, après une amélioration dont les phases avaient été des plus lentes, il pouvait se promener dans une chaise roulante. Bientôt deux, puis une seule canne lui suffirent, et, lorsque l'observation fut publiée, quatorze mois après l'intervention, il pouvait marcher sans aide; son rachis ne présentait ni déformation ni mobilité anormale.

Il me semble évident que, dans ces deux cas, le résultat eût été aussi satisfaisant si le chirurgien eût employé les ligatures apophysaires pures et simples, au lieu des procédés un peu différents et plus compliqués que nous avons signalés.

Au contraire, dans les faits qui suivent, c'est par nécessité qu'à la technique habituelle a été faite une modification importante : *il s'agissait, en effet, de fractures transversales du sacrum; or, au niveau des vertèbres sacrées, les apophyses épineuses sont trop peu développées pour qu'on puisse les prendre comme point de repère des ligatures; il est donc nécessaire de substituer à ces ligatures de véritables sutures osseuses.*

C'est à Gaudier qu'est due cette intéressante application de l'orthopédie vertébrale opératoire.

Voici comment il en décrit la technique, dans la thèse de son élève Briche (Lille 1896) : « Incision de la peau et des tissus sous-jacents jusqu'à l'os. L'incision cruciale au niveau du siège de la fracture est préférable. Nettoyer le foyer, sang, esquilles, débris de toutes sortes, si la fracture est ouverte (se servir avec fruit du savonnage et du brossage des fragments). Réduction : un aide introduisant le doigt dans le rectum refoulera le fragment inférieur doucement, de haut en bas et d'avant en arrière, aidé par l'opérateur qui, saisissant le fragment dans la plaie avec un davier, aidera à la réduction. Si les bouts des fragments sont trop anguleux, ne pas hésiter à les régulariser avec la pince coupante de Nélaton ou une cisaille (éviter, dans ce temps, de blesser l'artère sacrée moyenne ou les nerfs s'ils ont été respectés). Perforer les os au niveau de leur face postérieure et passer les fils (trois en moyenne); serrer, lier solidement, drainer en avant de l'os. Réunir les parties molles et la peau. Ajoutons qu'il peut être utile de faire, au début de l'opération, la dilatation de l'anus pour éviter que les contractions du sphincter ne retentissent sur le coccyx; ceci permettrait aussi de ne pas constiper le malade en produisant l'incontinence des matières. »

Les deux malades traités par cette technique ont bénéficié d'une guérison parfaite.

Chez l'un et l'autre, du reste, la fracture transversale du sacrum ne s'accompagnait que de lésions très légères de la queue de cheval.

a. Le plus anciennement opéré des deux l'a été par Gaudier. Il s'agissait d'un adulte homme, chez lequel la cause de l'accident avait été un coup de pied de cheval sur le sacrum, suivi, sans perte de connaissance, d'une faiblesse notable des membres inférieurs, avec fourmillements dans le mollet qui s'accentuaient à chaque mouvement du

malade, et rétention d'urine. Le déplacement était considérable et la réduction s'obtenait assez facilement, mais ne pouvait être maintenue. « Or, fait remarquable, après réduction, le léger engourdissement des membres disparaissait, pour reparaître ensuite. Il y avait là une indication précise. Par une incision sacrée, médiane, avec une incision transversale, on arriva sur le foyer de la fracture qui était maintenue réduite par le doigt d'un aide placé dans le rectum. Après avoir enlevé quelques esquilles à la pince-gouge, on passa deux fils d'argent, dans la face postérieure de l'os, qui maintenaient, une fois serrés, les deux fragments en contact aussi exact que possible : on sutura ensuite tous les tissus fibreux de manière à réunir encore plus exactement les deux fragments et on réunit la peau au crin de Florence, avec des petits drains dans l'angle inférieur. Le malade guérit très bien sans complication aucune. Au bout de trois jours, la vessie et le rectum refonctionnèrent naturellement et le premier pansement fut levé au bout de deux jours. Le malade fut constipé dans les premiers jours de l'opération, pour éviter de souiller le pansement; il resta couché sur le côté pendant plus d'un mois. Il se leva et put marcher et s'asseoir sans aucune douleur. Il y a un cal peu volumineux au niveau du point où siégeait autrefois le trait de la fracture. »

b. La seconde observation de même ordre, qui nous appartient, est tout à fait analogue. Elle se distingue toutefois de la précédente, au point de vue symptomatique, par l'absence de tout symptôme nerveux, sauf la rétention d'urine, et, au point de vue opératoire, par la fixation du sacrum à l'aide de sutures au fil d'argent et non au crin de Florence. Malgré les conditions tout à fait défectueuses dans lesquelles fut faite l'intervention, le résultat en a été et est encore très satisfaisant à tous les points de vue.

V

Les DÉVIATIONS DU RACHIS DE NATURE ORTHOPÉDIQUE ont provoqué un nombre d'interventions à peine plus élevé que celui des interventions pour déviations traumatiques que nous venons de décrire : il nous semble toutefois qu'elles sont susceptibles d'en provoquer de bien plus nombreuses et que là sera, dans l'avenir, le domaine le plus étendu de l'orthopédie vertébrale opératoire.

Elle a été utilisée jusqu'à présent dans un cas d'arthrite rhumatismale des vertèbres cervicales, dans un cas de scoliose, dans un cas de cyphose et dans huit cas de tuberculose vertébrale.

VI

Deux de ces interventions n'ont été suivies d'aucun bénéfice : celle pour *arthrite rhumatismale des vertèbres cervicales avec torticolis*, et celle pour *scoliose*.

a. Dans le premier de ces deux cas, l'insuccès a été dû à la suppuration tardive de la plaie, provoquée par de l'érythème de la nuque, suppuration qui nécessita l'ablation de la ligature, qui avait porté sur les apophyses épineuses des vertèbres cervicales moyennes : ce fâcheux contre-temps a suscité la reproduction du torticolis et la grande gêne qu'apporte la plaie de la nuque à l'application d'une minerve me fait craindre que la tête de ma petite malade ne se fixe en fausse position : l'intervention a été, ici, en somme, plus nuisible qu'utile. Je n'hésiterais cependant pas, dans un cas analogue, à agir de même, car l'insuccès a été dû, on l'a vu, à une circonstance tout à fait accidentelle, et les torticolis par arthrite vertébrale sont trop difficiles à maintenir en bonne position par les minerves simples pour qu'on soit autorisé à y renoncer à un moyen de contention aussi précieux et aussi simple que les ligatures apophysaires.

Je suis même convaincu que, dans la plupart des cas de rhumatisme cervico-dorsal de l'adulte, les ligatures permettront, à condition d'être faites à temps, d'éviter l'ankylose du rachis dans les positions déplorables où se trouvent si vite immobilisés les malades qui souffrent de cette affection, jusqu'à présent rebelle à toute thérapeutique.

b. Mon second insuccès est relatif à un cas de scoliose de forme grave et d'évolution rapide, chez un enfant de cinq ans, dont la déviation vertébrale ne put être que très incomplètement réduite sous chloroforme. Je ne crois pas qu'on puisse tirer de ce fait unique des conclusions générales contre l'emploi des ligatures apophysaires dans les scolioses : mais leurs applications y seront sans doute toujours assez restreintes. Il est, en effet, d'innombrables scolioses qui, traitées avec sollicitude par les corsets et la gymnastique appropriés, guérissent sans la moindre difformité : dans celles-ci, un acte opératoire, si insignfiant soit-il, serait tout à fait déplacé. Mais il est d'autres scolioses dont l'évolution rapide et grave n'est en rien arrêtée par les moyens ordinaires; sans doute, les ligatures apophysaires pourront y jouer un rôle important à condition de les faire intervenir dans leur thérapeutique à une étape précoce, lorsque la déviation est encore réductible et non à la phase tardive et irréductible où en était arrivé mon petit malade.

VII

Les considérations que je viens d'exposer, relativement au traitement de la scoliose, sont pleinement applicables à une affection moins connue et assez commune, la *cyphose rachitique* infantile, dont j'ai observé plusieurs faits qui vont me permettre de préciser les cas où la thérapeutique de cette affection me paraît devoir rester uniquement orthopédique, et ceux où elle me semble avoir le droit de devenir opératoire.

a. Les premiers sont ceux à forme bénigne, qui sont les plus communs. Les exercices musculaires, la réduction orthopédique de la déviation joints à l'hygiène particulière essentielle chez les rachitiques, donnent alors des résultats excellents. Tel était un de mes malades, garçon de six ans, qui présentait une cyphose lombaire, très accentuée dans la position assise, complètement réduite lorsqu'il était étendu, ou même lorsqu'il était debout bien soutenu; qui ne présentait d'autres traces de rachitisme qu'une laxité excessive du genou droit et une tête anormalement grosse, qui se trouvait, enfin, dans un milieu suffisamment hygiénique. J'ai obtenu chez lui, par le massage et la gymnastique lombaire, un résultat parfait. Je l'avais noté, il y a un an et demi, au cours d'un article publié avec la collaboration de mon collègue et ami Daleuie dans la *Revue* de M. Kirmisson. Le résultat s'est maintenu ; j'ai revu l'enfant il y a huit mois : il est parfaitement droit et ne présente plus la moindre trace de sa cyphose.

b. Il est malheureusement d'autres cas de cyphose rachitique infantile qui sont loin de présenter cette docilité thérapeutique. Pour une raison ou pour une autre, mauvais

milieu hygiénique, mauvais vouloir des parents, mauvaise forme du rachitisme, l'affection, malgré tous les soins, ne s'améliore pas ou, pis encore, s'aggrave pour aboutir à une cyphose irréductible ou se transformer en cypho-scoliose, qui ne tarde pas, à son tour, à devenir irréductible, ainsi que je l'ai observé chez une fillette dont les parents, d'une inertie vraiment incroyable, s'opposèrent à tout traitement rationnel et suivi.

Dans les cas de ce genre les ligatures apophysaires peuvent certainement apporter un précieux appoint aux moyens habituellement utilisés, à condition, bien entendu, de les appliquer avant que la déviation des vertèbres ne soit devenue irréductible.

C'est ce que j'ai pu faire dans un cas où le résultat obtenu a été immédiatement et durablement parfait.

Je vis pour la première fois ce malade, en août 1895, date à laquelle on me l'amenait pour une incurvation du tibia que j'ostéotomisai sans peine, et qui, après l'immobilisation habituelle dans un appareil plâtré, se trouva en position tout à fait satisfaisante : l'enfant, alors âgé de quatre ans, était fils d'une mère rachitique, dont la grossesse et l'accouchement avaient été très difficiles, et était rachitique lui-même, présentant de cette diathèse, outre la déviation tibiale que je viens de noter, le chapelet costal, des nouures articulaires et une déformation très marquée de la tête. Quatre mois après l'opération tibiale, trois mois après l'ablation de l'appareil plâtré, on me le ramenait : il ne voulait pas ou presque pas marcher. Sans doute, le résultat de mon ostéotomie, de bon qu'il était d'abord, était devenu médiocre, mais l'enfant ne souffrait pas à ce niveau, et la déformation tibiale existante, beaucoup moindre que celle de jadis, n'était certainement pour rien dans la gêne de la marche qui s'accentuait de jour en jour; la cause me parut en être dans un degré assez marqué de cyphose lombaire, dont la mère s'était aperçue depuis quelques semaines seulement, et qui, parfaitement réductible, n'existait que dans la station assise. J'ordonnai un corset, des massages et des mouvements provoqués de flexion et d'extension de la région lombaire, toute gymnastique volontaire étant impossible à cause de l'âge de l'enfant et de son intelligence médiocre. Un mois plus tard, en janvier 1896, on me le ramena : le corset n'avait pas été mis, et, malgré les assurances qu'on me fit, mes autres conseils, sans doute, n'avaient pas mieux été suivis que celui-ci. Quoi qu'il en soit, la cyphose s'était considérablement étendue et accentuée : elle se montrait maintenant, non seulement dans la station assise, mais dans la station debout, qui paraissait très pénible à l'enfant; la gibbosité était, du reste, réductible et non douloureuse. En présence de cette progression des accidents et de l'insouciance thérapeutique qu'on y opposait, je fis, sans attendre davantage, au petit malade chloroformé et mis sans peine en bonne position vertébrale, la ligature en 8 des apophyses épineuses, depuis la onzième dorsale jusqu'à la première sacrée; je dus, dans le cas particulier, et contrairement à mon habitude, renoncer au fil d'argent qui coupait les apophyses à peine ossifiées, et me contenter de grosse soie plate. L'opération, à cause du retard qui résulta des tâtonnements relatifs à ce détail, dura un peu peu plus que de coutume, trente-cinq minutes en tout. Quoi qu'il en soit, les sutures cutanées faites et le pansement placé, je crus devoir assurer l'immobilisation du rachis par quelques bandes plâtrées. Au bout de neuf jours, j'enlevai le corset sommaire, et, la plaie étant guérie complètement, le reste du pansement; je fis faire devant moi quelques pas à l'enfant qui se tint parfaitement debout, la région lombaire tout à fait droite, seulement un peu étourdi par le séjour au lit qu'il venait de faire. Un autre corset plâtré fut replacé et laissé deux mois, jusqu'à fin mars. A ce moment, l'enfant marchait et courait comme tout enfant de son âge, seulement un peu gêné par ses déformations tibiales. Voyant que ce résultat, tout à fait satisfaisant, avait fait un peu sortir la mère de son apathie, je recommandai à nouveau les massages et la gymnastique. Que le conseil ait été suivi ou non, l'enfant, que j'ai revu à plusieurs reprises, la dernière cinq mois et demi après l'opération, se tient debout et marche parfaitement bien; il n'y a plus trace de cyphose : la colonne vertébrale s'étend et se tord fort bien, elle se fléchit moins bien au niveau de la région lombaire ; celle-ci, lorsque je fais ramasser par terre un objet au petit malade, reste rigide et le mouvement se passe, pour sa presque totalité, dans les hanches ; il n'en résulte, du reste, aucun inconvénient, et dût-il en advenir plus tard, que rien ne serait plus facile, lorsque je pourrai compter sur la vigueur des muscles et la solidité des os de mon opéré, d'aller sectionner ou même enlever les ligatures que je lui ai mises. En attendant, le résultat est, sans contredit, absolument satisfaisant.

Il ne me semble donc pas douteux que les ligatures apophysaires puissent rendre, dans certains cas graves et réductibles de cyphose rachitique, de signalés services.

VIII

Nous allons voir qu'il en est de même dans un certain nombre de cas de cyphose par tuberculose vértébrale, de *cyphoses pottiques*; mais ici encore, et plus même que pour les variétés de déviations vertébrales étudiées par nous jusqu'à présent, une sélection attentive des faits est nécessaire avant d'intervenir.

Pour la mener à bien, je considérerai successivement, ainsi que je l'ai fait dans toutes mes études antérieures à ce sujet, les gibbosités pottiques non ankylosées et les gibbosités pottiques ankylosées.

A. *Gibbosités pottiques non ankylosées.* — Les gibbosités pottiques non ankylosées sont, par définition, les gibbosités dont le travail de cicatrisation osseuse n'est pas encore cliniquement appréciable ; à leur niveau, le rachis est douloureux et faible; le sujet, lorsqu'il est privé de soutiens artificiels, emploie tous les moyens pour soustraire la région au poids de la partie supérieure du corps : il en est qui saisissent, avec une angoisse véritable, tous les objets sur lesquels il leur est possible de s'appuyer.

Cette première espèce doit, à notre point de vue, être successivement envisagée chez l'enfant et chez l'adulte.

a. *Les gibbosités pottiques non ankylosées de l'enfance* constituent l'immense majorité des gibbosités pottiques qu'ont à traiter les chirurgiens et les orthopédistes : il est donc nécessaire de leur consacrer une attention particulière.

Nous allons voir, du reste, qu'elles comprennent des cas où les ligatures apophysaires sont manifestement indiquées et d'autres où leur utilité est douteuse.

1° Les gibbosités pottiques non ankylosées de l'enfance où l'utilité des ligatures apophysaires ne me paraît pas douteuse, sont les gibbosités avec déviation vertébrale à angle aigu, petite ou moyenne, ou bien avec déviation vertébrale formant une convexité allongée, due, pour leur plus grande

part, aux contractures musculaires; en tout cas, complication ni de paralysie, ni d'abcès froid.

Pour ces cas, la technique que j'emploie se présente dans les conditions les plus simples. D'une part, la substitution de la réduction en un temps à la réduction continue y est des plus faciles, la gibbosité se réduisant sans effort et sans bruit sous chloroforme, par traction simple sur les jambes et les bras ou la tête, les pressions directes étant le plus souvent inutiles. D'autre part, la substitution de l'immobilisation par les ligatures apophysaires et les appareils orthopédiques à l'immobilisation par les appareils orthopédiques seuls permet, en procurant deux moyens de contention au lieu d'un, de ne pas encaquer le malade dans un appareil plâtré, et de se contenter, comme appareil, de la planche perforée, si peu coûteuse et si facilement transportable, que nous avons décrite.

J'ai pratiqué jusqu'à ce jour trois interventions dans des cas de ce genre.

a. La plus ancienne date de septembre 1895. Elle est relative à une fillette d'une douzaine d'années qui portait une gibbosité dorsale supérieure angulaire, peu développée, mais très douloureuse, et entraînant une faiblesse extrême du rachis : l'enfant, malgré que les membres inférieurs eussent gardé toute leur force, refusait absolument de se tenir debout, sans être tenue par les épaules ; dès qu'on l'abandonnait, elle se cramponnait au premier objet à sa portée. Il fallait s'attendre, surtout dans les très précaires conditions de milieu où elle se trouvait, aux accidents les plus graves. Aussi pratiquai-je, sans attendre, des ligatures aux fils d'argent qui portèrent sur sept apophyses épineuses, de la septième cervicale à la sixième dorsale : la réduction sous chloroforme de la gibbosité fut, soit dit en passant, très facile. L'opérée fut immobilisée à l'aide de courroies sur une planche perforée, doublée d'un matelas ; quinze jours plus tard, en enlevant son pansement, je la fis se lever, et constatai, bien entendu avec toute la prudence nécessaire, que sa colonne vertébrale avait acquis une solidité toute nouvelle ; l'opérée se tenait droite, sans souffrances et sans chercher d'appui. Immobilisée jusqu'en avril dernier, puis placée dans un corset de Sayre, elle est revenue me voir, au début de juillet 1896, à la Salpêtrière, avec un état général et local absolument parfait.

b. Ma seconde intervention de même ordre fut faite quatre jours après la précédente, dans les derniers jours de septembre 1895. Il s'agissait d'un garçonnet de cinq ans, porteur d'une toute petite gibbosité dorso-lombaire que je réduisis sans difficulté, et fixai par une ligature apophysaire ; j'immobilisai ensuite le malade dans un corset de Sayre, qui me parut suffisant pour le cas particulier. Un mois après l'ablation des fils, je revis l'enfant qui était en excellent état. Puis, je demeurai près d'un an sans en avoir de nouvelles, et c'est, il y a seulement trois semaines, que je recevais, de la mère de l'opéré, une lettre m'assurant de la persistance et de la perfection du résultat obtenu.

c. Ma troisième observation enfin, après s'être présentée sous les auspices les plus favorables, vient d'être interrompue par la mort du malade, trois semaines après l'intervention, d'une méningite tuberculeuse qui évolua en quelques jours, alors que la plaie opératoire était depuis longtemps guérie. C'était un garçonnet de cinq ans, chez qui la gibbosité, très étendue, à convexité régulière, extrêmement douloureuse, accompagnée d'une faiblesse très marquée du rachis, fut réduite et ligaturée sans aucun effort, et sans difficulté ; l'enfant fut fixé sur ma planche habituelle, et c'est après une période de quinze jours, tout a fait satisfaisante, qu'il fut pris des accidents auxquels il succomba. Il avait, du reste, présenté, quelques mois avant l'intervention, des symptômes convulsifs et une irritabilité extraordinaire du caractère, déjà due, sans doute, à une localisation méningée de la tuberculose, dont les accidents que nous venons de noter n'ont été qu'une manifestation nouvelle, trop éloignée, à mon avis, de l'intervention pratiquée pour qu'elle ait pu avoir avec elle de rapport même indirect.

2° Les gibbosités pottiques non ankylosées de l'enfance où l'utilité des ligatures apophysaires est douteuse, appartiennent à deux variétés différentes.

a. La première est constituée par les gibbosités petites ou moyennes, comme celles que nous venons d'étudier, mais compliquées, soit d'un abcès froid volumineux, soit d'accidents radiculo-médullaires.

Une observation personnelle me donne lieu d'espérer que, dans certains de ces cas au moins, la question de l'intervention pourra être résolue par l'affirmative.

Cette observation, ma plus ancienne observation de ligature apophysaire pour mal de Pott, remonte à septembre 1893, et le résultat en est parfait. Mon opéré était un garçonnet de sept ans et demi, de bonne santé générale, qui m'avait été amené par sa mère pour une gibbosité dorsale inférieure datant de quelques semaines, sans abcès froid appréciable, ni accidents médullaires. Il fut immobilisé dans une gouttière de Bonnet et je dois dire que, dans ce cas particulier, l'immobilisation, grâce à la sollicitude des parents et à l'intelligence du petit malade, fut aussi satisfaisante que possible ; malgré ces conditions favorables, les fongosités continuèrent à proliférer et les corps vertébraux à se détruire ; trois mois après le début du traitement survint une légère parésie spasmodique, qui s'apaisa peu à peu, et le septième mois, sous l'influence d'un faux mouvement de l'enfant, la gibbosité s'accentua énormément. Au lieu d'être formée, comme jusqu'alors, par une légère saillie apophysaire, elle dessina une courbe dominée par cinq apophyses, la plus saillante était celle de la dixième dorsale. Ce cas était aussi peu favorable que possible à une intervention directe sur le foyer malade, mode opératoire que j'avais du reste, dès cette époque, à peu près abandonné. D'autre part, les corsets ou les gouttières n'assuraient plus que d'une manière tout à fait précaire l'immobilisation du rachis ; pour l'obtenir, je résolus de ligaturer au fil d'argent, si possible après redressement en bonne position, les apophyses épineuses correspondant aux vertèbres malades. Ce fut fait, sans difficultés particulières, le 27 septembre 1893 ; sous chloroforme, une extension et une contre-extension légères suffirent pour ramener la colonne vertébrale à la rectitude, puis une incision longitudinale tracée un peu à gauche de la ligne apophysaire, de la huitième apophyse dorsale à la première lombaire, me permit de mettre à nu leur face latérale gauche ; à l'aide d'une aiguille courbe, j'entourai d'un fil d'argent, le plus près possible de sa base, chacune des apophyses épineuses, depuis la première lombaire, sous-jacente, autant qu'on pouvait le supposer, à la lésion des corps vertébraux, jusqu'à la huitième dorsale sus-jacente. Les deux extrémités terminales du fil, bien serré sur le trajet de ses divers anneaux, furent fixées par un nœud solide sur la partie latérale gauche de cette

dernière apophyse; enfin les parties molles et la peau furent suturées au catgut. J'avais eu soin d'éviter, le plus possible, pendant ces diverses manœuvres, les ébranlements du rachis et, l'opération terminée, l'enfant fut placé dans une gouttière de Bonnet. Les suites immédiates de l'intervention furent des plus simples et permirent, pendant quatorze mois, une immobilisation complète dans le décubitus dorsal, avec les seuls déplacements nécessités par les soins de propreté; pendant tout ce temps, l'enfant ne souffrit pas. A partir de mai 1894, sa paraplégie, jusque-là restée stationnaire, s'atténua peu à peu : il n'en restait d'autre trace, au mois de novembre 1894, qu'une légère exagération des réflexes rotuliens. En janvier, puis en septembre 1895, j'ai constaté la parfaite rectitude de sa colonne vertébrale. Depuis, il marche, sans la moindre aide, avec un simple corset de toile; il se sent bien solide, fléchit et étend sa colonne vertébrale, comme s'il ne l'avait point ligaturée; j'ai eu l'occasion de faire constater, plusieurs fois, à mes maîtres et à mes collègues, ce résultat véritablement parfait, et qui, je l'espère, restera définitivement tel.

b. La seconde variété de gibbosité pottique non ankylosée de l'enfance, où l'indication de fixer le rachis malade par les ligatures reste pour moi douteuse, est représentée par les faits où la gibbosité très étendue, « en anse de pot, » suivant l'expression consacrée, correspond à une destruction considérable des corps vertébraux : destruction qui est même, il ne faut pas craindre de le dire, toujours plus considérable que ne pourraient le faire croire les dimensions de la gibbosité. Pour réduire complètement celle-ci, il faudrait nécessairement produire un écartement énorme des parois supérieure et inférieure de la caverne tuberculeuse, écartement dont il serait peut-être téméraire d'escompter le remplissage ostéophytique : dans ces cas fâcheux, observés trop tard, il serait peut-être préférable, je crois, de se contenter d'une réduction systématiquement partielle.

C'est ce que j'ai fait, dans un cas récent, chez un garçonnet de huit ans, atteint de mal de Pott dorsal inférieur avec gibbosité considérable, sans abcès froid ni paraplégie : sous chloroforme, la gibbosité fut partiellement réduite; il resta une saillie moindre qu'avant, mais très appréciable, et c'est dans cette position relativement défectueuse que le rachis fut ligaturé. Il en a été très fortifié et l'immobilisation, dans une gouttière de Bonnet, de cet enfant très turbulent et très gâté, rendue plus facile et plus fructueuse.

b. *Les gibbosités pottiques non ankylosées de l'adulte*, que je crois devoir distinguer des gibbosités pottiques non ankylosées de l'enfance pour bien des motifs, sont singulièrement plus réfractaires à toutes les tentatives thérapeutiques et je ne crois pas que les ligatures apophysaires y puissent jamais remplir un rôle bien important. Il s'agit là, en effet, d'une forme particulièrement grave de tuberculose vertébrale, où la gibbosité ne joue qu'un rôle insignifiant et parfois nul, où la sévérité du pronostic est due tout entière aux complications radiculo-médullaires et au mauvais état général du sujet. Ce sont là des malades qu'il faut toucher le moins possible, pas plus pour les redresser que pour attaquer leurs foyers tuberculeux ou ouvrir leurs abcès froids. C'est déjà beaucoup chez eux de faire l'indispensable, c'est-à-dire de les fixer sur le plus simple possible des appareils orthopédiques.

J'ai cru toutefois devoir, dans un cas de ce genre, où les accidents paralytiques, siégeant au niveau des deux membres supérieurs, me paraissaient dus à la compression d'un certain nombre de racines par une tuberculose cervico-dorsale avec cyphose, réduire et ligaturer les apophyses épineuses correspondantes, malgré l'âge avancé du malade : la plaie guérit, l'opéré m'assura, à plusieurs reprises, qu'il soutenait la tête dans la rectitude beaucoup plus aisément qu'autrefois, mais le résultat fonctionnel fut nul et, trois mois plus tard, le malade succombait à une pneumonie, du reste accidentelle, et sans aucun rapport avec l'intervention qui avait été pratiquée.

B. *Gibbosités pottiques ankylosées.* — J'en arrive à la seconde grande classe de gibbosités pottiques, aux gibbosités pottiques ankylosées ou en voie d'ankylose.

Dans deux cas de ce genre, où l'ankylose était complète et où la gibbosité était constituée dans une proportion notable par la saillie des apophyses épineuses, hypertrophiées et recouvertes de bourses séreuses et de peau indurée, j'ai tenté d'atténuer la gibbosité par la résection de ces apophyses, et, pour suppléer au soutien que pouvaient offrir au rachis dévié les ligaments interépineux correspondants, j'ai terminé l'intervention par la ligature au fil d'argent des apophyses sus et sous-jacentes aux apophyses réséquées : dans les deux cas, le résultat a été partiel, mais satisfaisant.

Malheureusement, il s'agit là d'une constitution tout à fait rare de la gibbosité.

La gibbosité pottique ankylosée ordinaire est tout autre; au lieu d'être proéminentes, les apophyses épineuses y sont presque toujours courtes, écrasées, bifides, absolument le contraire de ce qu'elles étaient dans les faits précédents.

Ces gibbosités pottiques ordinaires ne peuvent, logiquement, être réduites que par fracture ou par ostéotomie. Je n'ai jamais osé le tenter; briser à l'aveugle un os tuberculeux, qui est peut-être encore le siège de foyers latents, faire cette manœuvre brutale au voisinage de la moelle déplacée, chez des individus qui ne sont pas seulement gibbeux par leur colonne vertébrale, mais encore par leur aorte, par leurs poumons, par leur thorax, m'a toujours paru dépasser les limites des interventions possibles. Il semble que je me sois trompé. Calot n'a pas hésité à rompre, en pesant sur elles de toutes ses forces, les gibbosités pottiques les plus anciennes et les plus volumineuses; ses tentatives audacieuses ont eu un retentissement tel qu'il me dispense d'y insister.

IX

Je ne saurais terminer cette revue des tentatives de l'orthopédie vertébrale opératoire sans noter les intéressantes recherches de Regnault sur la guérison spontanée des déviations vertébrales, rachitiques ou pottiques, guérison qui se fait par l'ankylose des parties osseuses situées du côté saillant de la gibbosité, c'est-à-dire du côté opposé aux altérations osseuses principales. Ces recherches, ainsi que la description d'une belle pièce de tuberculose vertébrale guérie par ankylose des arcs, et qui nous a été confiée par notre excellent maître, M. Capitan, seront publiées dans la deuxième année de nos *Travaux de neurologie chirurgicale*, actuellement sous presse. On nous pardonnera donc de ne pas insister et de signaler seulement ici la saisissante confirmation anatomique que ces documents apportent à notre méthode opératoire.

X

Cette méthode, méthode des ligatures apophysaires, repose, du reste, aujourd'hui, sur un ensemble imposant d'observations : ce sont ces observations que nous tenions à rapporter, une à une : chacun pourra, dès lors, en les lisant, accepter ou modifier nos conclusions générales qui sont les suivantes :

1° *La substitution de la réduction en un temps sous chloroforme à la réduction lente, et la substitution de l'immobilisation par les ligatures et les appareils orthopédiques à l'immobilisation par les appareils orthopédiques seuls, sont justifiées dans un certain nombre de déviations rachidiennes.*

2° *Ces déviations paraissent être les suivantes :*

a. *Certains cas de gibbosités traumatiques réductibles, c'est-à-dire récentes, ou ballantes, cette dernière variété étant excessivement rare ;*

b. *Bon nombre de cas de gibbosités orthopédiques : — peut-être les torticolis par arthrite rhumatismale et les cyphoses cervico-dorsales par rhumatisme ankylosant à la période réductible — peut-être quelques scolioses graves, mais réductibles — certainement les cyphoses rachitiques qui se trouvent dans les mêmes conditions — certainement les cyphoses pottiques non ankylosées lorsqu'elles sont petites ou moyennes et sans complications — peut-être un certain nombre d'autres cyphoses pottiques non ankylosées.*

LES DÉVIATIONS VERTÉBRALES ANKYLOSÉES, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE, SONT TOUTES, JUSQU'A PLUS AMPLE INFORMÉ, EN DEHORS DU CADRE DE NOTRE MÉTHODE.

THÉRAPEUTIQUE

Gargarisme dans les angines infectieuses.

Liqueur de Van Swieten. } *ââ* 250 grammes.
Eau chloroformée . . . }
Essence de menthe. . . Q. S.

Se gargariser plusieurs fois par jour. (*Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1897. — Présidence de M. DELENS.

DISCUSSION SUR LA CHIRURGIE DU POUMON

M. LEJARS a pratiqué deux fois le décollement pleuro-pariétal pour l'exploration du poumon dans deux cas de gangrène pulmonaire. Le premier malade était un artérioscléreux, entré à Beaujon dans le service de M. Fernet, et présentant les signes classiques de la gangrène pulmonaire: expectoration fétide, matité dans la fosse sous-épineuse droite, râles humides. M. Lejars réséqua les troisième, quatrième et cinquième côtes à ce niveau, put facilement décoller la plèvre en haut et en dedans, puis l'inciser. Il n'eut pas d'alerte respiratoire, car il prit la précaution d'attirer immédiatement le poumon sur les bords de la plaie. En explorant cet organe, il trouva une caverne remplie de matières putrilagineuses, qu'il fixa en dehors et bourra de gaze iodoformée. Le soir, le malade n'eut pas d'élévation de température, mais il succomba le lendemain dans le collapsus par insuffisance rénale. A l'autopsie, on constata que le foyer de gangrène avait bien été ouvert, et était situé à la partie inféro-interne du lobe supérieur droit. Les reins étaient sclérosés.

Dans le second cas, il s'agit d'un malade qui, au déclin d'une broncho-pneumonie infectieuse, fut atteint de gangrène pulmonaire. M. Lejars pratiqua la même opération, mais ne put trouver le foyer de gangrène. L'autopsie montra que celui-ci était placé à la partie supérieure du poumon droit, tandis qu'il avait été cherché à la partie moyenne.

M. ROUTIER rapporte l'observation d'un malade, du service de M. Cuffer, qui présentait des signes de pleurésie purulente. Sur les indications de M. Cuffer, M. Routier fait une incision au niveau de la pointe de l'omoplate, résèque 10 centimètres de la côte qui se trouve à ce niveau et cherche à décoller la plèvre. Éprouvant quelques difficultés, il fait une petite incision, y introduit le doigt et trouve une cavité absolument libre. Il ne se fait pas de pneumothorax. M. Routier touche le poumon dur et peu mobile. Il agrandit l'incision. Il constate alors à la partie inférieure du poumon une zone dure, oblique, jaunâtre, il fait une ponction qui donne issue à du pus horriblement fétide; il fait alors une large incision et tombe dans une énorme cavité d'où sort environ un litre de pus. Il n'y eut aucune complication au cours de l'opération, ni du côté du chloroforme, ni d'aucun autre côté. Le malade a très bien supporté cette intervention. M. Routier a placé trois gros drains dans la cavité de l'abcès, et le malade a bien guéri en conservant seulement une petite fistule.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE RÉNALE

M. ROUTIER rapporte des faits analogues à ceux qu'a communiqués M. Tuffier. Il a observé un certain nombre de cas de tuberculose rénale localisée. Ce sont ces faits qui sont justiciables de l'intervention chirurgicale. M. Tuffier a dit qu'il était intervenu pour répondre à trois indications : la douleur, l'hématurie, l'infection. M. Routier n'a pas eu à intervenir pour le phénomène douleur. Mais il est intervenu plusieurs fois pour combattre l'hématurie. Il cite un premier cas dans lequel il s'agissait d'un malade presque exsangue qui urinait du sang. L'examen cystoscopique montra que le sang venait par l'uretère droit. C'était donc au rein droit qu'il fallait s'attaquer ; M. Routier fit l'incision lombaire du côté droit et pratiqua la néphrectomie. Il s'agissait d'une très minime lésion tuberculeuse qui avait déterminé l'ouverture d'une artère. Ce malade a très bien guéri et est resté guéri. M. Routier a vu deux autres malades atteints d'hématurie, chez lesquels il n'y a pas eu d'intervention. Ils vont jusqu'ici assez bien.

M. Routier a eu l'occasion d'intervenir plusieurs fois dans des cas de tuberculoses rénales suppurées. Dans trois cas, il a pratiqué la néphrotomie, c'est-à-dire l'incision de la poche purulente suivie de lavage. Il s'agissait de malades cachectiques chez lesquels il n'a pas osé faire la néphrectomie d'emblée. Chez une femme, il a dû faire consécutivement une néphrectomie. Chez une autre malade, il a fait une fistule vésico-vaginale qu'il a laissée ouverte pendant un an et qu'il a refermée. La malade va très bien. Chez deux hommes arrivés au dernier degré de la cachexie, il a fait d'abord une néphrotomie, puis une néphrectomie consécutive. L'un de ces malades se meurt en ce moment de granulie aiguë. Dans un troisième cas, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-neuf ans, qui était dans un état d'amaigrissement extrême. M. Routier a ouvert le rein, a donné issue au pus et a drainé. Ce malade s'est bien remis et il avait engraissé ; M. Routier lui a alors proposé la néphrectomie qu'il a refusée. Ce malade est revenu quelque temps après avec de nouveaux abcès. Il y a huit jours, M. Routier lui a pratiqué une néphrectomie secondaire. Il a trouvé deux poches contenant du pus et un gros calcul au niveau du bassinet, ce malade va maintenant très bien.

Chez deux femmes atteintes de tuberculose rénale, il a fait la néphrectomie d'emblée. Ces deux malades ont parfaitement guéri. L'une de ces opérations date de mai 1895, l'autre de juillet 1895.

Il résulte de ces différents faits que l'intervention idéale pour la tuberculose rénale est la néphrectomie.

COMMUNICATION

Fistule vésico-vaginale compliquée. — M. BERGER communique une observation de fistule vésico-vaginale compliquée d'obstruction cicatricielle de la partie supérieure de l'urèthre. Il s'agissait d'une femme qui eut cette fistule à la suite d'un septième accouchement difficile. En explorant l'urèthre, M. Berger vit qu'il y avait une obstruction complète. Il pratiqua une opération complexe, ayant pour but de refaire le canal de l'urèthre et d'oblitérer la fistule. M. Berger donne la description détaillée de cette opération. Il a abandonné les crins de Florence pour les gros fils d'argent très forts qu'il préfère pour ces opérations.

PRÉSENTATIONS

Radiographie. — M. SCHWARTZ présente la radiographie d'un coude atteint de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus et de luxation en avant de la tête du radius. Le diagnostic précis avait été impossible au milieu de la masse osseuse représentée par ces lésions. Ainsi éclairé, M. Schwartz a pu faire la résection et guérir le malade.

Anévrysme inguinal. — M. SCHWARTZ présente, en outre, un anévrysme inguinal qu'il a enlevé avec un plein succès. Au fond de cet anévrysme s'ouvrait la fémorale profonde. Il n'y eut pas de sphacèle.

Trépanation. — M. LEJARS présente un jeune garçon qui, dans un accident de chemin de fer, eut une fracture du crâne. Il n'y avait presque rien extérieurement. Mais il y avait une dilacération profonde de la table interne et une lésion cérébrale. M. Lejars fit la trépanation et nettoya la cavité. Le malade a très bien guéri.

Gelure des mains. — M. NÉLATON présente deux mains momifiées. Ces mains avaient été atteintes de gangrène sèche à la suite de gelure. Il a fallu faire l'amputation des deux avant-bras.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 15 février 1897, M. de Bovis, médecin aide-major de première classe, est placé dans la position hors cadre.

— Un concours pour la nomination à trois places d'internes en médecine s'ouvrira le 18 mars 1897, à neuf heures du matin, à l'hôpital-hospice de Versailles. Par autorisation de M. le vice-recteur de l'Académie de Paris, les élèves de troisième et quatrième années d'études médicales peuvent faire, comme internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine. Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au directeur de l'hôpital, de neuf heures du matin à deux heures du soir.

— Un concours pour la nomination aux places de médecin du traitement à domicile et du service des consultations, s'ouvrira le lundi 5 avril prochain. Le registre d'inscriptions, ouvert, 3, avenue Victoria (bureau du service de secours à domicile), de onze heures à quatre heures, sera clos définitivement le vendredi 3 mars, à quatre heures.

— Le *Bulletin municipal* publie l'arrêté ci-après du préfet de police, organisant le service médical de nuit :

« ARTICLE PREMIER. — Toute personne qui, pendant la nuit, aura besoin de soins médicaux immédiats peut faire requérir au poste de police de son quartier l'assistance d'un médecin.

ART. 2. — Un gardien de la paix chargé de requérir le médecin de service l'accompagnera chez le malade, lui délivrera, à l'issue de la visite, un bon d'honoraires et le ramènera à son domicile.

ART. 3. — Le service de nuit fonctionne de dix heures du soir à sept heures du matin, du 1er octobre au 31 mars, et de onze heures du soir à six heures du matin, du 1er avril au 30 septembre.

ART. 4. — Tout docteur médecin, pourvu d'un diplôme d'une Faculté française, peut, comme les années précédentes, se faire inscrire sur la liste des médecins de nuit du quartier qu'il habite.

Les officiers de santé, précédemment inscrits au service de nuit, sont exceptionnellement admis à participer au service réorganisé.

ART. 5. — Un service d'alternat sera établi dans chaque quartier.

Suivant son importance, deux ou plusieurs médecins seront désignés pour assurer de concert le service de la nuit. Un tableau dressé à cet effet sera affiché dans chaque poste de police et communiqué au personnel médical.

ART. 6. — Les honoraires des médecins et sages-femmes appelés pour les accouchements restent, comme par le passé, fixés à 20 francs par accouchement simple, et 40 francs par accouchement double suivi de délivrance.

Le dérangement pour un accouchement non terminé rentre dans la catégorie des visites ordinaires.

ART. 7. — Les honoraires des médecins pour les visites ordinaires sont réglés ainsi qu'il suit :

Une somme fixe, calculée d'après le nombre moyen des appels constatés dans le quartier pendant les trois dernières années au taux de 10 francs la visite, est allouée annuellement à chaque quartier de Paris.

Cette somme sera répartie, par trimestre, entre les médecins en exercice dans le quartier, au prorata du nombre des visites qui auront été effectuées par chacun d'eux.

ART. 8. — Le remboursement des honoraires payés par le budget municipal aux médecins sera recouvré sur les malades non indigents, à raison de 10 francs par visite simple, de 20 francs par accouchement et de 40 francs par accouchement double, à la diligence de MM. les percepteurs de Paris sur la production de bulletins individuels transmis par le service de la comptabilité. »

— Un arrêt du préfet de la Seine, rendu en exécution d'une délibération du Conseil municipal de Paris, modifie de la manière suivante le tarif des frais de désinfection en cas de maladie contagieuse :

« Pour la désinfection des loges de concierges, chambres de domestiques ou chambres d'ouvriers chez leur patron, lorsque ces loges font partie d'une habitation collective et lorsque lesdites chambres dépendent de locaux dont la valeur mobilière dépasse 800 francs, il ne sera perçu qu'un droit fixe de 5 francs par opération qui comprendra à la fois la désinfection à domicile et le passage à l'étuve des objets contaminés.

Il est accordé l'exonération complète de toute participation aux frais de désinfection aux membres du corps médical lorsque celle-ci est demandée dans un intérêt professionnel, aux établissements publics appartenant à l'État, au département ou à la Ville, ainsi qu'aux établissements sanitaires ou charitables privés gratuits. »

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fêtes du carnaval.* — A l'occasion des fêtes du carnaval, les billets d'aller et retour, délivrés du 27 février au 1er mars inclusivement, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 3 mars.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 22. — MARDI 23 FÉVRIER 1897. 70e ANNÉE. MARDI 23 FÉVRIER 1897. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 1er AU 6 MARS 1897)

Examens de doctorat.

MERCREDI 3 MARS. — 3e examen (oral, 1re partie) : MM. Humbert, Lejars et Bonnaire ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Chauffard et Marie ; — M. Heim, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Marchand, Delens et Walther ; — (2e série) : MM. Ricard, Tuffier et Delbet ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Fournier et Gaucher ; — M. Sebileau, suppléant.

JEUDI 4 MARS. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Nélaton et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Panas, Bar et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Marfan et Letulle ; — (2e série) : MM. Joffroy, Gilbert et Roger ; — M. Ménétrier, suppléant.

4e examen : MM. Pouchet, Raymond et Thoinot ; — M. Ménétrier, suppléant.

VENDREDI 5 MARS. — 2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer et Heim ; — M. Lejars, suppléant.

3e examen (2e partie) : MM. Chauffard, Gaucher et Widal ; — M. Lejars, suppléant.

4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter ; — M. Lejars, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Tillaux, Marchand et Ricard ; — (2e série) : MM. Delens, Peyrot et Broca ; — (2e partie) : MM. Hayem, Thoinot et Wurtz ; — M. Walther, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire ; — M. Humbert, suppléant.

SAMEDI 6 MARS. — 3e examen (2e partie) : MM. Laboulbène, Raymond et Ménétrier ; — M. Marfan, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Berger, Pozzi et Hartmann ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Letulle et Achard ; — (2e série) : MM. Debove, Gilbert et Roger ; — M. Chantemesse, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Bar et Maygrier ; — M. Le Dentu, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 3 MARS, à une heure. — M. VAGNIOT. Le croup fruste (MM. Potain, président ; Pouchet, Netter et Gilles de La Tourette). — M. HEYMAN. Des indications actuelles de la trachéotomie dans le croup de l'enfant (contre-indication du tubage) (MM. Potain, président ; Pouchet, Netter et Gilles de La Tourette). — M. DAUCHELLE. Étude sur les kystes synoviaux articulaires (MM. Tillaux, président ; Hayem, Widal et Broca). — M. PLESOIANU. Contribution à l'étude de l'hyperchlorhydrie et de son traitement (MM. Hayem, président ; Tillaux, Widal et Broca). — M. GAILLARD. Contribution à l'étude chimique du proteus (MM. Pouchet, président ; Potain, Netter et Gilles de La Tourette).

JEUDI 4 MARS, à une heure. — M. OVIZE. Les fistules dentaires et d'origine dentaire (MM. Guyon, président ; Debove, Pozzi et Achard). — M. CHENU. Quelques considérations sur les sérums lactescents (MM. Debove, président ; Guyon, Pozzi et Achard). — M. HARISPE. Rhumatisme articulaire aigu. Pathogénies multiples. Essai d'une pathogénie mixte (MM. Laboulbène, président ; Ch. Richet, Netter et Charrin). — M. BAUDRAND. Contribution à l'étude des ulcérations laryngées consécutives au tubage (MM. Laboulbène, président ; Ch. Richet, Netter et Charrin). — M. VIDAL. Influence de l'anesthésie chloroformique sur les phénomènes chimiques de l'organisme (MM. Ch. Richet, président ; Laboulbène, Netter et Charrin). — M. BELLOT. Du rôle du médecin dans la délivrance naturelle simple (MM. Tarnier, président ; Cornil, Maygrier et Hartmann). — M. MAIRE. De la conduite à tenir en présence des mento-postérieures engagées (MM. Cornil, président ; Tarnier, Maygrier et Hartmann).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897

31. M. FONTOT. Essai sur la lithiase intestinale. — 32. M. DUCLION. Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la lymphosarcomatose et de la tuberculose hypertrophiante méconnue des ganglions lymphatiques. — 33. M. GIBERT. L'argar reflexus et son parasitisme chez l'homme. — 34. M. MUL. Les idées de Descartes sur la physiologie du système nerveux. — 35. M. FRAISSINET. Poisons d'épreuve, tanguin M'Borndon strophantus, fève de Calabar. — 36. M. BEYLOT. De la levure de bière dans le diabète sucré. — 37. M. RENAULT. De la région sous-glottique du larynx ; anatomie. — 38. M. BRUNET. Le suc pulmonaire (effets physiologiques et thérapeutiques). — 39. M. GERMAIN. De quelques lésions simulant la pelade. — 40. M. FÉRAY. Séméiologie des hallucinations de la vue dans les psychoses. — 41. M. LOWITZ. Recherches sur l'appareil musculaire du gros intestin chez l'homme et quelques mammifères.

Paris, le 22 février 1897.

La série des articles que nous avons consacrés à l'enseignement de la médecine de Paris et au mode actuel d'examens a suscité dans la presse médicale de nombreuses réflexions. La plupart de nos confrères ont été surpris et attristés des chiffres authentiques que nous faisions connaître et les ont commentés. Ce fut pour beaucoup une révélation fort inattendue, surtout en ce qui concerne les les examens cliniques ! 3 à 6 p. 100 d'insuccès pour un examen si important, si aléatoire et si difficile, c'est là, il faut bien l'avouer, un pourcentage bien au-dessous de ce qu'il devrait être.

Un de nos collègues de la presse reconnaît à cet état de choses trois causes possibles : 1° l'indifférence des juges à laquelle il ne veut pas croire ; 2° la supériorité incontestable des candidats à laquelle il ne croit pas davantage, et enfin 3° l'influence des recommandations, du « piston », suivant son expression aussi classique qu'imagée. Eh bien, non, les recommandations ne jouent qu'un rôle relatif dans la réception aux examens, non pas qu'elles soient choses rares ou exceptionnelles. A chaque examen, l'appariteur fait sa petite distribution habituelle de lettres qui attendent l'arrivée des juges. Mais la plupart de ces lettres sont de teneur banale, sans grande importance, elles ne pèsent guère dans la balance au moment de la délibération, sauf peut-être pour quelques juges avides de plaire, et naturellement enclins à la bienveillance. Ce n'est donc que pour une faible part que le « piston » contribue à ce laisser-aller des examens, c'en est un élément, mais un élément accessoire.

La véritable cause tient à la façon même dont a lieu l'examen clinique.

Huit ou dix jours avant l'épreuve, le candidat est prévenu qu'il devra subir tel jour à telle heure son examen à tel hôpital. Que fait notre élève ? Il court de suite audit hôpital, dans le service du professeur de clinique dont il boit avidement les leçons, entassant notes sur notes, examinant malades sur malades. Il connaît le service sur le bout du doigt, mieux que le chef lui-même, aussi attend-il de pied ferme examen et examinateur. Par surcroît de précaution, il assiste le matin, à la porte de l'hôpital, à la consultation externe; le chef de consultation le voit zélé, attentif, questionner, s'intéressant aux malades susceptibles d'être admis à l'hôpital. Il soulève des discussions sur le diagnostic, sollicite adroitement une petite causerie clinique que le jeune médecin consultant est heureux d'accorder. Mais ce n'est pas encore tout, notre candidat est homme de précaution, et une bonne pièce discrètement mise dans la main du panseur de la salle, voire même dans celle de l'appariteur, et le voici, avant l'arrivée des juges, en possession du numéro de lit des malades sur lesquels il va être interrogé. Cette fois, le voilà tranquille. Le juge qui vient, médecin ou chirurgien, ne connaît aucun des 80 ou 100 malades du service et il est obligé de s'en remettre au « panseur de la salle », qui le mène droit aux malades dont il a donné, moyennant honnête redevance, numéro et diagnostic. Aussi le candidat est-il brillant; la sûreté de son diagnostic, la science de ses discussions, la justesse de ses observations surprennent bien un peu le juge qu'un mauvais dossier avait mis en éveil; mais, comment refuser un élève si instruit et qui répond si bien ?

Il y a, toutefois, le président du jury, qui se cantonne dans un interrogatoire portant sur la pratique; et qui, lui, est quelque peu surpris de voir faible et même nul, un candidat que ses deux collègues ont reconnu brillant, mais seul contre deux, sans grande sévérité personnelle, que voulez-vous qu'il fasse ? Atténuer l'enthousiasme de ses collègues, et baisser d'un point la note proposée.

Malheur au candidat que le hasard des admissions met aux prises avec un malade qui vient d'entrer d'urgence, et qu'il sera le premier à interroger ! Ce sont ceux qui ont cette malechance, qui fournissent le gros contingent des refusés.

Ainsi donc, les trois examens portant sur la clinique, ceux qui vont consacrer les connaissances médicales de l'étudiant, ceux qui vont ouvrir les portes de la profession et donner le droit d'exercer, ces trois examens, qui résument toutes les études, sont indignement truqués. La Faculté le sait, ne l'encourage pas, mais s'en désintéresse.

Autrefois, où l'on se plaignait du manque de médecins, cette indulgence opportune avait peut-être quelque raison d'être. Mais aujourd'hui, il n'en est guère de même. Il y a pléthore de médecins et pléthore plus grande encore d'étudiants. Pourquoi, dès lors, ne pas faire un choix meilleur? Si 10 ou 15 p. 100 de mauvais élèves ne deviennent pas médecins, le niveau médical s'élèvera, la dignité de la profession n'y perdra rien.

Nous sommes loin de demander une sévérité ridicule, qui découragerait injustement les travailleurs. Nous voudrions des examens mieux compris, des juges moins insouciants de la qualité et de la valeur des praticiens qu'ils vont créer. Le véritable étudiant est, dès aujourd'hui, de notre avis, il le sera davantage demain, et plus encore lorsque quelques années d'exercice l'auront mis à même de juger et de comprendre de quel côté est son véritable intérêt.

M. Comby a eu la direction du service des scarlatineux pendant l'année 1896, à l'hôpital Trousseau. Il y a soigné 500 enfants, et il apporte à la Société médicale des hôpitaux la statistique analytique des observations correspondantes. Détachons-en quelques données intéressantes. La mortalité totale a été de 58 décès, soit 11,6 p. 100 : c'est beaucoup. Peut-être cela est-il attribuable en partie à ce que le pavillon de la scarlatine ayant été détruit par un incendie, les jeunes malades durent être placés dans des locaux peu propres à les recevoir. La mortalité a été d'autant plus forte que les enfants étaient moins avancés en âge. De zéro à trois ans : 33 p. 100 de mortalité; 13 p. 100 de trois à six ; 4 p. 100 de six à neuf et 2 p. 100 seulement de neuf à douze.

La scarlatine s'était déclarée 15 fois chez des enfants déjà en traitement pour la diphtérie ; ils sont tous morts ; si on défalque ces décès, il reste une mortalité encore élevée de 8,8 p. 100.

Sur 58 décès, 15 seulement ont été dus, non à des complications, mais à la gravité même de la maladie, à sa malignité.

MM. Marie et Astié signalent une déformation du thorax qui serait presque pathognomonique de la syringomyélie. Elle consiste dans une dépression *en bateau*, qui correspond à la hauteur des muscles grands pectoraux. Elle se distingue nettement du thorax en entonnoir et du thorax plat des myopathiques.

MM. Siredey et Grosjean rapportent un cas de pleurésie purulente due au bacille encapsulé de Friedländer. Ce

bacille a eu successivement une période de grandeur et une période de décadence. Le médecin qui l'a découvert lui attribuait la pneumonie. Il a été détrôné par le pneumocoque. Cependant on tend à lui attribuer de nouveau une certaine importance pathogénique. MM. Siredey et Grosjean ont pu relever dans la littérature médicale sept autres observations de pleurésie purulente dues à ce microbe. Dans leur cas, il y avait une bronchopneumonie avec foyers gangréneux multiples, compliquée de pleurésie purulente diaphragmatique. Le pneumo-bacille de Friedländer était dans le pus à l'état de culture pure.

On attribue au bacille de Friedländer une grande bénignité; toutefois M. Rendu ne l'a rencontré que deux fois l'an dernier dans des cas de pneumonie d'une extrême gravité.

HOPITAL LAENNEC. — M. P. Merklen.

Asystolie et respiration de Cheyne-Stokes (1).

L'association de l'asystolie et de la respiration de Cheyne-Stokes ne s'observe guère que dans la myocardite chronique avec artério-sclérose. Il s'agit habituellement de vieillards, de goutteux, d'alcooliques ou d'hommes relativement jeunes, mais entachés d'hérédité cardio-artérielle qui, sujets depuis plusieurs mois à des crises dyspnéiques nocturnes, quelquefois à de la céphalée avec vertiges et ictus, sont pris d'oppression continue et croissante liée à de la congestion avec œdème pulmonaire pour aboutir au cœur forcé avec toutes ses conséquences. L'examen antérieur avait révélé chez eux de l'aortite chronique, de l'hypertrophie cardiaque, et le plus ordinairement les signes d'une néphrite chronique interstitielle à marche lente. Ces localisations multiples de l'artério-sclérose s'effacent devant la dilatation et l'insuffisance cardiaque : le malade est devenu un asystolique. Mais cette asystolie se complique presque constamment de troubles cérébraux : c'est de l'agitation nocturne et du délire, c'est de l'apathie intellectuelle, de la somnolence et du coma, c'est enfin la respiration de Cheyne-Stokes.

En décrivant ce trouble du rythme respiratoire, Stokes l'attribuait à l'affaiblissement du cœur, ajoutant qu'on devait s'attendre à le rencontrer dans la dégénérescence graisseuse de cet organe. Or, la dégénérescence graisseuse, telle que l'entendait Stokes, est l'adipose sous-péricardique des myocardites chroniques scléreuses; il suffit, pour s'en convaincre, de relire la célèbre observation de Cheyne. C'est dire que la respiration de Cheyne-Stokes appartient à l'asystolie des artério-scléreux, et qu'elle peut dépendre d'autres altérations que la simple insuffisance cardiaque : artério-sclérose cérébrale, sclérose rénale. L'insuffisance rénale venant souvent compliquer l'insuffisance cardiaque, l'origine urémique de la respiration de Cheyne-Stokes peut être défendue, et c'est la théorie qu'a soutenue avec talent notre collègue Cuffer. Mais, outre que ce même trouble respiratoire se retrouve dans diverses affections du cerveau et des méninges, il se produit chez des artério-scléreux asystoliques en l'absence d'insuffisance rénale nettement caractérisée. Et si l'on tient compte de la simultanéité de l'apathie cérébrale, de la somnolence, de l'agitation, des mouvements convulsifs, enfin du coma, on est tout naturellement amené à la rattacher au syndrome complexe et variable du cerveau cardiaque.

Les observations qui suivent sont en faveur de cette manière de voir. Sans nier la part d'une élimination rénale imparfaite, il est manifeste, dans ces deux cas, que la respiration de Cheyne-Stokes a été étroitement liée à l'asystolie. De plus, et fait assez inattendu, elle a paru provoquée ou momentanément exagérée par le traitement digitalique, d'ailleurs efficace et utile à d'autres points de vue, tandis que la morphine en a diminué l'intensité et favorisé la disparition.

I

Observation I. — *Myocardite chronique sénile avec asystolie. Dyspnée de Cheyne-Stokes coïncidant avec la diurèse digitalique et l'atténuation des phénomènes asystoliques. Persistance de la faiblesse cardiaque. Coma. Mort rapide.* — J'étais appelé, il y a quelques mois, auprès d'un malade âgé de soixante-dix ans, revenant des bords du lac de Genève où il était soigné depuis plusieurs mois pour des crises de dyspnée nocturne avec sensation de constriction thoracique, crises momentanément amendées par la cure lactée et l'iodure de sodium. La veille de son départ, il avait eu une nouvelle crise de pseudo-asthme nocturne, et, à peine arrivé à Paris, il se trouvait en état de dyspnée continue, avec impossibilité de rester couché, sensations douloureuses rétro-sternale et épigastrique. L'asystolie était manifeste. Je constatai, en effet, de l'œdème malléolaire et de la face interne des cuisses, de la congestion douloureuse du foie, de l'œdème pulmonaire des deux bases, une augmentation notable de la matité transversale du cœur avec pointe déjetée vers l'aisselle à 4 centimètres en dehors de la ligne mamelonnaire. Le pouls était régulier à 96, mais les urines atteignaient à peine 750 grammes, présentant d'ailleurs les caractères des urines cardiaques (densité 1023; 36 grammes d'urée par litre), mais avec 2 grammes d'albumine, et quelques cylindres hyalins. L'auscultation du cœur révélait, avec une accentuation du deuxième bruit pulmonaire, un premier bruit à peine perceptible. Cette faiblesse du premier bruit, c'est-à-dire de la systole ventriculaire, me parut d'un mauvais augure, et avant de soumettre le malade au traitement digitalique, j'essayai pendant deux jours les injections sous-cutanées de caféine et le lait. Mais les accidents allant en croissant, je donnai, le 3 novembre et en deux fois, un demi-milligramme de digitaline cristallisée de Petit. Dès la nuit suivante, le malade urinait en douze heures 1 250 grammes, sa dyspnée diminuait, mais il était pris d'agitation et de subdélire. Toutefois, le 4 novembre au matin, il se trouvait mieux; le pouls était tombé à 60 en même temps qu'augmentaient les urines. Mais la persistance de l'extrême faiblesse du premier bruit cardiaque me laissait inquiet. La journée se passa assez bonne, sans dyspnée, mais avec quelques crises d'agitation. A six heures du soir, après un sommeil de trois quarts d'heure, le malade se réveillait en sursaut, pris d'une dyspnée de Cheyne-Stokes des mieux caractérisées, avec pauses respiratoires de trente-cinq secondes accompagnées d'obnubilation et de somnolence, réveils subits avec angoisse, polypnée croissante, extrême agitation, besoin de se découvrir et de se cramponner aux personnes de l'entourage. J'ordonnai les inhalations d'oxygène, les injections sous-cutanées d'éther et d'huile camphrée. Mais à onze heures du soir, le malade tombait dans le coma complet, et il mourait à quatre heures du matin.

Obs. II. — *Myocardite chronique hypertrophique par alcoolisme et surmenage. Asystolie et subcoma dans le cours d'une congestion pleuro-pulmonaire fébrile. Diurèse digitalique avec persistance de*

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

la faiblesse et de la dilatation cardiaque. Respiration de Cheyne-Stokes ayant débuté six à sept semaines après le début des accidents asystoliques, après trois séries de traitement digitalique. Atténuation des troubles respiratoires, sous l'influence de petites doses de morphine. Nouvelle exagération de la respiration de Cheyne-Stokes après un milligramme de digitaline avec action diurétique, sans action cardio-tonique. Disparition simultanée des accidents asystoliques et de la respiration de Cheyne-Stokes, celle-ci ayant duré six semaines. — X..., âgé de cinquante-six ans, mécanicien, entré à l'hôpital Laënnec, salle La Rochefoucauld, n° 2, le 28 septembre 1896. Pas d'hérédité cardio-artérielle. Rougeole, scarlatine et fièvre typhoïde avant vingt ans. Bronchite et pleurésie, il y a six ans. Cet homme, grand et fort, exerce depuis trente-quatre ans le métier de mécanicien, et comme tel il est obligé de soulever tous les jours des poids (pièces de 300 kilos à trois); de plus, il est alcoolique et gros mangeur, réalisant ainsi la double influence de surmenage cardiaque et de la toxémie lente.

Depuis six mois, sans cause appréciable, il était sujet à des crises de dyspnée diurne et nocturne. Mais il continuait à travailler, quand, le 6 septembre, il fut pris d'un frisson, d'un point de côté gauche et d'une congestion pleuro-pulmonaire encore constatable à son entrée. C'est cette affection thoracique aiguë intercurrente qui semble avoir progressivement aggravé son état cardiaque.

Au premier examen, le 29 septembre, il est dyspnéique, cyanosé, en subcoma. Ses membres inférieurs sont œdématiés, ses jugulaires distendues. Les urines sont rares (450 grammes) avec une densité de 1 026; 2 grammes d'albumine; 12 grammes d'urée, de l'urobiline. On constate des râles d'œdème pulmonaire aux deux bases, plus du souffle tubaire à la base gauche. La respiration est fréquente (38), irrégulière; le pouls est régulier à 96; la température rectale est à 38°6. L'examen du cœur révèle une matité cardio-hépatique énorme : foie, 18 centimètres sur la ligne mamelonnaire; cœur, 13 centimètres dans le sens vertical au niveau de la ligne parasternale, 18 centimètres dans le sens transversal au niveau de la cinquième côte; le choc de la pointe se trouve dans l'aisselle à plusieurs centimètres de la ligne mamelonnaire. Les bruits du cœur sont affaiblis, sans trouble du rythme, ni souffles.

Le 30 septembre, les injections de caféine ne donnant aucun résultat, le malade prend un demi-milligramme de digitaline cristallisée, après une saignée préalable de 250 grammes. Dès le deuxième jour, la diurèse atteint 3 litres, l'urée 23 grammes et l'albumine disparaît; la matité du foie redevient normale; mais le cœur reste aussi dilaté et l'œdème des membres inférieurs persiste. Le malade sort du coma, mais reste apathique. Les jours suivants, la diurèse continue aux environs de 4 litres, le pouls restant à 84 et ne tombant pas au-dessous.

Le 23 octobre, on note de nouveau une diminution des urines à 800 grammes, et simultanément la stase jugulaire, l'œdème des bases, le gonflement du foie, dont la matité atteint encore 18 centimètres au niveau de la ligne verticale mamelonnaire. Dès le lendemain, sous l'influence d'un demi-milligramme de digitaline cristallisée, les urines remontent à 3 litres, le pouls ne subissant aucun changement et restant à 100; le foie n'a plus que 13 à 14 centimètres. Mais la diurèse ne continue pas, malgré la caféine, et le 30 octobre, il n'y a qu'un litre d'urine; de plus, le malade est abattu, somnolent, a eu un vomissement et de la diarrhée. On constate toujours de l'œdème pulmonaire et de l'œdème périmalléolaire. Le pouls est à 100, la respiration à 38. Le malade est fortement dyspnéique, et l'on constate à certains moments le rythme de Cheyne-Stokes. Il prend, en deux jours, 1 milligramme de digitaline cristallisée.

Le 1er novembre, la diurèse digitalique est manifeste à 4 litres 100 grammes; le pouls est tombé à 88, la respiration à 32. Mais, malgré l'amélioration et la diurèse, la matité cardiaque semble plutôt augmentée dans le sens transversal (19 centigrammes), et cette augmentation coïncide avec le ralentissement du pouls.

Le 6 novembre, le foie est encore gros (15 centimètres le matin), et, le 10 novembre, le malade se plaint d'une sensation continuelle de barre épigastrique avec dyspnée intermittente diurne et nocturne, dyspnée avec anxiété et polypnée l'obligeant à sortir de son lit. Le pouls est à 84 et les urines oscillent entre 2 et 3 litres. Cela se passant dix jours seulement après le traitement digitalique, j'ordonne la teinture de strophantus, à la dose de VI gouttes par jour, médicament qui ne donne aucun résultat notable.

Le 14 novembre, on observe, d'une manière permanente. la respiration de Cheyne-Stokes, qui s'était montrée passagèrement le 30 octobre. Les périodes d'apnée sont de vingt-cinq secondes avec somnolence, agitation au réveil et pendant les périodes de polypnée. Le malade est d'ailleurs en orthopnée et ne peut rester qu'assis dans son lit, soutenu par trois oreillers. Au moment où la dyspnée de Cheyne-Stokes s'établit, le pouls est régulier à 86, les urines sont à 1,250 grammes. La matité cardio-hépatique est aussi accentuée qu'au premier; le diamètre vertical du foie est de 18 centimètres, celui du cœur 14 et son diamètre transversal 18 centimètres et demi; le choc de la pointe est faible. Les membres inférieurs sont œdématiés. Bref, l'asystolie s'est accentuée. Le malade est mis au traitement mixte par la digitaline cristallisée (1 milligramme en deux jours) et la morphine (un demi-centigramme en injection sous-cutanée le soir).

La morphine modère immédiatement la dyspnée et atténue la respiration de Cheyne-Stokes, dont les pauses sont moins longues. La diurèse digitalique n'est obtenue qn'au bout de deux jours, les urines ne dépassant guère 2 litres et demi à 3 litres, avec 10 à 22 grammes d'urée par jour. Le pouls reste à 82, la matité cardio-hépatique ne diminue que lentement, et la situation reste à peu près stationnaire du 14 novembre au 17 décembre, la respiration de Cheyne-Stokes persistant avec des périodes d'apnée variant de quinze à vingt-sept secondes, mais sans angoisse et sans agitation, grâce à la morphine. Le malade est presque toujours somnolent, sortant d'ailleurs de son sommeil quand on l'interpelle, et à ce moment respirant régulièrement. La respiration de Cheyne-Stokes reprend dès qu'il s'endort, et l'on note au début des pauses de petits mouvements convulsifs dans les membres, surtout à droite.

Le 18 décembre, l'observation mentionne la disparition de la respiration de Cheyne-Stokes depuis deux jours, le malade restant soumis au traitement morphinique (trois quarts de centigramme le soir). Or, les urines ont diminué (1 300 grammes), le foie est de nouveau gros (17) et le cœur plus dilaté, la pointe battant dans l'aisselle à 6 centimètres en dehors de la ligne mamelonnaire. L'œdème des membres inférieurs persiste. Un demi-milligramme de digitaline cristallisée fait remonter les urines à plus de 4 litres sans que le pouls, d'ailleurs, toujours régulier à 82 ou 84, soit modifié par le médicament. Et la réapparition de la dyspnée de Cheyne-Stokes coïncide avec cette diurèse digitalique. Les pauses atteignent alors 28 secondes. Ce trouble respiratoire continue les jours suivants, mais diminue, et il disparaît définitivement à la fin de décembre, c'est-à-dire au bout de six semaines.

Le 31 décembre et le 1er janvier, à propos d'un accès fébrile, non expliqué, le malade reprend encore en deux fois 1 milligramme de digitaline cristallisée. A partir de ce moment, l'amélioration est rapide, le malade sort de sa somnolence, n'est plus dyspnéique. Le pouls, qui ne s'était jamais abaissé au-dessous de 80, tombe à 60. Les urines augmentent progressivement pour atteindre 4 litres, dix

jours après la dernière administration de digitaline, et plus de 6 litres, dix jours plus tard; cela spontanément et sans nouveau traitement. Le malade peut s'alimenter et l'urée augmente en proportion, jusqu'à 36 grammes par jour. Enfin la matité cardio-hépatique se réduit de plus en plus.

Le malade va bien à la fin de janvier, ne se plaignant plus que d'un peu de dyspnée d'effort, et dormant sans morphine. Il urine toujours de 5 à 6 litres en vingt-quatre heures. La tension artérielle au sphygmomanomètre de Potain est de 22. (*A suivre.*)

LA LOI SUR LES ALIÉNÉS

ET LE RAPPORT DU DOCTEUR DUBIEF A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS (1)

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

III

La loi de 1838 ne crée pas de catégories entre les aliénés ; elle les place tous sous le même régime. Avec raison, la loi sénatoriale forme un groupe à part des condamnés reconnus aliénés, des aliénés dits criminels et des inculpés qui, présumés aliénés, sont soumis à une expertise médico-légale. Sur ce point, le texte adopté par la commission de la Chambre diffère peu de celui voté par le Sénat où la question avait été assez approfondie. Elle n'admet pas entre autres la nécessité de l'annexion des quartiers spéciaux, où seront retenus les criminels devenus aliénés, à des établissements pénitentiaires. Cette modification du texte sénatorial est justifiée; car l'expérience de Gaillon prouve qu'il n'est pas bon que le quartier spécial soit annexé à la prison. Ce quartier tente tous les condamnés pour lesquels il représente le paradis en comparaison du lieu où ils sont; afin d'y aller, il n'est pas rare qu'ils simulent la folie ou des névroses convulsives; force est alors, pour restreindre cet inconvénient, d'adapter le régime du quartier spécial presque complètement à celui de l'établissement pénitentiaire, plus particulièrement en ce qui concerne la nourriture. Or il est évident que, pour des condamnés devenus réellement aliénés, partant des malades, ce n'est pas là le meilleur moyen de les rendre à la raison. Avec des quartiers spéciaux indépendants, éloignés de tout établissement pénitentiaire, cet inconvénient disparaît.

Avec la section IV de ce titre II, nous allons avoir de nouveau l'occasion d'associer l'éloge au blâme: elle est relative aux dépenses et recettes du service des aliénés. Le Sénat avait placé le danger auquel est exposé l'aliéné par son état mental, comme une nécessité de l'assister au même titre que la sécurité, la décence ou la tranquillité publique. La commission de la Chambre ne retient comme obligatoires que ces trois derniers motifs et laisse aux conseils généraux le soin de régler les conditions auxquelles seront admis les malades dont l'état mental ne compromettrait que leur propre sûreté, comme aussi ceux dont la guérison nécessiterait l'internement. Ce sera tout simplement, en pratique, le maintien de l'état de choses actuel. Pas plus après qu'aujourd'hui, les conseils généraux ne secourront les aliénés qui ne sont dangereux que pour eux, ou qui, inoffensifs, ont besoin d'être vite soignés pour guérir. Une fois de plus, je le déclare très franchement, il est téméraire de compter sur les assemblées départementales de la province en matière d'assistance de la folie. On ne saurait calculer le mal qu'a fait depuis vingt-six ans aux aliénés et aux asiles des départements la loi de 1871. L'idéal serait de soustraire complètement nos établissements et nos malades à leur autorité. Je parle au nom de l'expérience acquise dans huit départements pendant près de quinze ans. Je félicitais le docteur Dubief, au début de ce travail, d'avoir obtenu le motif de la guérison comme justificatif du placement, mais la restriction que je constate ici enlève toute valeur à cette mesure; bien plus, il se trouve que le texte proposé par l'éminent rapporteur de la Chambre est, en réalité, moins avantageux à l'aliéné que celui du Sénat, puisque le danger auquel le malade s'expose lui-même cesse d'être une cause obligatoire d'assistance. De grâce, que la Chambre adopte de préférence ce dernier.

Après ce que je viens d'avoir le courage et la franchise de dire des conseils généraux en province, on ne s'étonnera pas que j'applaudisse ferme au droit accordé au ministre de l'Intérieur de fixer le prix de journée, lorsque le Conseil supérieur consulté déclarera, en tenant compte des diverses ressources de l'établissement, que celui fixé par l'assemblée départementale est insuffisant. Le Sénat avait repoussé cette indispensable mesure comme attentatoire aux droits consacrés par la loi de 1871, si néfaste aux pauvres aliénés. Mais je connais un département qui se refuse même à voter un prix de journée; il traite les aliénés *à forfait*. Une somme fixe est inscrite au budget pour l'asile départemental, avec défense de dépenser davantage! Ce seul fait suffit à démontrer à quoi expose l'autonomie des conseils généraux en matière d'assistance de la folie. La commission de la Chambre, en rétablissant le droit repoussé par le Sénat, a bien mérité des aliénés.

Le nouveau projet porte que le recouvrement des sommes dues aux départements pour l'entretien des malades, sera poursuivi et opéré par les percepteurs, non comme en matière d'amendes et de condamnations pécuniaires, ainsi que l'avait décidé le Sénat, mais comme en matière de contributions directes. De même, le Sénat avait voté que les honoraires de l'administrateur provisoire concernant les indigents seraient avancés par l'État, et les avances recouvrées à l'expiration de chaque année sur les établissements, dans les formes établies pour les contributions directes; la commission de la Chambre demande que ces honoraires soient mandatés par le préfet, sur taxe du tribunal, et visa de la commission de surveillance. C'est, en effet, plus simple et plus convenable.

Une des grosses difficultés de l'heure actuelle est celle des traitements et des pensions de retraite des fonctionnaires des asiles nommés par le ministre de l'Intérieur. Fonctionnaires de l'État de par leur nomination, ils sont, grâce toujours à la bienfaisante loi de 1871, payés par les conseils généraux qui, souvent, pour faire échec au pouvoir central, refusent les traitements que celui-ci accorde, et aussi associés aux charges et bénéfices de la caisse des retraites du département où est situé l'asile. Or, les médecins, les directeurs et les directeurs-médecins sont à la disposition du ministre de l'Intérieur qui les déplace selon les exigences et les convenances du service, tandis que pour toucher une pension de retraite un séjour de dix ans au moins est nécessaire, de vingt ans même comme dans l'Eure, enfin il est des départements comme la Côte-d'Or où il n'y a pas de caisse de retraite. La situation, comme on voit, est des plus agréables pour nous et nous sommes exposés à ne pas être

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 179.

payés et à ne pas avoir de retraite. Le Sénat, pour y remédier, a mis toutes ces dépenses, sous forme d'avance, à la charge de l'État, qui était remboursé par les établissements à l'aide d'un nombre de centimes déterminé par la loi des finances, et réservé sur les prix de journées.

Ce système nous donnait pleine sécurité, mais il était peut-être un peu compliqué. La commission de la Chambre a trouvé plus simple de rendre nos traitements obligatoires pour les départements, et, en cela, elle n'a pas eu tort; seulement elle maintient l'état actuel des choses en ce qui concerne les retraites, et nous allons nous trouver de nouveau dans la nécessité de subir des années supplémentaires, parce qu'il aura convenu au ministre, vers la fin de notre carrière, de nous changer de département. Je connais un directeur-médecin qui a droit, depuis *six ans*, à sa retraite, et qui est obligé d'effectuer encore *deux années de rabiot*, comme disent les conscrits, parce que le département où il est exige vingt ans de présence et qu'il n'y est que depuis dix-huit ! C'est tout simplement suave ! Eh bien ! le projet de la commission de la Chambre nous enlève les garanties que nous accordait le texte sénatorial, et nous condamne aux mêmes injustices. Sans doute, les retraites départementales sont plus élevées que celles de l'État, mais elles sont par trop aléatoires. Je suppose que mon savant ami, qui a été fonctionnaire des asiles, et que nous espérons revoir parmi nous, a dû protester avec énergie au sein de la commission et n'a que succombé sous le nombre. Il n'y a pas à le contester, en matière du personnel, le nouveau projet est de beaucoup inférieur à celui voté par le Sénat ; sauf la suppression de l'adjuvat, inutile et même perturbateur, et les traitements obligatoires, toutes les autres modifications apportées sont mauvaises, très mauvaises.

Parmi les dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés, il n'en est que deux qui soient légèrement modifiées. D'après le texte sénatorial, les décisions de la chambre de conseil n'étaient pas motivées, comme dans la loi de 1838, et un délai de quinze jours seulement était accordé pour la réintégration de l'aliéné évadé sans nouvelles formalités. Le nouveau projet laisse toute liberté au tribunal, ce qui est très dangereux, et porte ce délai à un mois, ce qui est peut-être exagéré.

Le législateur de 1838 avait eu le tort grave de ne pas s'être occupé sérieusement des intérêts matériels de l'aliéné. Il faut, en outre, que l'asile, dit le docteur Dubief, ne puisse pas servir à des desseins coupables, en laissant place, pendant l'absence du malade interné, à toutes les convoitises et à tous les accaparements; qui dira tous les malheureux aliénés dépouillés, livrés sans autre protection qu'une loi incertaine et insuffisante, à toutes les entreprises coupables ? Pour le distingué rapporteur, les règles de l'administration des biens des aliénés, magistralement tracées dans le projet sénatorial, ont trouvé dans le texte de la commission leur formule définitive, grâce aux judicieux avis de M. Lefoulon et de M. Sauret. J'avouerai sur ce point mon incompétence absolue.

Aux hommes de loi il appartient de rechercher les meilleurs moyens de garantir les intérêts tout à la fois des malades ou des familles.

Approuver ou critiquer les dispositions adoptées par la commission de la Chambre serait parler de choses que ni nos études, ni notre pratique ne nous autorisent à apprécier. Nous croyons plus sage de laisser ce soin aux seuls gens compétents.

Au titre III, où sont inscrites les pénalités, nous trouvons une seule modification du texte sénatorial : l'extension de la peine de la réclusion au cas d'attentat à la pudeur commis dans les asiles et quartiers d'hospice sur un épileptique ou un hystéro-épileptique, peine dont la Chambre Haute punissait seulement ceux coupables de ce crime vis-à-vis d'un aliéné ou idiot de l'un et l'autre sexe. Je ne comprends pas trop la nécessité de ces distinctions qui prêteront certainement à contestation, les avocats étant gens habiles en controverse. Ne serait-il pas plus simple de punir de la réclusion tout attentat à la pudeur, consommé ou tenté sans violence, sur toute personne enfermée dans un établissement d'aliénés ?

Nous touchons au terme de cette étude. Nous aurons fini quand nous aurons dit que la commission de la Chambre, avec raison, supprime le détail des divers fonctionnaires, au titre IV et dernier, dont les règlements d'administration publique détermineront les devoirs et attributions. Elle dit : de tout le personnel médical et administratif, laissant ainsi entière liberté au gouvernement. Et ce ne sera pas pour lui besogne de mince importance, car ces règlements auront une influence énorme sur le traitement des aliénés. Pour s'en convaincre, il suffit de regarder tout le mal qu'a produit celui du 20 mars 1857, qui nous régit depuis quarante ans pour le plus grand malheur des asiles et des malades. Il est indispensable que ces règlements soient l'œuvre d'une commission composée en majorité, sinon exclusivement, d'hommes compétents, de praticiens ayant une grande expérience des aliénés et de leurs besoins, des asiles et de leur fonctionnement. Si on laisse ce soin au seul Conseil d'État, animé sans doute des meilleures intentions, mais radicalement incompétent, nous aurons un règlement analogue à celui du 20 mars 1857, très administratif, cela est certain, mais aussi très funeste à la guérison de l'aliéné ; d'autant plus que de nos jours les vieilles méthodes de traitement et d'hospitalisation par l'isolement et la prépondérance administrative sont partout battues en brèche et remplacées par la méthode contraire de liberté et de suprématie médicale.

Un dernier mot. Nous allons une fois encore soulever les colères et les critiques. C'est que, sans doute, nous avons l'esprit mal fait, car nous trouvons mauvais tout notre système d'hospitalisation de la folie : législation, architecture, thérapeutique, tandis que l'immense majorité des aliénistes français sont de l'avis de M. Christian qui, avec l'ange Ituriel, trouve que si, à Persépolis, tout n'est pas parfait, du moins tout y est passable, selon sa propre comparaison dans un récent article où il me prend à partie. Oui, seul peut-être parmi les aliénistes, je demande la revision de la loi de 1838, non pas parce que mon grand grief soit celui invoqué par le docteur Dubief, que la conscience du peuple, affirme-t-il, a relevé avec colère, celui de laisser la porte ouverte à de déplorables attentats contre la liberté individuelle, ni que je croie avec lui aux désolants et scandaleux abus qui, à la fin de l'empire, émurent l'opinion publique, mais parce que, pour les raisons développées depuis dix ans dans maints articles, je suis convaincu de l'avantage tout à la fois pour l'aliéné, la société et les médecins, du placement unique opéré par le président du tribunal, après enquête du juge de paix, et aussi, parce que le législateur de 1838 ne s'est préoccupé ni des aliénés à domicile et à l'étranger, ni de l'organisation des asiles privés faisant fonctions d'asiles

publics, ni du recrutement des médecins et des directeurs, ni de l'organisation du personnel secondaire, ni de l'inspection générale, ni des aliénés criminels et des criminels aliénés, ni de l'assistance des malades dangereux seulement pour leur propre sécurité ou des malades inoffensifs mais susceptibles de guérir par un rapide isolement, ni des évadés, ni des sorties provisoires, ni de l'administration des biens, ni du placement opéré par le malade lui-même. Toutes ces lacunes ne suffiraient-elles pas, seules, à justifier la revision? Quoi qu'il en soit, en cette grave occurrence, j'estime qu'il est du devoir de chacun de produire son opinion. A en juger par les lenteurs apportées à reviser cette loi de 1838 que pourtant tout le monde, sauf les médecins, déclare exécrable, la nouvelle loi, si elle est jamais votée, est appelée à nous régir longtemps; il importe donc qu'elle ne soit pas trop défectueuse. Contribuons, dès lors, tous à ce résultat si désirable, dans la mesure de nos forces.

THÉRAPEUTIQUE

Les amers dans la dyspepsie.

Les amers employés en thérapeutique sont d'ordinaire associés ensemble. La formule suivante est employée couramment par M. Gingeot, dans son service :

Teinture de colombo	} ââ 15 grammes.
— de badiane	
— de simarouba	
— d'écorces d'oranges amères	
— de noix vomique	3 —
— de Baumé	1 gramme.

Prendre avant chacun des deux principaux repas une cuillerée à café de cette mixture dans un peu d'eau pure ou d'eau de Vals.

S'il y a constipation, on la combattra avantageusement en ajoutant de la teinture de rhubarbe, en employant, par exemple, la formule de M. Barié :

Teinture de colombo	} ââ 5 grammes.
— de quinquina	
— de gentiane	
— de rhubarbe	3 —
— de noix vomique	2 —

De XV à XX gouttes dans un verre d'eau sucrée avant chaque repas.

Chez les enfants, Jules Simon se sert avec succès des gouttes apéritives suivantes :

Teinture de quinquina	20 grammes.
— de gentiane	} ââ 5 —
— de cascarille	
— de benjoin	2 —
— de noix vomique	1 gramme.

De V à X gouttes dans une infusion de camomille.

Traitement local des douleurs névralgiques.

Menthol	} ââ 1 gramme.
Gaiacol	
Alcool absolu	18 grammes.

Friction légère à l'aide d'un pinceau sur la région douloureuse. Recouvrir de ouate. Répéter au besoin deux ou trois fois par jour. (Sabbatani, *Mon. thérap.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires (1), par le prof. J.-C.-Félix Guyon, membre de l'Institut.

Le troisième volume des « Leçons cliniques » du professeur Guyon, sur les maladies des voies urinaires, qui vient de paraître, termine cet important ouvrage. Les deux premières éditions ont été rapidement épuisées. Elles étaient devenues classiques et figuraient dans la bibliothèque de tous les médecins instruits. Aussi, en voyant paraître une troisième édition, la première impression de chacun a-t-elle dû être qu'il connaissait déjà ce livre et n'avait pas grand besoin d'en faire une étude nouvelle. Il est assez habituel, en effet, que les éditions successives d'un ouvrage de haute valeur présentent d'autant moins de changements que le succès en est plus éclatant. Il est loin d'en être ainsi pour celui du professeur Guyon : la nouvelle édition de ses « Leçons cliniques » représente, comme étendue typographique, plus du double de la précédente. Elle comporte, d'une part, un grand nombre de leçons nouvelles et inédites; d'autre part, des corrections et additions considérables faites aux anciennes, qui ont été presque toutes remaniées de fond en comble; mais, ce qui est beaucoup plus important encore, à mon avis, elle apporte dans chacune des questions si nombreuses que soulève la pathologie urinaire, la très vive lumière des récentes découvertes bactériologiques. Elle constitue donc, à vrai dire, un ouvrage entièrement nouveau dont l'édition précédente ne donne qu'une idée très imparfaite.

Parmi les leçons nouvelles, je signalerai celles qui ont pour objet : la rétention expérimentale au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologique; l'analyse histologique, bactériologique et physiologique des urines; l'intoxication et l'infection urineuses; l'antisepsie urinaire; l'endoscopie uréthrale; la cystoscopie; la sonde à demeure; l'anesthésie locale. Quant aux anciennes leçons, elles ont été, pour la plupart, soumises à des transformations si importantes, qu'on a souvent peine à les reconnaître. C'est ainsi que les études consacrées : à la fièvre urineuse; à la physiologie normale et pathologique de l'urèthre et de la vessie, surtout pour élucider la part qui revient à ces organes dans l'infection urineuse; aux lavages de l'urèthre et de la vessie; à la dilatation de l'urèthre aux points de vue physiologique et pathologique; à l'anesthésie générale, contiennent une foule de notions qui font complètement défaut dans la seconde édition. J'ajouterai que l'auteur s'est efforcé de donner à tout son ouvrage, afin d'en augmenter la clarté, une disposition typographique de nature à frapper l'œil en même temps que l'esprit; il a obtenu ce résultat par des divisions très nettes et par de nombreux titres de paragraphes; de plus, il s'est attaché à tenir constamment l'attention en éveil en marquant entre guillemets des mots, des phrases caractéristiques qui résument l'idée et en facilitent le souvenir. Ce n'est donc pas moins par la forme que par le fond que se distingue la nouvelle édition.

La première, parue en 1881, exposait les principales données acquises sur la pathologie générale des voies urinaires, avant la période bactériologique, données qui reposaient essentiellement sur l'observation clinique. Sans doute, l'auteur avait mis à profit les travaux de ses devanciers : Civiale, Mercier, Voillemier, etc., et ceux de quelques chirurgiens étrangers de grande valeur, tels que Thompson; mais ce qu'il apportait surtout, c'était une contribution personnelle des plus importantes. Déjà chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté depuis plusieurs années, c'est

(1) 3 vol. in-8°, 3e édit. Prix : 37 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

à-dire parfaitement au courant de la chirurgie générale, lorsqu'il avait pris possession, en 1867, de l'ancien service de Civiale, il s'était mis à l'étude particulière des maladies de l'appareil urinaire avec cet esprit d'observation attentive, persévérante et méthodique, ce jugement clinique sévère qui lui appartiennent en propre et qui ne pouvaient manquer de le conduire à de très utiles perfectionnements. Nullement pressé, d'ailleurs, de mettre son nom en vedette par des publications hâtives, il avait commencé, avant d'écrire, par élever lentement mais solidement l'échafaudage compliqué des faits cliniques patiemment recueillis et mûrement étudiés. C'est ainsi qu'il était arrivé à des conceptions générales exclusivement basées sur l'observation des malades et dans lesquelles l'imagination n'avait aucune part. Elles offraient un double cachet très remarquable d'originalité et d'utilité pratique. Aussi le public fit-il au livre qui les exposait l'accueil le plus empressé.

Tout était nouveau dans cette première édition : rappellerai-je l'étude si méthodique et si précieuse pour le diagnostic des troubles fonctionnels; celle des rétentions et notamment de la rétention chronique incomplète avec distension, qui n'avait pas encore été décrite; celle de l'hématurie, pour la première fois étudiée à un point de vue vraiment pratique; celle de la fièvre urineuse, dont la description clinique était d'emblée si parfaite qu'elle n'a guère pu être modifiée; celle des troubles digestifs chez les urinaires, qui n'avait jamais été faite; enfin celle du cathétérisme explorateur, évacuateur ou thérapeutique, qui était l'objet d'une étude très détaillée, absolument neuve et singulièrement féconde en conseils pratiques?

La seconde édition, parue en 1885, n'était guère qu'une réimpression avec des modifications de détail et des additions, importantes sans doute, mais insuffisantes pour changer du tout au tout la physionomie première de l'ouvrage.

Jusqu'à cette époque, les idées pastoriennes, qui avaient déjà commencé à transformer si merveilleusement la grande chirurgie, ne paraissaient pas encore applicables aux maladies des voies urinaires. C'est à peine si elles avaient servi à élucider quelques points de l'étude de l'ammoniurie et si elles avaient amené à prendre quelques soins élémentaires de propreté à l'égard des instruments du cathétérisme. Aussi la bactériologie n'occupait-elle qu'une place des plus restreintes dans les deux premières éditions. Mais depuis lors, que de changements, que de progrès sous ce rapport! Les conquêtes se sont rapidement succédé; le rôle des infiniment petits dans la pathologie urinaire, très incomplètement ébauché dans les recherches qui n'avaient pour objet que la transformation ammoniacale des urines, a pris peu à peu une extension étonnante. On est bientôt arrivé à déterminer, avec la précision la plus rigoureuse, quels sont les agents pathogènes de l'infection urineuse. Dès lors, on s'est parfaitement rendu compte du mécanisme des divers accidents qui succèdent au cathétérisme et aux opérations plus importantes et par cela même on a pu prendre les mesures qui permettent de les éviter. L'antisepsie, une antisepsie très complexe, toute spéciale à l'appareil urinaire, a été méthodiquement appliquée au cathétérisme explorateur et thérapeutique, au traitement des rétentions, aux diverses manœuvres de la lithotritie et a eu, pour conséquence immédiate, la suppression presque complète de la morbidité post-opératoire. L'étude des maladies des voies urinaires est ainsi entrée dans une voie tout à fait nouvelle; elle n'est plus seulement clinique, elle est devenue clinico-bactériologique.

Ce sont là d'immenses progrès qui ont complètement transformé, dans ces dix dernières années, la pratique de cette chirurgie spéciale et c'est à l'inspiration première, à l'impulsion constante du professeur Guyon, que nous en sommes redevables. Sans doute, il n'a pu tout faire par lui-même, mais il a su grouper autour de lui une phalange nombreuse d'élèves instruits et intelligents, internes parvenus au terme de leurs études, auxquels il a confié le soin d'approfondir telle ou telle question spéciale. L'École de Necker est aujourd'hui connue du monde entier; elle est l'œuvre du professeur Guyon. Elle ne le cède en rien à l'École de la Salpêtrière, créée par Charcot, qui est l'une des gloires de la médecine française. Sous la direction et le contrôle quotidien du Maître, la division du travail devait nécessairement conduire à des progrès multiples et sérieux : *Perfectionner sans cesse et ne pas trop souvent innover, en un mot garder la mesure* (vol. I, préface, p. 7), tel a été le principal but de ses efforts. Depuis trente ans, les mémoires et les thèses dont il a ainsi donné les idées fondamentales se sont accumulés, soumettant successivement au multiple contrôle de la clinique, de l'expérimentation, et, dans ces dernières années, de la bactériologie, la plupart des questions qu'il importait d'élucider. La troisième édition offre au lecteur la quintessence, si je puis ainsi dire, et la mise au point de tous ces matériaux épars. Aux documents contenus dans les deux premières éditions et qui n'avaient d'autre base que l'observation clinique, elle ajoute les notions précieuses de la bactériologie qui jettent la plus vive lumière sur tant de phénomènes autrefois constatés, mais trop souvent inexpliqués.

Est-ce à dire que toutes ces belles acquisitions de la science moderne doivent faire oublier et dédaigner les anciennes notions cliniques? En aucune façon : les faits bien observés d'autrefois n'en conservent pas moins toute leur valeur. C'est toujours sur eux que repose, à vrai dire, la pathologie urinaire, et il est même très remarquable de voir combien ils ont tous été confirmés par les données nouvelles. Mais la bactériologie les a éclairés et a ainsi conduit aux applications pratiques les plus importantes. Elle en est désormais le complément indispensable.

Il fallait donc conserver les conquêtes anciennes et y ajouter les nouvelles, en corrigeant et complétant les unes par les autres et en les fusionnant. Un seul homme était assez complètement en possession de toutes les données nécessaires pour accomplir cette œuvre considérable : c'était M. Guyon. Il y a consacré plusieurs années d'un travail énorme, car il a tenu à écrire lui-même, sans aucune collaboration, ce volumineux ouvrage. Lorsqu'il a confié à ses élèves : Hallé, Janet, Albarran, Nogués, la rédaction de certains sujets dans lesquels ils avaient acquis une compétence particulière, il a eu soin de le dire. On remarquera, d'ailleurs, dans tout le cours du livre, avec quel empressement il saisit l'accasion de rendre pleine justice à tous ceux qui l'ont aidé de leurs recherches. Souvent même, ce qui prouverait qu'il est facile aux riches d'être généreux, il leur attribue plus qu'il ne leur appartient, leur abandonnant le mérite de ses propres idées qu'ils se sont bornés à étudier et approfondir.

Quoi qu'il en soit, le nouveau livre du professeur Guyon est l'admirable couronnement de toute une carrière consacrée au plus persévérant travail. Il faudra, désormais, longtemps avant que de nouveaux progrès importants soient réalisés dans nos connaissances sur la pathologie urinaire, et, par conséquent, ces leçons devront servir à l'instruction de nombreuses générations d'étudiants et de médecins.

F.-P. GUIARD.

Du développement throracique par la gymnastique respiratoire (1), par le docteur Louis Caminade.

Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur la gymnastique et en avoir tracé l'historique à grands traits, l'auteur con-

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

sacre un chapitre à l'anatomie et à la physiologie comparées de l'homme et de l'oiseau dans leur structure osseuse et dans leur fonction physiologique d'après le milieu où ils évoluent. Au point de vue physiologique, son enquête porte surtout sur la fonction respiratoire chez l'homme et chez l'oiseau vis-à-vis de la pression atmosphérique, dans les mouvements rapides et prolongés. Il étudie ensuite les trois principales méthodes de gymnastique connues de nos jours: la méthode française qui découle de la méthode allemande, la méthode suédoise et la méthode anglaise.

Ayant établi ce que ces trois méthodes ont de bon et leur côté défectueux, le docteur Caminade examine la méthode particulière du docteur Ch. Tissié (de Bordeaux), et, laissant de côté la partie psychique de son système, il porte principalement son attention sur le rôle de la pression aérienne dans les exercices physiques. Enfin, dans un dernier chapitre, sont publiées des observations inédites, relatives au développement thoracique des enfants.

Manuel préparatoire aux examens de chirurgien-dentiste (1), rédigé d'après les programmes officiels de la Faculté de médecine de Paris, et suivi d'un *Questionnaire* méthodique et progressif, par le docteur Georges Petit, professeur de l'École dentaire nationale française.

Ce manuel n'est que le résumé d'un des cours professés par l'auteur. Il est rédigé conformément aux programmes officiels et répond à toutes les exigences de ces programmes.

L'ouvrage se divise en trois parties correspondant chacune à l'un des examens, et constituant le développement du programme, comme suit :

Chapitre Ier : Éléments de l'anatomie générale. Anatomie et physiologie spéciale de la bouche.

Chapitre II : Éléments de pathologie générale. Pathologie de la bouche. Thérapeutique.

Chapitre III : Clinique dentaire.

L'auteur fait précéder son ouvrage des lois et règlements qui régissent l'exercice de l'art dentaire, et termine par un questionnaire méthodique et progressif, où sont fidèlement reproduites les principales questions posées aux examens, dans le but de suppléer aux interrogations continuelles qui rendent si efficaces les leçons particulières et dont sont privés les élèves qui ne peuvent suivre un cours.

Destiné aux étudiants dentistes, ce livre aura sa place dans la bibliothèque du praticien, et les étudiants en médecine y trouveront une foule de notions utiles à la préparation de leurs épreuves.

Manuel technique de massage (2), par le docteur J. Brousses, médecin-major de première classe, ex-répétiteur de pathologie chirurgicale à l'École du service de santé militaire.

Pendant les années que l'auteur a passées à diriger un service chirurgical à l'École du service de santé militaire, il s'est préoccupé d'assurer un enseignement pratique du massage aux infirmiers du service. Il a acquis la conviction que les manipulations du massage pouvaient être ramenées à une description simple et qui, débarrassée le plus possible de termes scientifiques, serait rendue compréhensible à tous. Ce manuel n'est, pour la plus grande partie, que le groupement des leçons faites sur ce sujet.

Dans cette deuxième édition, augmentée de quelques nouveau chapitres, que les progrès faits dans ces deux dernières années par la massothérapie ont rendus indispensables, M. Brousses a fait tous ses efforts pour rester fidèle à son ancien programme : « Faire avant tout œuvre de vulgarisation et d'utilité. »

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) In-8° Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 février 1897, M. le docteur Bruchon, professeur honoraire à l'École de médecine de Besançon, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le docteur Ch. Lang (de Méridrax), État de New-York, appelle l'attention du monde médical, surtout à la campagne, sur un système de correspondance à la fois peu coûteux, efficace, rapide et amusant, c'est-à-dire l'emploi des pigeons voyageurs. Depuis dix ans, dit-il, j'en ai élevé et je les ai employés dans ma clientèle. Lorsque l'état d'un malade est inquiétant, surtout s'il habite à une certaine distance d'un bureau télégraphique, je laisse deux ou trois pigeons aux soins de la garde-malade ou de la famille, avec des instructions pour les lâcher à des intervalles convenus. Ils sont porteurs d'un papier où l'on inscrit l'état du pouls, de la température, de la respiration, ou toute autre indication utile, avec celle du moment où ces observations ont été faites. Le tout est enfermé dans une capsule en aluminium, disposée de façon à pouvoir être fixée sur la patte de l'oiseau (invention récente). Le pigeon part, avec une vitesse de 30 à 60 milles à l'heure, et vient droit à son colombier. En y entrant, il est obligé de passer par une ouverture en treillage, qui se referme après lui et qui donne accès dans un compartiment de deux pieds carrés, où il reste prisonnier jusqu'à ce que je l'aie débarrassé de son message. Alors je le lâche avec les autres pigeons voyageurs et le laisse goûter les joies de la famille jusqu'à ce que j'aie de nouveau besoin de ses services. Ceux qui sont obligés, d'un bout à l'autre de l'année, de parcourir les routes solitaires de la campagne, apprécieront tous les moyens qui leur épargneront des voyages inutiles. (*Medical Record.*)

Déjà, la *Gazette hebdomadaire de médecine de Bordeaux* a fait connaître une application à la médecine rurale des pigeons voyageurs due à un médecin écossais.

Ce médecin utilisait surtout les pigeons qu'il emportait avec lui pour adresser au pharmacien de sa circonscription médicale ses ordonnances.

Les médicaments, immédiatement préparés, étaient aussitôt expédiés par exprès au malade et l'on arrivait ainsi à gagner du temps dans l'exécution du traitement en cas d'urgence.

On nous cite un usage de certaines régions de la Gironde, qui a son utilité pratique pour la médecine rurale dans un pays plat et découvert.

Les fermes isolées qui réclament la visite du médecin hissent à un mât spécial un drapeau que le médecin, au cours de ses visites, peut apercevoir.

L'homme de l'art se détourne de son chemin pour répondre à cet appel et l'on évite aux malades l'envoi d'un exprès qui aurait des chances d'arriver après le départ du médecin. La visite demandée a souvent bien des chances d'être remise au lendemain quand l'itinéraire de la journée est fixé. (*Gaz. hebd.*)

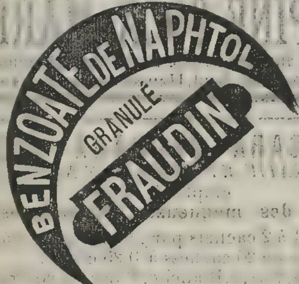
— Des cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie, syphiligraphie et gynécologie sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

La deuxième série commencera le jeudi 4 mars, à dix heures et demie du matin, et se continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs en médecine et étudiants en médecine, pourvus de seize inscriptions, qui se seront fait inscrire chez M. le directeur de la maison Saint-Lazare, qui leur remettra une carte d'entrée.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


BENZOATE DE NAPHTOL
GRANULÉ
FRAUDIN



N° 23. — JEUDI 25 FÉVRIER 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 25 FÉVRIER 1897. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35** »

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été consacrée à une vive discussion sur le phosphorisme. Nous avons donné, dans notre compte rendu (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 157), les conclusions de la commission nommée par l'Académie pour étudier la question sur la demande du ministre ; nous avons fait connaître parallèlement les propositions faites par M. Magitot, qui, dans la commission, était seul de son avis. Tandis que, en effet, la conclusion de la commission est qu'il faut supprimer le phosphore blanc et le remplacer par le phosphore rouge, celle de M. Magitot est qu'on peut et qu'on doit conserver le phosphore blanc, à la condition d'exiger des usines un certain nombre de mesures prophylactiques et hygiéniques. Voici l'amendement que M. Magitot propose d'adresser au ministre des Finances en réponse aux questions adressées à l'Académie sur l'assainissement de l'industrie des allumettes :

« L'Académie formule son opinion dans les termes suivants :

1° Les connaissances actuelles en matière d'hygiène permettent de réaliser l'assainissement complet des usines d'allumettes sans apporter aucune modification à la technique industrielle.

2° Cet assainissement repose sur la mise en pratique des deux procédés suivants :

A. Ventilation forcée des ateliers (ventilation générale, isolée, individuelle, etc.), par les moyens dont dispose l'art de l'ingénieur.

B. Sélection ouvrière ne permettant ni l'entrée, ni le maintien dans l'usine de tout ouvrier atteint de la lésion initiale de la bouche, porte d'entrée de la nécrose.

3° Ventilation et sélection, toute la prophylaxie est renfermée dans ces deux termes.

4° Les observations et les expériences que fournissent les usines actuelles permettent d'affirmer et de prouver l'efficacité complète et absolue des mesures proposées.

5° L'assainissement de toute usine d'allumettes existante est possible d'une façon immédiate, c'est-à-dire dans les délais compatibles avec l'installation d'une machine et avec la réforme graduée et progressive des ouvriers menacés. »

Comme il était facile de le prévoir, M. Vallin, rapporteur de la commission, est venu combattre énergiquement cet amendement de M. Magitot et maintenir les conclusions de la commission. Il a été soutenu, dans cette tâche, par M. Roussel. Mais au moment de voter, on s'est aperçu que l'on n'était pas en nombre suffisant. Le vote est donc remis à la séance prochaine. M. Magitot lui-même ne se fait pas, croyons-nous, beaucoup d'illusion sur le résultat définitif de ce vote.

L'Académie a élu un membre titulaire dans la section d'hygiène en remplacement de M. Lagneau. M. Napias a été élu par 42 suffrages contre 18 accordés à M. Le Roy des Barres.

LES PROGRÈS DE L'HYGIÈNE DANS L'ARMÉE EN 1895-1896

Rapport au président de la République française.

Paris, le 23 février 1897.

Monsieur le Président,

Les rapports que mes prédécesseurs ont eu l'honneur de vous adresser sur l'hygiène militaire depuis 1889 témoignaient de l'amélioration progressivement croissante de l'état sanitaire de l'armée : l'application, de plus en plus répandue, des principes qui avaient amené cet heureux résultat a été suivie pendant ces deux dernières années des mêmes effets salutaires ; ils se sont accentués au point que de 10 à 11 p. 1000 en 1870, la mortalité n'est plus que de 5,29 en 1896. C'est le chiffre le plus faible qui ait jamais été observé ; et cependant, l'effectif actuel de l'armée est d'un sixième environ plus considérable que lorsqu'on se félicitait, si légitimement d'ailleurs, en 1889, de la diminution que la mortalité militaire avait déjà subie. Son chiffre absolu est tombé, de 1887 à 1896, de 3319 décès à 2900, pendant que les effectifs s'étaient élevés de 480672 hommes à 546500 hommes environ.

C'est que la connaissance des causes des maladies contre lesquelles la prophylaxie est toute-puissante, jointe à la perspicacité, la vigilance et l'énergie que les médecins militaires apportent à pressentir ou à combattre d'urgence les premières manifestations morbides, tend de plus en plus à réduire les atteintes du mal à l'état de cas isolés ; c'est que la sollicitude et l'autorité du commandement ont fait de ces mesures préventives une obligation disciplinaire à laquelle les hommes doivent se soumettre, comme à tout ce qui leur est ordonné pour le bien du service et l'exécution des règlements militaires.

Par la force même résultant de l'union de ces divers éléments, des garnisons autrefois décimées par la fièvre typhoïde sont devenues et demeurent indemnes, soit que l'on y ait amené de l'eau de source, soit que le filtrage par les bougies Chamberland ait assaini d'une manière permanente des eaux impures, soit encore que l'on ait stérilisé par la chaleur les organismes nuisibles de ces eaux. Sous ce dernier rapport, le progrès est d'une évidence démonstrative dans les garnisons de Lure, d'Évreux et de Châteaudun, si douloureusement éprouvées par la fièvre typhoïde et jouissant maintenant d'une salubrité absolue. Aussi, cette expérience concluante et prolongée m'a-t-elle conduit à décider que six de ces appareils stérilisateurs seraient mis en service permanent dans des casernements où les eaux de boisson ne sont pas irréprochables.

Je me propose d'en doter d'autres casernements, au fur et à mesure que les allocations budgétaires le permettront. De plus, pour faire cesser les difficultés que l'on trouve à faire bouillir l'eau de toute une garnison par les procédés usuels, dès que des surprises épidémiques viennent fondre sur la troupe, j'ai décidé qu'un de ces appareils, monté sur roues, serait placé au chef-lieu de chaque corps d'armée ou gouvernement militaire, prêt à être expédié d'urgence partout où il en sera besoin.

Ce n'est pas que l'adoption des appareils à stériliser l'eau par la vapeur sous pression doive, malgré la simplicité, l'économie de leur fonctionnement et la solidité de leurs divers organes, nous faire méconnaître les incontestables avantages des filtres Chamberland : l'exemple des garnisons d'Avesnes, de Beauvais, de Caen, de Vendôme, de Lorient, de Fontenay-le-Comte, de Melun, de Blois, d'Auxerre, de Dinan, de Compiègne, etc., etc., est trop évident pour qu'on puisse mettre en doute la certitude de leur efficacité. Mais le service de santé ne pouvait hésiter à mettre à profit les perfectionnements apportés à des appareils dont il suivait depuis plusieurs années les transformations avantageuses; il ne pouvait, d'un autre côté, les substituer prématurément aux filtres Chamberland, car il eût été téméraire d'exposer les garnisons aux mécomptes que donnent si souvent des appareils qui ne sont point arrivés au degré de perfection que l'on est en droit d'exiger.

Le dernier rapport qui vous a été adressé, pour l'année 1894, par M. le général Zurlinden, constatait encore dans l'année, monsieur le Président, 3060 cas de fièvre typhoïde et 530 décès. En 1895, ces chiffres ont été respectivement 2557 et 503; ils sont tombés en 1896 à 2442 et à 441 : nous sommes bien loin du chiffre 964 qui exprimait, en 1886, la mortalité typhoïdique ; il a diminué de moitié, alors que l'effectif des troupes est sensiblement plus considérable qu'autrefois.

Le même progrès a été dû, en ce qui concerne la variole, à la vaccination et à la revaccination obligatoires.

Le comité technique de santé vient de soumettre à mon approbation l'adoption exclusive de la pulpe animale glycérinée, la proscription absolue des scarifications et du grattage, l'usage du vaccino-style individuel, ou, à son défaut, l'obligation de stériliser les lancettes ou aiguilles avant chaque opération. Ces mesures constituent, avec le perfectionnement des centres vaccinogènes de France et d'Algérie, un ensemble de pratiques qui sont de nature à faire tomber les résistances que quelques esprits, bien rares assurément, mais aveuglés par de fausses théories ou des répugnances irréfléchies, opposent au bienfait de la revaccination ; elles assureront l'innocuité de cette petite opération sans nuire à son succès. C'est grâce à elle que le nombre des cas de variole décroît d'année en année. En 1876, 1877, 1878, il dépassait annuellement le chiffre de 1000 : on avait à déplorer 127, 94 et 98 décès. En 1895, il y a eu 61 varioleux dans toute l'armée et 6 décès par variole ; on ne compte plus que 57 cas et 2 décès en 1896.

L'armée devient donc de moins en moins sujette à la variole, et l'immunité acquise par les soldats, soit dans l'armée active, soit dans la réserve et l'armée territoriale, limite les ravages que cette terrible et odieuse maladie exerce encore dans la population civile d'un beaucoup trop grand nombre de localités en France. C'est la revaccination qui a préservé nos troupes en Algérie, à Madagascar et au Tonkin, au milieu des populations indigènes, parmi lesquelles ce fléau est endémique et meurtrier.

Le service de santé avait soumis à l'un de mes prédécesseurs la proposition de doter l'armée de la méthode sérothérapique dans le traitement de la diphtérie; dès les premiers mois de 1895, tous les hôpitaux militaires ou militarisés, comme les plus petits centres militaires de France et d'Algérie, ont été pourvus de l'instrument spécial indispensable à l'inoculation du sérum antidiphtérique que nous fournit en abondance et que renouvelle libéralement l'institut Pasteur, aussitôt qu'il en est besoin. Aussi la mortalité croupale, qui était de 64 en 1893, est-elle tombée à 24 en 1895 et à 22 en 1896.

Sans doute, la scarlatine, la rougeole comme la grippe, sont toujours extrêmement fréquentes; le service de santé attribue la multiplicité et le renouvellement de ces manifestations épidémiques au contact avec la population civile, constamment renouvelé par l'arrivée incessante dans les casernes des réservistes, des territoriaux, des hommes à la disposition, etc., etc.; la fréquence des congés et permissions, si considérable depuis que la répartition du contingent tend progressivement au recrutement régional, est un des facteurs importants de ces poussées épidémiques. Mais, du moins, en dotant les hôpitaux et un nombre déjà considérable de casernements d'étuves à vapeur sous pression, le service de santé a rendu la prophylaxie de ces épidémies infiniment plus facile et plus certaine qu'autrefois, par la stérilisation d'urgence des vêtements et de la literie des malades. On ne saurait se dissimuler, cependant, que toute cause d'insalubrité dans les casernements se traduit, en définitive, par un excès dans la morbidité et la mortalité de la troupe, ainsi que cela s'est produit à Dijon lors de l'épidémie de grippe, et tout récemment, dans l'épidémie de scarlatine de Gérardmer; on ne saurait se dissimuler, non plus, que toute amélioration dans l'installation de ces casernements se traduit par des dépenses très considérables, et que mon administration ne peut y faire face que dans les limites que lui imposent les crédits budgétaires annuels. Celui de 870000 francs que le Parlement a bien voulu mettre, en 1895, à la disposition du ministre de la Guerre, a permis de procéder à la réfection ou à l'agrandissement des salles militaires dans un certain nombre d'hospices mixtes. Les ressources du service de santé pour le traitement des militaires dans ces établissements ont été ainsi notablement perfectionnées et accrues; les besoins sont encore multiples, et je ne doute pas que la sollicitude du Parlement pour l'armée ne permette à mon département de compléter, à l'aide de crédits successifs, les améliorations dont la nécessité est depuis longtemps bien établie, tant dans le casernement des troupes que dans le service hospitalier.

D'une manière générale, les ressources dont l'hospitalisation éventuelle peut disposer en fait de baraques et de matériel de toute nature sont telles que l'on ne saurait concevoir aucune inquiétude sur la facilité avec laquelle le service de santé pourrait faire face aux éventualités si pressantes, si excessives, et de quelque nature qu'elles puissent être. Les mesures prophylactiques contre la peste seraient aussi rapidement prises, le cas échéant, que l'ont été celles nécessitées par le choléra en 1894 et le typhus, en Algérie,

en 1895. On doit donc être complètement rassuré à l'égard de la propagation de la peste dans l'armée; si improbable qu'elle puisse être en France, en raison de l'application des mesures prophylactiques internationales, elle serait arrêtée, en Algérie et en Tunisie, par l'application immédiate des mesures que le comité technique de santé a soumises à mon approbation.

Dans les hôpitaux, où les accidents inséparables de l'instruction militaire à tous les degrés obligent à pratiquer des opérations graves, la généralisation des procédés de l'antisepsie, avec laquelle tous nos médecins militaires sont familiarisés, réduit à son minimum la mortalité opératoire, jadis si redoutable, quelle que fût l'habileté des hommes de l'art. La centralisation de toutes les observations relatives aux cas d'œdème de la glotte, de diphtérie, d'otite, de tétanos, d'arthrite chronique, de fracture du crâne, traumatismes de l'abdomen et du thorax, occlusions intestinales, appendicites, péritonites, cure radicale des hernies, hernies étranglées, cure radicale du varicocèle, méningite cérébro-spinale, grippe épidémique, etc., etc., permet aux directeurs du service de santé dans les corps d'armée, et, au degré supérieur, au comité technique de santé, de suivre incessamment la pratique hospitalière de tous les médecins militaires, sans aucune exception. Depuis, par les rapports que ce comité m'adresse, non seulement sur les grandes questions d'hygiène, de prophylaxie ou de pratique générale, mais sur des cas individuels qui pourraient paraître de peu d'importance à des esprits moins soucieux qu'il ne l'est du bien du soldat, on peut juger du soin que ce comité apporte à maintenir et à propager parmi nos médecins militaires les saines doctrines, à favoriser leurs recherches, à encourager leurs talents, à fixer leur jugement sur des points encore mal définis de la science ou de l'art, à ne s'inspirer que de l'intérêt des malades que l'Etat leur confie, en se montrant dans leur pratique aussi éloignés de l'audace que de la timidité. Les nombreuses récompenses que l'Académie de médecine, la Société de chirurgie, les diverses autres sociétés savantes, l'Institut de France accordent chaque année aux médecins militaires, témoignent hautement de la supériorité de leur capacité scientifique. Si leur dévouement aux fonctions que les plus distingués d'entre eux exercent si modestement dans l'armée, si la certitude de leurs appréciations, si leur bienveillance virile et leur fermeté dans le service sont trop souvent contestés et méconnus par des personnes qui ne sauraient les voir à l'œuvre dans toutes les difficultés avec lesquelles ils sont journellement aux prises, il est juste et légitime que, m'associant à l'éloge que tous mes prédécesseurs se sont plu à faire de leur valeur, je rende un public témoignage de leur haute compétence professionnelle, comme des vertus militaires dont ils font preuve dans l'accomplissement du devoir.

C'est à leur vigilance et à leurs talents, non moins qu'à la constante sollicitude du commandement pour le bien-être et la santé du soldat, que l'armée doit d'avoir vu disparaître certaines grandes épidémies, autrefois si redoutables et meurtrières, d'avoir vu s'atténuer toutes les autres dans une proportion à laquelle on ne saurait atteindre dans la population civile : ce résultat est hors de toute contestation puisque depuis 1870, pour un effectif beaucoup plus considérable qu'autrefois, la mortalité militaire est tombée de 11 à 5,29 p. 1000. L'armée leur en est sincèrement reconnaissante, l'humanité et la patrie en ressentent également le bienfait.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de la Guerre,

G[al] BILLOT.

HOPITAL LAENNEC. — M. P. Merklen.

Asystolie et respiration de Cheyne-Stokes (1).

II

Un premier fait qui frappe est la longue durée de la dyspnée de Cheyne-Stokes chez mon second malade, et sa terminaison favorable. Il y a quelques années, lors des premières recherches faites à son sujet, ce phénomène était considéré comme d'un pronostic fatal à brève échéance. On sait aujourd'hui que la valeur de ce signe est moins absolue. Il peut persister plusieurs semaines, puis disparaître, le malade retrouvant les apparences de la santé : la myocardite chronique et l'artério-sclérose redeviennent tolérantes, ne se manifestant que par quelques troubles fonctionnels, compatibles avec la vie. La crise n'en reste pas moins un avertissement grave, indiquant des altérations cardio-artérielles profondes et toujours menaçantes.

Mais je désire surtout insister sur les relations de la respiration de Cheyne-Stokes avec l'asystolie. Elles ont été évidentes chez mes deux malades, et il ne me semble pas que l'urémie puisse être mise en cause, la quantité des urines, leur densité et leur teneur en urée n'ayant jamais indiqué une véritable insuffisance rénale. Au plus fort des accidents, avant l'emploi de la digitale et l'apparition de la dyspnée périodique, c'étaient des urines cardiaques, rares, avec 2 grammes d'albumine, mais densité élevée et urée en quantité suffisante; puis l'albumine disparut et l'oligurie fut remplacée par de la polyurie. Au contraire, le cœur ne cessa pas d'être dilaté et insuffisant, ainsi que le prouvaient et son volume énorme, et la congestion hépatique, et la persistance d'un peu d'œdème pulmonaire et malléolaire. Il était donc légitime d'attribuer la respiration de Cheyne-Stokes à la faiblesse cardiaque persistante. Et, comme les deux malades présentaient simultanément de la torpeur cérébrale, de l'agitation, du coma, il est permis de supposer que l'ensemble de ces phénomènes nerveux relevait des altérations mixtes d'anémie artérielle, de stase veineuse et d'œdème qui caractérisent le cerveau cardiaque.

Mais quels sont les rapports de ces troubles cérébraux, de la respiration de Cheyne-Stokes plus particulièrement, avec l'asystolie? La théorie de Traube, expliquant le phénomène par un épuisement des centres respiratoires bulbaires, dû lui-même à la faiblesse cardiaque et à un apport insuffisant de sang artériel, semble donner de cette association une explication claire et facile. En réalité, les choses se passent moins simplement. Si l'insuffisance cardiaque et l'anémie bulbaire suffisaient à produire le rythme de Cheyne-Stokes, ce devrait être un symptôme commun de toute asystolie : or, il manque habituellement dans les cardiopathies rhumatismales et n'appartient qu'à l'asystolie des artério-scléreux. Il faut donc admettre quelque chose de plus que l'insuffisance cardiaque, quelque altération dyscrasique ou organique qui prépare et favorise le trouble respiratoire.

En l'absence d'urémie, ce doit être l'artério-sclérose cérébrale, lésion latente ou antérieurement caractérisée par des vertiges, des ictus, des paralysies transitoires, mais qui devient incompatible avec le fonctionnement régulier et suffisant du cerveau, quand vient l'asystolie. L'ischémie cérébrale est alors aggravée par la diminution de la pression

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 212.

artérielle et la stase veineuse, les troubles qui en résultent variant suivant la prédominance des lésions des petites artères en tel ou tel point de l'encéphale. Les considérations qui s'appliquent au cerveau cardiaque en général, permettent également de comprendre les conditions d'apparition de la respiration de Cheyne-Stokes. D'ailleurs, l'association de ce phénomène au syndrome du cerveau cardiaque, cadre parfaitement avec les idées nouvelles qui tendent à se substituer à la théorie bulbaire de Traube. L'expérimentation de certains faits cliniques semble prouver que la fréquence et le rythme de la respiration ne dépendent pas uniquement de l'activité des centres respiratoires automatiques bulbaires. Le cerveau exercerait à l'état normal une influence régulatrice sur ces centres, et la diminution ou la suppression de cette influence régulatrice se manifesterait par une respiration irrégulière, périodique, par le rythme de Cheyne-Stokes (1). Ainsi s'expliquerait son apparition dans diverses affections cérébrales et dans la dépression mentale, sans qu'il soit encore possible de dire dans quelle partie du cerveau siègent ces centres régulateurs de la respiration.

III

Deux autres particularités, la dernière surtout importante, doivent être relevées dans mes observations. Je veux parler de l'influence de la digitale sur la production ou l'exagération de la respiration de Cheyne-Stokes, et, au contraire, de l'action favorable de la morphine.

Mon premier malade fut pris brusquement de la respiration de Cheynes-Stokes, vingt-quatre heures après l'administration d'un demi-milligramme de digitaline cristallisée, qui avait augmenté les urines et diminué le pouls, mais en laissant le premier bruit du cœur toujours imperceptible, indice de la faiblesse myocardique persistante; et la mort survint dans le coma au bout de quelques heures. Chez mon deuxième malade, actuellement guéri, après une crise d'asystolie de trois mois et six semaines de dyspnée de Cheyne-Stokes, le trouble respiratoire n'est apparu qu'après plusieurs semaines d'observation et de traitement; la diurèse était assez abondante, grâce à la digitaline donnée à plusieurs reprises, mais le myocarde ne subissait pas l'influence de ce médicament. Un malade, observé par M. Rendu (2), atteint d'artério-sclérose et d'asystolie, semblait sorti de sa crise, après avoir pris pendant quelques jours de la digitale à haute dose (1gr50 de macération en vingt-quatre heures), quand se développa chez lui la dyspnée de Cheyne-Stokes, qui n'existait qu'à l'état d'ébauche à son entrée à l'hôpital.

Il n'est pas facile d'expliquer cette singulière conséquence du traitement digitalique; peut-être s'agit-il d'une simple coïncidence, et je me borne à la signaler sans en tirer aucune conclusion. Je rappellerai seulement que, chez mes deux malades, la digitale n'avait agi qu'incomplètement, déterminant la diurèse, sans diminuer notablement le volume du cœur et sans relever son énergie. C'était une action dissociée, vaso-constrictive sans être cardio-tonique : la faiblesse cardiaque persistait et l'apport du sang artériel à l'encéphale n'était pas augmenté, tandis que l'anémie des centres nerveux pouvait être momentanément accrue en raison de l'influence purement vaso-motrice de ce médicament.

Il faudrait se garder, d'ailleurs, de proscrire la digitale du traitement de l'asystolie avec respiration de Cheyne-Stokes. Alors même qu'elle ne produit pas tout son effet utile, elle diminue les hydropisies par la diurèse, maintient le cœur en l'empêchant de faiblir davantage, et prépare la guérison si elle est possible. Et l'influence défavorable qu'elle peut avoir sur les centres et le rythme respiratoire est manifestement neutralisée par la morphine. M. Rendu, après avoir essayé sans succès les moyens habituels pour modifier la dyspnée de Cheyne-Stokes de son malade, a constaté que les injections sous-cutanées de morphine, données à la dose d'un demi-centigramme matin et soir, uniquement pour calmer l'insomnie et l'excitation mentale, avaient la plus heureuse influence sur les troubles respiratoires. J'ai fait la même observation : grâce à un demi-centigramme, au plus trois quarts de centigramme de morphine donnés tous les soirs, mon malade dormait d'un sommeil très calme, et ses irrégularités respiratoires étaient plutôt moindres. Depuis longtemps, d'ailleurs, O. Fræntzel (1) recommande, comme traitement de la dyspnée de Cheyne-Stokes des artério-scléreux, l'association de la digitale et de la morphine, disant avoir obtenu ainsi le retour de plusieurs malades à une santé apparente.

L'influence de la morphine est, en pareil cas, d'autant plus surprenante, que ce médicament détermine chez les animaux la respiration de Cheyne-Stokes. Mais Unverricht (2) a pu constater que ce trouble respiratoire ne se montrait qu'au début du sommeil morphinique, et qu'il disparaissait quand le sommeil était profond. En expérimentant divers narcotiques sur un malade atteint d'hémiplégie et de respiration de Cheyne-Stokes, il a observé que la respiration se régularisait d'autant plus vite et plus complètement que le médicament était plus actif; les bromures, par exemple, étaient inefficaces.

Ce n'est pas le lieu de tirer de ce fait les déductions qu'il comporte au point de vue pathogénique. Faut-il, avec Unverricht, admettre l'existence dans l'écorce cérébrale de centres accélérateurs et modérateurs de la respiration diversement modifiés par les narcotiques à doses légères ou fortes? Ou, n'est-il pas plus rationnel, avec R. Stern (3) et Pic (4) [de Lyon], d'attribuer la respiration de Cheyne-Stokes et les troubles nerveux qui l'accompagnent à des altérations de l'écorce cérébrale qui se caractérisent par des changements périodiques de son excitabilité, d'où la périodicité des troubles respiratoires? Cette dernière hypothèse permettrait de considérer la morphine comme un régulateur de l'excitabilité cérébrale. Quoi qu'il en soit, les expériences d'Unverricht confirment les observations de O. Fræntzel, de Rendu et de la nôtre, sur l'utilité des injections sous-cutanées

(1) Cette question est complètement étudiée dans la thèse de doctorat de V. Pachon, Paris 1892, *Recherches expérimentales et cliniques sur la fréquence et le rythme de la respiration.*

(2) H. Rendu. Affection cardiaque et respiration de Cheyne-Stokes, *Leçons de clinique médicale*, t. I, p. 349, Paris 1890.

(1) O. Fræntzel. *Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens*, Berlin 1889, fasc. I, p. 91.

(2) Unverricht. Ueber das Cheyne Stokes Athmen, XIe Congr. f. inn. Medizin, 1892, et *Wien. Med. Wochens.*, 1892, XLII, p. 875 et 922.

(3) R. Stern. Sur la respiration de Cheyne-Stokes et sur d'autres troubles respiratoires périodiques, XIVe Congr. de méd. int. de Wiesbaden, avril 1896, C. R. *Semaine méd.*

(4) Pic. Sur un tremblement combiné au rythme respiratoire de Cheyne-Stokes, Congr. de méd. int. de Nancy, août 1896, C. R. *Semaine méd.*

de morphine dans le traitement de la dyspnée de Cheyne-Stokes; le sommeil calme qu'elles donnent atténue le trouble respiratoire, au lieu de l'augmenter, comme on aurait pu le craindre. Les doses minimes du médicament suffisent, et il importe de ne pas les dépasser, en raison de l'insuffisance rénale, toujours à craindre chez les artério-scléreux.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des végétations vulvaires de petit volume.

D'après le docteur Lutaud (consult. gynécolog.). Appliquer la poudre dessiccante suivante, trois à quatre fois par jour, après lavage et assèchement à l'ouate hydrophile.

Poudre de sabine	ãã	5 grammes.
Alun calciné		
Sublimé		20 centigr.

Les poudres sont plus actives si l'on ajoute à la sabine un agent caustique tel que l'acide salicylique :

Poudre de sabine		
Iodoforme	ãã	4 grammes.
Acide salicylique		

Les agents caustiques liquides donnent de meilleurs résultats, mais leur emploi est plus douloureux. Les acides chromique, salicylique et phénique sont les plus employés.

1° Acide chromique	5	grammes.
Eau	25	—
2° Acide salicylique	5	—
Acide acétique	15	—
3° Acide phénique	5	—
Alcool q. s. pour rendre l'acide phénique déliquescent.		

On recouvre la partie cautérisée avec de l'ouate sèche. Applications tous les deux jours. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATION

Tarsoptose et tarsalgie. — M. MAURICE BLOCH se basant sur quarante nouvelles observations, dont douze personnelles, revient sur la nécessité de dédoubler la tarsalgie de Gosselin en deux entités morbides différentes : le véritable pied plat douloureux, qu'il propose de désigner sous le nom de tarsoptose, et les autres affections douloureuses du pied, qu'il groupe sous le nom de tarsalgie. Il décrit ensuite la symptomatologie et la thérapeutique de chacune de ces deux affections, qui peuvent néanmoins s'associer chez le même individu.

DISCUSSION SUR LE PHOSPHORISME

M. MAGITOT ne partage pas les opinions de la commission.

Pour ses collègues de la commission, le seul moyen d'assainir l'industrie des allumettes est de supprimer le phosphore blanc. Il trouve étrange de supprimer une industrie dans le but de l'assainir. Il est bien heureux que l'on n'ait pas procédé de la sorte pour tant d'industries réputées dangereuses : plomb, mercure, caoutchouc, matières colorantes et, en général, tous les grands poisons industriels, aujourd'hui devenus, pour la plupart, inoffensifs. Le phosphore lui-même aurait sans doute été déjà interdit aussi, puisque sa préparation, actuellement sans danger, a fait naguère tant de victimes.

D'ailleurs, dans tous les pays d'Europe, sauf le Danemark resté fidèle, depuis la loi de 1874, à la proscription du phosphore blanc, cette interdiction, plusieurs fois essayée, a été repoussée. En Suisse, une loi prohibitive de 1882 a été rapportée après deux ans d'expérience. Tentée en Belgique, qui est un centre important de production, on a dû de même y renoncer. En Allemagne, la fabrication est restée libre, sous la réserve de mesures sanitaires, et, en France, malgré le courant d'opinion très général en faveur de l'interdiction, on n'a jamais osé la mettre en pratique. Elle a donc été abandonnée partout, mais les mesures d'assainissement appliquées depuis lors ont singulièrement amélioré l'état de l'industrie.

La question, du reste, n'est pas là. La prohibition légale du phosphore est une voie sans issue. De même, la recherche de l'allumette sans phosphore, essayée à plusieurs reprises, est restée sans résultat. Restent les machines fabriquant automatiquement les allumettes; mais leur application en France est encore bien lointaine, et, d'ailleurs, elles ne suppriment ni le phosphore blanc, ni ses dangers; elles réduisent seulement le nombre des ouvriers exposés.

La solution est tout entière dans l'hygiène :

Les dangers qui menacent les ouvriers du phosphore blanc se présentent sous deux formes : le phosphorisme et la nécrose.

Le phosphorisme, c'est l'empoisonnement lent et chronique de l'ouvrier par les vapeurs phosphorées. La nécrose, c'est l'accident local de la face, qui ne peut se produire que chez les individus porteurs d'une certaine lésion préalable de la bouche, aisément reconnaissable : c'est une carie dentaire.

Or, le phosphorisme disparaîtra par la ventilation forcée des ateliers, et il n'est pas d'ingénieur qui se déclare incapable, avec les moyens mécaniques actuels, d'éliminer d'une salle de travail toute émanation nocive. Quant à la nécrose, elle sera supprimée le jour où l'on aura exclu rigoureusement du personnel tout ouvrier porteur de la lésion initiale dont il s'agit : cette réforme, c'est la sélection ouvrière.

L'application de ces principes peut, d'ailleurs, être immédiate, c'est-à-dire dans les seuls délais nécessaires pour procéder à l'installation d'une machine, et pour éviter de réduire trop brusquement, par la sélection, le personnel, et éviter une crise ouvrière ou une grève. Toute usine dans laquelle ces réformes ne seraient pas applicables devra être supprimée; elle n'est pas assainissable.

M. VALLIN répond à M. Magitot qui, dans la Commission, est seul de son avis : M. Magitot, en effet, est le seul qui défende le phosphore blanc, tandis que tous les autres membres de la Commission sont d'avis de le remplacer par le phosphore rouge. Les usines d'Alger et d'Aix, citées comme exemple par M. Magitot, sont, en effet, très saines, parce qu'elles sont neuves et qu'elles se trouvent dans des pays chauds où il est facile d'aérer. Mais toutes ces précautions prescrites par M. Magitot empêchent-elles les accidents du phosphorisme? M. Vallin ne le pense pas. En effet, il examine les prescriptions de M. Magitot.

M. Magitot pose cette première règle qu'on ne devra jamais accepter d'ouvriers âgés de plus de vingt-huit ans et dont les dents ne seront pas parfaitement saines. Il ajoute que tout individu atteint de phosphorisme doit être considéré comme un véritable *noli me tangere*, et qu'il ne faudra plus jamais pratiquer chez lui la moindre opération. C'est ainsi qu'on a vu des ouvriers toucher près de 10000 francs par an pour une dent cariée. Quant à l'âge minimum fixé par M. Magitot pour l'admission dans les ateliers, il faut bien songer que, dans dix ans, ces ouvriers auront trente-

huit ans, et se trouveront alors dans les mêmes conditions que les ouvriers actuels de l'usine de Pantin.

M. Vallin appelle aussi l'attention sur l'intoxication par les voies respiratoires chez les ouvrières qui, après avoir manié les allumettes, vont manger sans se laver les mains.

On voit donc bien, d'après tout cela, que la ventilation des ateliers, proposée par M. Magitot, est insuffisante et il le reconnait lui-même, puisque, outre cette ventilation, il propose bien d'autres mesures. Si l'on veut suivre M. Magitot dans toutes ses prescriptions, il faudra transformer les ateliers en cabinets de dentiste et en laboratoires de chimie. Avec ce fantôme du phosphorisme, on arrive à proposer des mesures d'une application très difficile, pour ne pas dire impossible. Tous ces ouvriers, atteints de quelque maladie que ce soit, auront des congés indéfinis avec salaire. Le régime lacté d'une part et, d'autre part, l'air ozonisé des campagnes entraînent à des dépenses considérables. Ainsi, à l'usine de Pantin, en 1896, pour une population de 620 ouvriers, on a dépensé 19242 francs de lait et 7851 francs de séjour à la campagne : car il ne faut pas oublier que toute indisposition est naturellement attribuée au phosphorisme. Il y a eu, dans l'année 1896, 4 décès parmi les ouvriers de l'usine de Pantin. Un est mort du chloroforme au cours d'une opération, le second est mort d'urémie, les deux autres sont morts de tuberculose. Naturellement, ces malheureux ont été enterrés aux frais de l'État. Ils ont touché leur salaire jusqu'au dernier jour.

En présence de ces faits, en présence des difficultés d'application des moyens proposés par M. Magitot, M. Vallin croit devoir maintenir les conclusions de la Commission : Supprimez le phosphore blanc, vous supprimerez le phosphorisme. Toutefois, M. Vallin estime qu'il faut tenir compte des précautions hygiéniques préconisées par M. Magitot et les mettre en œuvre dans la mesure du possible, jusqu'à ce qu'on ait obtenu la suppression du phosphore blanc.

M. MAGITOT déclare que ses idées ont changé. Il est bien convaincu, aujourd'hui, de l'impossibilité qu'il y a à supprimer le phosphore blanc dans la fabrication des allumettes; le public exige, en effet, qu'elles soient d'un certain type. On ne peut satisfaire à ses exigences qu'au moyen du phosphore blanc. En Suisse, on a voulu remplacer le phosphore blanc et, après deux ans d'essai, on a dû y revenir. S'il n'était pas possible d'éviter les accidents de phosphorisme déterminés par le phosphore blanc, certes il faudrait supprimer ce phosphore. Mais par l'assainissement, on peut arriver à faire disparaître tous les accidents du phosphorisme. Ainsi à Alger il y a une usine où, depuis douze ans, il n'y a pas eu un accident sérieux imputable au phosphorisme. A Aix il n'y en a pas encore eu non plus. D'autre part, il ne faudrait pas croire qu'il soit difficile de ventiler. Très facilement on peut établir des appareils permettant de faire une usine ne sentant pas le phosphore.

Mais il y a plus, la sélection préalable des ouvriers suffirait, à elle seule, pour empêcher l'apparition des accidents phosphorés. Si tous les ouvriers ont la bouche en bon état, si on les surveille soigneusement, on pourra éviter, d'une façon presque complète, les accidents du phosphorisme.

M. ROUSSEL fait observer que la question des allumettes que réclame le public importe peu. Ce n'est pas un argument à présenter ici. C'est l'emploi du phosphore rouge qui doit supprimer les accidents d'une façon radicale. C'est donc lui que nous devons recommander à l'exclusion du phosphore blanc. En nous tenant sur le terrain scientifique, nous ne pouvons pas dire autre chose.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'est ouvert lundi 22 février. Les candidats ont eu à traiter par écrit : « Des tromboses veineuses. » Questions restées dans l'urne : « Des hémorragies dans les fièvres éruptives. — Des paralysies diphtéritiques. »

La lecture des copies aura lieu, à la Charité, les lundis à huit heures et demie du soir ; les mercredis à quatre heures et demie ; les vendredis à neuf heures et demie du matin.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 février 1897, ont été inscrits d'office au tableau d'avancement des officiers du corps de santé des colonies, pour le grade supérieur : MM. Clavel, médecin en chef de deuxième classe, et Maclaud, médecin de deuxième classe.

— M. le docteur Adr. Gastinel est nommé médecin-adjoint du ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

— Le secrétaire général du Congrès de Moscou fait savoir que le 1er juin a été fixé, comme dernière date, pour la réception des titres et extraits des communications qui seront lues devant le Congrès.

— La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa réunion annuelle le 3 mai 1897. Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes : « Traitement de l'ozène ; — Paralysies essentielles ; — L'oreille, le nez et le larynx au point de vue médico-légal. »

— M. le docteur Déjerine, professeur agrégé, médecin de la Salpêtrière, commencera ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses, le jeudi 25 février 1897, dans la salle de la consultation externe de la Salpêtrière. Le mercredi matin, à neuf heures et demie, examen des malades de la consultation externe.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront : 1° à l'Ecole pratique de la Faculté, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, le mardi 16 mars 1897 ; 2° à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin, 17), sous la direction de M. Quénu, agrégé, directeur des travaux scientifiques dudit amphithéâtre, le lundi 8 mars 1897. — Ils auront lieu tous les jours, à une heure.

Ces exercices sont obligatoires pour les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de quatrième année, en vue de la seizième inscription.

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de quatorze inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de quatrième année qui ont pris la quatorzième inscription en janvier 1897 (du 6 au 28) sont inscrits d'office et seront convoqués dans l'ordre de la prise de cette inscription.

Une liste supplémentaire sera formée en faveur des élèves ayant pris la quatorzième inscription après le 28 janvier et dans le courant du trimestre ; mais cette liste ne sera convoquée que si le service le permet.

Il est recommandé à ces élèves : de prendre régulièrement l'inscription d'avril, s'ils veulent être maintenus à la liste d'appel ; et de faire connaître leur changement d'adresse, s'il y a lieu.

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de quatorze inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 24. — SAMEDI 27 FÉVRIER 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 27 FÉVRIER 1897. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'érysipèle palpébral.

Par P. MERMET, ancien interne des hôpitaux.

I

Considérations générales. — FRÉQUENCE. — L'organe de la vision constitue, on le sait, un terrain de culture favori pour le streptocoque de l'érysipèle. Parmi les complications ou les manifestations optiques de celui-ci, on doit placer, au premier rang, celles qui atteignent le système protecteur du globe, les paupières notamment. Nous allons successivement les passer en revue ici.

On pourrait croire, au début, qu'il est très facile de donner le pourcentage de ces lésions palpébrales streptococciques; il n'en est rien cependant. La seule chose que l'on puisse dire, c'est qu'elles sont excessivement communes, et cela pour les raisons suivantes.

ÉTIOLOGIE. — Tout d'abord, il est une cause anatomique importante qui fait des paupières une région de prédilection pour l'érysipèle. Elle réside dans la structure même de ces deux voiles membraneux.

La peau des paupières, vu sa délicatesse, offre, suivant l'expression de Tillaux, « un terrain facile de siège inflammatoire; » elle est de plus souvent couverte d'érosions, de fissures qui servent de porte d'entrée pour le streptocoque. Le tissu cellulaire palpébral sous-cutané, vu sa laxité, est en outre un terrain facile de propagation microbienne. On ne saurait enfin oublier la richesse des réseaux lymphatiques dans cette diffusion du streptocoque.

Ces quelques dispositions anatomiques étant rappelées, il nous reste à rechercher quel est le point d'introduction du micro-organisme. Celui-ci peut se trouver sur les paupières mêmes ou bien à distance; l'érysipèle palpébral est alors, suivant le cas, primitif ou secondaire.

1° *Érysipèle primitif.* — Souvent la lésion originelle est sur les paupières mêmes; elle consiste soit en une lésion traumatique (écorchure, érosion, fissure), soit en une lésion inflammatoire de la paupière ou du bord ciliaire (orgeolet, blépharite, etc.).

« La lésion traumatique, dit Cuénod (1), constitue une étiologie plausible et que l'expérience vérifie quelquefois; notons cependant que le streptocoque n'est pas un hôte habituel de la peau, que, pour notre part, nous ne l'avons jamais rencontré sur les paupières normales et que, d'autre part, Achalme (2) n'a pu en obtenir de cultures sur des milieux exposés à l'air libre, même dans les salles affectées aux érysipélateux; notons enfin que l'absence de prédisposition de l'affection aux paupières du côté droit, semble écarter l'idée d'une contamination par les mains du sujet.

L'infection par l'orgeolet est également possible; on sait, en effet, que le streptocoque et le staphylocoque sont fréquemment associés; nous rappellerons seulement ici que, sur nos dix examens d'orgeolets, qui neuf fois nous ont donné des cultures pures de staphylocoques dorés, nous n'avons jamais noté la présence de streptocoques. »

2° *Érysipèle secondaire.* — Mais le plus souvent, la streptococcose palpébrale est secondaire soit à un érysipèle externe, soit à une affection des voies lacrymales, des conjonctives ou des cavités de la face.

L'érysipèle facio-cranien se complique d'ordinaire de lésions palpébrales; on peut même dire qu'il n'existe pas d'érysipèle de la face, tant soit peu intense, où cette localisation fasse défaut. La propagation se fait par les lymphatiques et par le tissu cellulaire sous-cutané.

L'érysipèle des fosses nasales, les affections du sac lacrymal à streptocoques se compliquent parfois d'érysipèle des paupières [de Wecker (3), Widmark (4), Achalme (5)]. Nous devons signaler ici un fait de la plus haute importance : c'est la prédilection qu'a le streptocoque à cheminer par les voies lymphatiques et l'hypoderme, évitant de préférence la voie ascendante des muqueuses (Widmark). Cette remarque nous rend compte de la prédominance des lésions palpébrales à streptocoques, eu égard aux déterminations con-

(1) A. CUÉNOD. *Bactériologie et parasitologie cliniques des paupières*, Th. de Paris, 1894, p. 64.

(2) P. ACHALME. *Considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle, ses formes et ses complications*, Th. de Paris, 1892.

(3) L. DE WECKER et E. LANDOLT. *Traité complet d'ophtalmologie*, 1880, t. I, p. 37.

(4) J. WIDMARK. Études bactériologiques sur la dacryocystite et l'ulcus serpens de la cornée, *Nord. Med. Ark.*, 1884, t. XVI, p. 1, et Études bactériologiques sur la dacryocystite, la kératite à hypopyon, la blépharadénite et la dacryocystite phlegmoneuse, *Hygica*, 1885, t. XLVII, p. 581.

(5) ACHALME. Loc. cit., p. 172.

jonctivales dans les cas d'érysipèles palpébraux consécutifs à des infections soit du sac, soit des voies lacrymales supérieures.

Siège. — Que l'affection soit primitive ou secondaire, les paupières peuvent être atteintes d'un seul ou des deux côtés. Le plus souvent, il s'agit de lésions bilatérales; toutefois, dans les érysipèles hémifaciaux, surtout dans ceux qui succèdent à des affections du sac lacrymal, l'unilatéralité du processus morbide est de règle.

L'habitude est que les deux paupières du même côté soient intéressées; très rarement, l'une d'elles se comporte différemment de sa voisine.

Formes cliniques. — L'érysipèle au niveau des paupières se manifeste sous forme d'accidents aigus auxquels peuvent succéder des troubles chroniques graves, surtout au point de vue fonctionnel.

Ces types cliniques méritent des descriptions distinctes; aussi étudierons-nous séparément : 1° les accidents aigus palpébraux de l'érysipèle, ou érysipèle proprement dit des paupières; 2° les troubles chroniques du côté du système protecteur du globe, consécutifs à des attaques d'érysipèle.

Avant d'entreprendre leur description, nous ferons remarquer que nous laisserons volontairement de côté ici ce qui a trait aux affections streptococciques de la conjonctive; c'est une trop grosse question que nous ne pouvions aborder encore dans cette Revue. Nous ne parlerons pas ici non plus du rôle curateur joué par l'érysipèle sur l'évolution de certains lupus ou cancroïdes des paupières; ces faits se rapportent à l'érysipèle salutaire des auteurs et n'ont rien de spécial à la région.

II

Accidents aigus. — Avec des allures aiguës, l'érysipèle palpébral peut revêtir divers degrés qu'il importe de connaître; nous procéderons par ordre de fréquence décroissante dans l'étude de ces formes cliniques, cet ordre correspond inversement à celui de leur gravité.

1° Érysipèle palpébral simple. — C'est l'érysipèle palpébral classique, simple ou œdémateux, celui qui accompagne la plupart des érysipèles de la face.

Primitif ou secondaire, il se caractérise tout d'abord par une rougeur intense, s'accompagnant d'un aspect luisant de la peau; bientôt ou en même temps apparaît un œdème considérable de la paupière, œdème dont le degré est en rapport avec l'intensité de l'infiltration et la laxité du tissu conjonctif palpébral. Les paupières sont énormes; le gonflement est tel qu'il empêche le malade de les entr'ouvrir; c'est une mollesse pâteuse avec persistance de l'empreinte digitale. Elles sont rouges, luisantes, tendues, chaudes et sèches au toucher; il y a rarement un bourrelet périphérique bien net. La douleur est en raison inverse du gonflement; elle est le plus souvent modérée et revêt la sensation de picotement, de brûlure.

Le gonflement œdémateux se propage d'ordinaire tout ou partiellement à la conjonctive palpébrale qui sécrète bientôt un muco-pus qui agglutine les bords ciliaires et s'accumule dans le grand angle de l'œil. Ce gonflement palpébral et cette exsudation conjonctivale simulent, à s'y méprendre, une conjonctivite purulente; un examen attentif démontre que la conjonctive bulbaire est saine, ce qui tranche la question.

Le pronostic de l'érysipèle palpébral simple est favorable, quoique d'allures le plus souvent effrayantes. Il laisse, toutefois, facilement persister, pendant une durée plus ou moins longue, une certaine induration avec léger ptosis de la paupière supérieure. Nous reviendrons plus loin sur ces états éléphantiasiques consécutifs à l'érysipèle.

2° Érysipèle phlycténoïde. — Ce degré plus intense de l'affection streptococcique n'est point rare sur les paupières, en raison même de la finesse des tissus palpébraux.

Cet érysipèle palpébral phlycténoïde ne diffère guère de ce qu'il est ailleurs, et suivant que les soulèvements épidermiques, qui sont le propre de cette variété, sont plus ou moins considérables, on a des vésicules, des phlyctènes ou des bulles. Ces phlyctènes contiennent un liquide citrin, peu épais; d'autres fois, le contenu est séro-purulent; assez souvent aux paupières ces phlyctènes deviennent hémorragiques (érysipèle hémorragique, Aubrée).

Cette variété n'est guère d'un pronostic plus grave que la première, sauf en ce qui concerne le type hémorragique, qui constitue souvent la première phase de l'érysipèle gangréneux.

3° Érysipèle phlegmoneux. — Il arrive assez souvent que l'inflammation palpébrale ne se borne pas à ces simples phases congestive et exsudative que nous venons d'étudier; il se développe, en effet, dans certains cas, dans l'épaisseur de la paupière, un phlegmon circonscrit, ou même une suppuration diffuse.

Il importe, avant d'entrer dans la description de cette variété, de la limiter et de bien définir ce qu'on entend par érysipèle phlegmoneux des paupières.

Avec notre pathologie actuelle du streptocoque, on ne doit décrire ici que les suppurations des paupières reconnaissant pour cause la présence du streptocoque seul ou associé. Cette définition élimine d'emblée le phlegmon érysipélateux des anciens auteurs, souvent dus à d'autres micro-organismes, le phlegmon bronzé ou érysipèle bronzé, dû à la bactérie de Pasteur, phlegmons localisés aux paupières dans certaines observations.

L'anatomie pathologique de l'érysipèle phlegmoneux palpébral a été faite d'une façon étendue par Michel (1), auquel de Wecker et Landolt empruntent la description suivante. Au début il s'agit d'une transsudation séreuse et d'une infiltration de leucocytes qui, en s'accumulant en masse dans le tissu sous-cutané, peuvent constituer de véritables abcès arrondis et d'une étendue variable. L'infiltration purulente se montre jusque dans le sarcolemme des muscles, mais c'est particulièrement dans le tissu graisseux et autour des glandes que les corpuscules lymphatiques s'accumulent en masse. Autour des glandes sébacées, sudoripares et des bulles pileux se trouvent aussi un grand nombre de leucocytes, tandis que le tarse lui-même participe peu à cette infiltration purulente. Le tissu conjonctival, au contraire, est généralement imbibé de sérosité. Les racines des cils épilés ou tombés paraissent gonflées et remplies de leucocytes, qui se montrent même dans la gaine pileuse.

La bactériologie de ces phlegmons érysipélateux des pau-

(1) Michel. Krankheiten der Lider, in *Handbuch der Augenheilkunde de A. Græfe et Th. Sæmisch*, 1876, Bd. IV, p. 391.

pières reste encore à faire dans la plus grande part. Des examens bactériologiques complets, avec inoculation aux animaux, font encore à peu près défaut dans la littérature médicale et présenteraient pourtant le plus vif intérêt; on n'a guère fait, jusqu'ici, que la simple constatation du microbe en chaînette et même les cas publiés sont-ils exceptionnels.

Au point de vue clinique, on observe aux paupières le phlegmon diffus et le phlegmon circonscrit.

Ce dernier est le plus rare. « Le plus souvent, disent Spillmann et Ganzinotti (1), ce n'est qu'une complication indépendante de l'irritation causée par le streptocoque érysipélateux; elle est d'ordre secondaire et engendrée par la présence dans les tissus ou dans les lymphatiques des microbes du phlegmon. »

L'abcès circonscrit est d'habitude dû à une infection secondaire. Ce fait nous explique l'époque tardive d'apparition des accidents phlegmoneux de cette nature au cours de l'érysipèle des paupières. C'est en général, en effet, vers la terminaison de l'affection, du huitième au quinzième jour, que les lésions se montrent. Elles se caractérisent par des foyers de suppuration limités dans certains points du tissu conjonctif sous-jacent à l'érysipèle (Gosselin); ces foyers de suppuration sont dus à l'extension au tissu cellulaire de la dermite, soit grâce à la virulence des microbes associés, soit sous l'influence d'un mauvais état général.

La symptomatologie de ces suppurations circonscrites a été bien décrite par Achalme. Sur le fond rose de l'érysipèle en voie de résolution, apparaissent de petits nodules en plus ou moins grand nombre, qui présentent une couleur rouge beaucoup plus accusée. Ces taches, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs, sont le siège d'un gonflement circonscrit formant une saillie arrondie. Le toucher révèle que les couches sous-cutanées sont intéressées par le processus. En somme, chacun de ces noyaux représente un type de plegmon circonscrit. Généralement ces abcès sont multiples et occupent, non seulement la région palpébrale, mais toute la face; leur multiplicité est d'ailleurs spéciale.

Leur évolution se fait lentement et sans réaction, comme de véritables abcès froids (Tillmanns). La laxité des tissus palpébraux paraît jouer ici son rôle dans cette marche chronique; il semble qu'elle permet un séjour plus long du microbe et du plasma en ce point et qu'elle favorise la coagulation de la fibrine [Achalme (2)]. Ces abcès s'ouvrent, en général, à la peau des paupières, quelquefois au niveau des culs-de-sac conjonctivaux; rarement ils donnent naissance à un phlegmon diffus. Ce sont donc des complications bénignes, au point de vue de l'infection.

Mais en raison de leur marche aphlegmasique, torpide, de leur durée interminable, ces abcès et les fistules palpébrales qui leur succèdent entraînent des modifications profondes dans la structure de l'appareil protecteur du globe. il en résulte des déformations des paupières et des bords ciliaires (entropion, ectropion, trichiasis, etc.), pour lesquelles des interventions chirurgicales ultérieures sont, le plus souvent, nécessaires.

La forme phlegmoneuse diffuse de l'érysipèle est fréquente aux paupières; nous insistons sur la prédilection de cette variété pour ces organes. La cause en est facile à saisir et résulte toujours de la même disposition anatomique du système palpébral: nous voulons parler de la laxité du tissu cellulaire sous-cutané de cette région. Cette circonstance anatomique imprime aux phénomènes cliniques une allure des plus graves dans nombre de cas.

Une autre cause de la gravité de ces phlegmons diffus palpébraux de l'érysipèle nous est fournie par la bactériologie. Dans la plupart des cas, en effet, c'est le streptocoque associé qui est justiciable de la suppuration, et l'on sait aujourd'hui quel est en général le pronostic de ces associations microbiennes.

La symptomatologie de ces érysipèles phlegmoneux diffus des paupières a été bien exposée par Trélat (1) dans ses cliniques. Cette symptomatologie simule à s'y méprendre celle de l'ophtalmie purulente la plus aiguë. Après un début dramatique: frissons intenses, malaise général, fièvre vive, les lésions locales s'installent. Les deux paupières sont rapidement prises. Elles sont le siège d'une tuméfaction d'un rouge lie de vin, couleur de betterave (Trélat), s'étendant à toute la région palpébrale. Les bords libres des paupières, intimement accolés par suite d'un degré assez prononcé de renversement en dedans, ne permettent pas l'examen du globe oculaire. Souvent apparaissent sur les téguments palpébraux des vésicules contenant un liquide séro-sanguinolent plus ou moins louche, prélude souvent d'un érysipèle gangréneux. Les douleurs acquièrent dans cette forme une intensité extrême, dont la distension des tissus nous rend suffisamment compte. L'état général est grave et rappelle tout le cortège infectieux du phlegmon diffus.

Au bout de quelques jours, deux, trois jours à peine, la suppuration s'est établie et trop souvent a fusé du côté du tissu cellulaire de l'orbite, donnant lieu au phlegmon orbitaire érysipélateux avec ses redoutables conséquences. Sa description est trop connue pour que nous nous y attardions.

Il nous reste à dire quelques mots sur le diagnostic de cette variété d'érysipèle palpébral, car il est souvent fort délicat, et l'affection peut simuler de tout point une ophtalmie purulente ou le charbon des paupières. L'absence de suppuration des conjonctives, l'intégrité absolue de ces muqueuses contredisent habituellement la première opinion, à la condition, toutefois, disent de Wecker et Landolt, de ne pas se laisser induire en erreur par un chémosis plus ou moins marqué. Pour éliminer la pustule maligne, on sera guidé par l'absence d'eschare caractéristique avec sa couronne de vésicules. L'œdème charbonneux est d'un diagnostic plus difficile; dans le cas rapporté par Trélat il fut fait, grâce à l'état général qui était relativement favorable, à la limitation exacte de l'œdème aux paupières sans propagation aux régions voisines. Certaines observations montrent même que la différenciation aurait été impossible sans le secours de la bactériologie, et en particulier de l'inoculation à l'animal.

4° Érysipèle gangréneux. — La région palpébrale, enfin, se prête volontiers au sphacèle dans l'érysipèle, de même que le scrotum, la verge et la vulve, en raison de la laxité du tissu cellulaire sous-cutané dans ces différents points.

Cet érysipèle gangréneux palpébral apparaît souvent d'emblée et revêt même quelquefois des allures foudroyan-

(1) P. Spilmann et L. Ganzinotti. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Érysipèle, 1887, s. 1, t. XXXV, p. 487.

(2) Achalme. Loc. cit., p. 155.

(1) Trélat. Érysipèle phlegmoneux des paupières, *Leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité*, 1877, p. 50.

tes; tels les cas relatés par Lawrence (1), Biermann (2), Elschnig (3), Valude (4).

Cliniquement, cette variété doit être rapprochée de l'érysipèle phlycténoïde et de l'érysipèle phlegmoneux. En même temps que la rougeur et le gonflement qui sont quelquefois invraisemblables (Valude), on voit se développer des phlyctènes remplies d'une sérosité claire ou roussâtre. La peau des paupières est livide plutôt que rouge, la paupière supérieure est le siège d'un œdème phlegmoneux extrême; énormément distendue et gonflée elle forme, comme dans le cas de Valude, une véritable « capote de cabriolet au-devant de l'orifice orbitaire ». Les phlyctènes, dont le liquide contient le streptocoque, se crèvent, laissant à leur place des eschares de couleur sombre, puis brunâtre, qui se circonscrivent et s'éliminent lentement, si l'affection se termine par la guérison.

Mais celle-ci est rare dans cette variété gangréneuse de l'érysipèle palpébral. Le phlegmon gangréneux de l'orbite et la mort, au milieu d'accidents pyohémiques les plus graves, sont, en effet, la terminaison habituelle de la maladie. Cependant, si la guérison survient, la chute des eschares cause les plus grands ravages et le pronostic est loin encore ici d'être bon pour l'avenir; il faut, en effet, compter avec les mutilations consécutives des voiles palpébraux.

Nous n'avons guère à nous arrêter sur l'anatomie pathologique de cette variété d'érysipèle palpébral, qui diffère peu de celle de l'érysipèle gangréneux en général. Le plus souvent, il s'agit de thromboses lymphatiques et sanguines, avec nécrose de coagulation. Sur les coupes on ne trouve nulle part de pus collecté en foyer; il s'agit, le plus souvent, comme dans le cas de Valude, d'une infiltration gélatiniforme ou même purulente, d'apparence demi-solide à la coupe, ayant la plus grande tendance à diffuser dans l'orbite; les exsudats purulents infiltrés sont farcis de streptocoques. D'autres fois, la gangrène palpébrale dans l'érysipèle a une cause surtout mécanique et un peu analogue à la gangrène par pression (Achalme); celle-ci est presque spéciale aux régions dans lesquelles la peau très mince repose sur un tissu cellulaire très lâche. Dans ces diverses parties les vaisseaux, qui amènent à la peau sa nutrition, sont obligés de traverser la sorte de bourse séreuse qui double le derme à ce niveau; or, les mailles de ce tissu sont distendues par la sérosité érysipélateuse, et, en même temps, l'enveloppe cutanée distendue subit une pression de dedans en dehors qui achève, en augmentant la résistance, de l'anémier par l'affaissement des capillaires, et de compromettre sa vitalité. Achalme (5) a pu faire des coupes d'une paupière ainsi gangrénée; il n'y a point trouvé de micro-organismes; les cellules se coloraient mal par les réactifs, mais en aucun point il n'y a trouvé les lésions lymphatique et sanguine signalées plus haut.

Le diagnostic de cette variété d'érysipèle est souvent impossible par la simple analyse des symptômes. L'œdème malin ou charbon des paupières simule, à s'y méprendre, l'érysipèle gangréneux; Mitwalsky (1) va même jusqu'à prétendre que dans la littérature, notamment en France, on a enregistré sous ce nom bon nombre de gangrènes érysipélateuses des paupières. Cette affirmation n'est peut-être pas suffisamment motivée; néanmoins, elle nous prouve que la recherche du microbe est nécessaire pour poser un diagnostic exact (Cuénod, Achalme). Dans le cas d'érysipèle, la constatation microscopique du streptocoque est la règle; les cultures sur l'agar et les inoculations au lapin confirmeraient ce diagnostic; ces dernières montreront, de plus, la virulence du microbe. Dans le cas d'œdème malin, on trouvera, le plus souvent, la bactéridie charbonneuse, dans d'autres, qu'il sera bon de spécifier sous une autre dénomination, on pourra rencontrer le vibrion septique (Cuénod).

Ces quelques préliminaires nous amènent forcément à exposer, au point de vue du diagnostic, la classification des gangrènes de la paupière proposée par Elschnig. Cet auteur divise les gangrènes de cette région en trois groupes : les gangrènes 1° primaires, 2° secondaires, 3° par phlegmasies provenant d'affections de voisinage. Dans la première catégorie, il range les gangrènes de la pustule maligne et de l'œdème charbonneux, celles de l'érysipèle et de la blennorragie, et enfin la gangrène traumatique. Dans la seconde se trouvent celles qui dépendent de la septicémie générale et de l'endocardite ulcéreuse. Enfin, le troisième groupe comprend les gangrènes palpébrales consécutives à des phlegmasies du voisinage, telles que la dacryocystite phlegmoneuse, la panophtalmie, le phlegmon de l'orbite, la périostite orbitaire, l'empyème des sinus.

Si nous n'avons rien dit jusqu'ici de la thérapeutique des variétés d'érysipèle palpébral que nous venons d'étudier, c'est qu'elle ne présentait rien de bien spécial à la région; le traitement de l'érysipèle gangréneux mérite cependant une mention. Depuis longtemps, les chirurgiens et les ophthalmologistes d'accord conseillent la thérapeutique ignée; les incisions larges et précoces au thermocautère, jointes à un traitement général intensif, peuvent enrayer le processus gangréneux et destructif et prévenir un phlegmon de l'orbite des plus graves. Les injections interstitielles antiseptiques (sublimé, acide phénique, etc.) ne semblent pas avoir donné, dans ce cas, ce qu'on attendait d'elles.

III

Troubles consécutifs. — En raison de leur fréquence, nous devons faire un chapitre à part des déformations et mutilations des voiles palpébraux consécutives à l'érysipèle. D'autre part, l'importance de ces replis est trop grande au point de vue du bon exercice de la fonction oculaire pour que les lésions de ceux-ci ne retentissent pas sur l'appareil visuel, et ne viennent ainsi singulièrement aggraver le pronostic de l'érysipèle oculo-palpébral.

Nous grouperons ces déformations des paupières sous trois types principaux : ectropion, entropion, éléphantiasis.

1° Ectropion. — L'ectropion s'observe quelquefois à la suite de l'érysipèle palpébral, surtout dans la variété gangréneuse et au niveau de la paupière inférieure.

(1) Lawrence. A singular case of erysipelatous inflammation of the lower-eyelid terminating in gangrene in the short space of thirty-six hours, *The Lancet*, 1826, t. X, p. 127.

(2) Biermann. Ein Fall von Erysipelas gangrœnosum beider Lider des rechten Auges, *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1869, t. VII, p. 91.

(3) A. Elschnig. Ueber Gangrœn der Lidhaut, *Klin. Monatsbl. f. Augenh*, 1893, t. XXXI, p. 191.

(4) Valude. Phlegmon gangréneux des paupières et de l'orbite. Septicémie et mort, *France méd.*, 1890, t. XXXVII, p. 22.

(5) Achalme. Loc. cit., p. 160.

(1) J. Mitwalsky. Zwei Fälle von bilateraler Gangræn der Lidhaut, *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1893, t. XXI, p. 18.

Les causes en sont multiples. Il peut être dû à divers processus. Tantôt il est d'origine cicatricielle; à la suite d'un érysipèle gangréneux, par exemple, il se forme des brides fibreuses externes qui entraînent la paupière en dehors; plus souvent, c'est par la formation d'un tissu inodulaire de cicatrice au niveau des pertes de substances palpébrales, et par rétraction consécutive de ce tissu que s'enroulent, en dehors, les voiles palpébraux. Dans cette forme cicatricielle, ce sont surtout les commissures palpébrales, ou mieux la portion voisine des bords ciliaires, qui s'ectropionnent. D'autres fois, l'ectropion est d'origine inflammatoire et dépend de lésions plus intenses du cartilage tarse; ces cas sont plus rares. Dans les érysipèles phlegmoneux palpébraux, le cartilage tarse s'enflamme à son tour, s'indure consécutivement et aboutit à un ectropion plus ou moins marqué. Enfin, dans quelques cas, l'ectropion post-érysipélateux paraîtrait dû à une infiltration et à une sclérose secondaire du muscle orbiculaire des paupières; rarement il est d'origine paralytique.

La symptomatologie de cet ectropion est très variable. Tantôt il est très peu marqué, surtout dans le cas d'ectropion inflammatoire, tantôt, au contraire, il prend des proportions extrêmes dans les ectropions cicatriciels. Les paupières rétractées et indurées peuvent, dans ce dernier cas, être attirées au dehors à un très haut degré; elles sont mutilées tout ou partiellement, au point que la difformité qui en résulte est, quelquefois, vraiment hideuse. Trop souvent il s'y ajoute du symblépharon, de l'ankyloblépharon, etc.

On comprend sans peine les terribles conséquences de telles déformations, leur retentissement fatal sur la vitalité du globe oculaire : lagophtalmie, kératite par desséchement, etc.

Le diagnostic rétrospectif sera facile alors dans la majorité des cas; il suffit de se remémorer le tableau d'Elschnig et de passer en revue les diverses variétés de gangrènes palpébrales, pour retrouver dans l'une d'elles la cause d'un ectropion cicatriciel; l'ectropion inflammatoire post-érysipélateux donne plus volontiers lieu à des méprises.

Nous rappelons en deux mots que, dans la majorité des cas, ces ectropions d'origine streptoccocique sont justiciables des procédés thérapeutiques appliqués dans l'ectrosion cicatriciel; ce sont, entre autres méthodes, l'extirpation de la conjonctive, la section des adhérences, la résection du tarse, les tarsorraphies, les blépharoplasties diverses par hétéroplastie, ou mieux par autoplastie.

2° Entropion. — L'entropion est plus rare, comme conséquence de lésions blépharo-conjonctivales dans l'érysipèle. Il fait, d'ailleurs, plutôt suite aux conjonctivites à streptocoques qu'aux lésions palpébrales érysipélateuses.

Les causes se rapprochent de celles de l'ectropion. Plus rarement toutefois que le précédent, le renversement en dedans du bord ciliaire résulte de cicatrices vicieuses; c'est dans ce cas surtout qu'il s'accompagne de symblépharon. Plus ordinairement cet entropion est d'origine inflammatoire, soit par infiltration du tarse et des tissus sous-conjonctivaux, soit par altération des fibres de l'orbiculaire enchâtonnant les bulbes pileux, et venant se fixer sur ces bulbes (Colle); dans ces divers cas, le trichiasis est le compagnon presque obligé de l'entropion.

La symptomatologie et le traitement de cet entropion n'offrant rien de particulier, nous passons immédiatement à la plus grosse des complications tardives des érysipèles palpébraux, à l'éléphantiasis des paupières.

3° Éléphantiasis. — C'est là une complication fréquente de l'érysipèle récidivant palpébral.

Connu déjà depuis longtemps, l'éléphantiasis post-érysipélateux des paupières a été bien étudié par Michel (1), de Wecker (2). Pedraglia et Deutschmann (3), Liebrecht (4), Schmidt (5), Lavrand (6), Fage (7) en ont publié plus récemment des observations intéressantes. Ajoutons que l'histoire de ces œdèmes localisés des paupières d'origine streptococcique se rattache à celle de l'érysipèle blanc œdémateux; ils rentrent dans le grand chapitre nosologique de ces éléphantiasis nostras dont l'anatomie pathologique a été magistralement faite par M. Renaut (8).

Il a reçu différents noms pour la région palpébrale; il constitue l'œdème lymphangoïde palpébral de de Wecker, l'œdème gélatineux de quelques auteurs, la dermite hypertrophique érysipélateuse des paupières.

Dans l'étiologie de l'éléphantiasis érysipélateux des paupières, plusieurs points sont à mettre en relief. D'une part, nous devons signaler le jeune âge et le sexe des sujets; ce sont, le plus souvent, des femmes ou des jeunes filles pubères qui sont atteintes; plus rarement, ces éléphantiasis localisés s'observent chez l'homme ou chez la femme d'un âge avancé (Lavrand, Fage). Habituellement, les sujets présentent le tempérament dit scrofuleux ou lymphatique; ce fait n'a rien, il est vrai, de bien spécial, on connaît depuis longtemps la prédilection des scrofuleux pour les œdèmes lymphatiques. Cette variété d'érysipèle chronique paraît de plus être plus fréquente dans les pays chauds où les infections streptococciques affectent une forme récidivante et tenace [Barallier (9)]. La cause principale de cette difformité palpébrale réside dans une succession d'inflammations, de poussées érysipélateuses qui, chez certains sujets, surviennent avec une insistance particulière, tous les mois, à l'époque des règles, comme dans le cas de Fage, et même deux ou trois fois par mois, comme dans le cas de Lavrand. Plus rarement, l'érysipèle palpébral s'installe d'une façon véritablement chronique et aboutit à la dermite hypertrophique.

La pathogénie de ces érysipèles récidivants, en général, a été bien discutée dernièrement par Follet (10) dans sa thèse. Cette discussion s'applique en tous points à la localisation palpébrale de l'érysipèle, qui, nous l'avons vu, aboutit plus volontiers à l'œdème éléphantiasique. Pour expliquer cette forme récidivante ou chronique de l'affection, on peut faire

(1) Michel. Loc. cit..

(2) L. de Wecker et E. Landolt. *Traité complet d'ophtalmologie*, 1880, t. I, p. 38 et 89.

(3) Pedraglia et Deutschmann. Chronisches Lidödem bei erysipelasartiger Entzündung mit Tumorenbildung an den Lidrändern, *Arch. f. Ophth.*, 1888, t. XXXIV, 1 abth, p. 161.

(4) Liebrecht. Eine seltene Lidkrankheit, *Deuts. Med. Wochens.*, 1889.

(5) A. Smith. Solide œdema of the eyelids following repeated attacks of erysipelas, *Med. News*, 1889, t. V, p. 197.

(6) Lavrand. Œdème chronique des paupières consécutif à des érysipèles faciaux à répétition d'origine pharyngée, *Rev. mens. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, 1889, t. IX, p. 378.

(7) Fage. Un cas d'éléphantiasis des paupières, *Ann. d'ocul.*, 1892, t. I, p. 276.

(8) Renaut. *Contribution à l'étude anatomique de l'érysipèle et des œdèmes*, Th. de Paris, 1874.

(9) Barallier. Cité par Spillmann et Ganzinotti, loc. cit.

(10) A. Follet. *Sur la pathogénie de l'éléphantiasis et de quelques états éléphantiasiques*, Th. de Paris, 1895, p. 7.

deux hypothèses. Dans un premier cas, il peut s'agir d'une série indéfinie de réinfections locales par le streptocoque. En particulier, aux paupières ces réinfections sont faciles. Dans un second cas, on peut invoquer le microbisme latent. « Deux mécanismes sont alors possibles, dit Follet. Ou bien la virulence des microbes, qui sommeillent au sein de la masse éléphantiasique ou dans son voisinage, subit une exaltation périodique, ou bien des streptocoques devenus soudainement virulents sont apportés d'une région lointaine par la circulation lymphatique. » Avec Follet, nous sommes tenté d'admettre que la première de ces interprétations s'applique de préférence à l'éléphantiasis érysipélateux palpébral. On conçoit fort bien que les streptocoques qui, normalement, habitent la bouche, les fosses nasales et les voies lacrymales en qualité d'hôtes inoffensifs, récupèrent leur virulence sous une influence analogue à celles que l'expérimentation (1) a réalisées, et envahissent la paupière.

Achalme (2) a, d'ailleurs, constaté *de visu* cette présence du streptocoque en masse dans les vaisseaux lymphatiques, longtemps après tout accident inflammatoire. « Là, dit cet auteur, le streptocoque peut vivre d'une vie latente à l'intérieur des tissus sans provoquer autour de lui de réaction phagocytaire. De ce quartier général, il peut ensuite envahir facilement l'organisme et, par sa prolifération, donner lieu aux phénomènes réactionnels qui constituent cliniquement l'inflammation, toutes les fois que l'organisme qu'il habite sera en situation de lui offrir un bon milieu de culture. »

Anatomiquement, les lésions palpébrales sont celles d'un œdème lymphatique chronique avec dermite hypertrophique ; elles n'ont ici rien de bien spécial. Il existe une sclérose diffuse due à l'hyperplasie des éléments conjonctifs préexistants de la peau et de l'hypoderme. Au début, il s'agit d'une distension des lymphatiques surtout de ceux de la couche papilligère du derme (Vanlair) ; les globules blancs sont diapedesés et en migration. Plus tard, sous l'influence de cette stase lymphatique, les cellules fixes du tissu conjonctif prolifèrent également et amènent par leur évolution la formation d'un tissu fibreux, épais, qui transforme l'œdème mou en œdème dur ; à cette période, les muscles et les autres éléments des paupières peuvent être sensiblement atrophiés (de Wecker).

En dehors des poussées aiguës, les streptocoques n'existent pas dans la lymphe infiltrée en quantité suffisante pour que l'ensemencement de quelques gouttes donne un résultat positif (Achalme) ; cette opinion est aussi celle de Sabouraud (3) qui, dans trois cas examinés de lésions éléphantiasiques des membres, a obtenu trois fois des cultures pures de streptocoque, au moment de la poussée lymphangitique.

Le début des lésions palpébrales, d'origine streptococcique, est d'ordinaire lent ; l'œdème s'accroît à chaque accès inflammatoire. Après une crise d'érysipèle, alors que les phénomènes aigus (rougeur, vascularisation et chaleur locale) disparaissent, le gonflement et l'œdème persistent avec les caractères suivants : En général, c'est un œdème symétrique, atteignant de plus les deux paupières ; assez rarement, il est unilatéral. Dans tous les cas, il se localise plus volontiers ou est plus intense aux paupières inférieures (Lavrand, Fage). Le gonflement est plus ou moins considérable ; souvent la difformité est extrême : les paupières inférieures forment alors deux sortes de poches mollasses, inextensibles, les supérieures constituent deux grosses tumeurs qui peuvent oblitérer complètement la fente palpébrale au point que les yeux sont à peine visibles, et si pesantes que le muscle releveur est sans action sur elles. Leur consistance est molle, élastique, compressible ; ces tumeurs sont indolentes. La peau, non adhérente, est lisse, sans cicatrices, crevasses, ni squames (elephantiasis levis seu glabra) (de Wecker, Fage) ; elle a conservé sa coloration habituelle, ne présente pas de vascularisation anormale ; sa sensibilité est normale. Les conjonctives et les autres parties de l'appareil optique sont, en général, intactes. La face est, le plus souvent, respectée.

Le diagnostic de ces œdèmes éléphantiasiques des paupières ne se pose guère qu'avec le lipome ; il est vrai qu'il est parfois d'une certaine difficulté, mais, habituellement, ces tuméfactions palpébrales s'en différencient par la diffusion de leurs bords et par l'absence de toute espèce de cloisonnement perceptible dans leur épaisseur. La lenteur avec laquelle s'accroît la tumeur, l'absence de toute douleur pendant le temps qu'elle met à se développer, enfin sa mollesse spéciale empêchent de la confondre avec des productions morbides de nature spéciale (de Wecker et Landolt).

Le traitement de ces œdèmes chroniques est souvent réclamé par suite de leur volume. Les diverses médications iodées ou arséniales ont donné fort peu de résultats. L'électrolyse, ou mieux l'ignipuncture, comptent des succès à leur actif (Fage). En cas de tumeurs unilatérales et par trop gênantes, l'extirpation est la méthode de choix. On n'oubliera pas le traitement général, les toniques et les antiscrofuleux notamment, ainsi que la guérison des lésions nasopharyngées, trop souvent le point de départ d'érysipèles palpébraux ; c'est dans ces cas, par exemple, qu'un curetage de végétations adénoïdes a fait cesser des érysipèles à répétition d'une façon véritablement surprenante (Lavrand).

(1) Chauveau. *Lyon méd.*, 1882. — Arloing. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1884. — Widal. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1888.
(2) Achalme, Loc. cit., p. 175.
(3) Sabouraud. Parasitologie de l'éléphantiasis nostras, *Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1892, p. 592.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Rouen. — M. le docteur Martin, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est nommé professeur de clinique obstétricale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Broquère (de Paris), Brugère (d'Uzerche), Juvénaux (de Corseul), Rème (de Montrejeau) et de M. Lucien Hess, étudiant en médecine à Nancy.

— M. le professeur Terrier commencera son cours de médecine opératoire le mercredi 3 mars 1897, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les exercices pratiques de médecine opératoire auront lieu à partir du 10 mars tous les mercredis, à quatre heures, au laboratoire de médecine opératoire à l'École pratique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 8 au 13 mars 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 8 MARS. — 2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer et Weiss.

3e examen (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Marie ; — M. Heim, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Walther ; — (2e série) : MM. Tillaux, Marchand et Delbet; — (2e partie) : MM. Potain, Chauffard et Gilles de la Tourette ; — M. Widal, suppléant.

MARDI 9 MARS. — 3e examen (1re partie) : MM. Panas, Bar et Albarran ; — (2e partie) : MM. Grancher, Debove et Charrin ; — M. Letulle, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Pozzi et Nélaton ; — (2e partie, 1re série) : MM. Laboulbène, Dieulafoy et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Marfan; — M. Thoinot, suppléant.

MERCREDI 10 MARS. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Terrier, Sebileau et Walther.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Humbert, Lejars et Bonnaire; — (2e partie) : MM. Landouzy, Wurtz et Widal; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

JEUDI 11 MARS. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Panas, Quénu et Thiéry.

2e examen (2e partie) : MM. Rémy, Gley et Roger.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Tarnier, Berger et Hartmann

4e examen : MM. Pouchet, Joffroy et Thoinot; — M. Gilbert, suppléant.

VENDREDI 12 MARS. — 4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delens, Peyrot et Broca ; — (2e série) : MM. Marchand, Ricard et Lejars; — (2e partie) : MM. Hayem, Thoinot et Wurtz; — M. Gaucher, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. Humbert, suppléant.

SAMEDI 13 MARS. — 3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Chantemesse et Letulle; — M. Ménétrier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Le Dentu, Polaillon et Nélaton ; — (2e série) : MM. Berger, Quénu et Hartmann.

5e examen (2e partie, 1re série), *Charité* : MM. Cornil, Debove et Roger; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Raymond et Gilbert; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar; — M. Marfan, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 10 MARS, à une heure. — M. Pourtier. De quelques particularités que présentent les résultats éloignés des amputations de cuisse et de jambe (MM. Tillaux, président; Joffroy, Marie et Delbet). — M. Chalufour. Contribution à l'étude du traitement des fractures de la rotule (MM. Tillaux, président; Joffroy, Marie et Delbet). — M. Dominique. De la conjonctivite infectieuse d'origine animale (MM. Tillaux, président ; Joffroy, Marie et Delbet). — M. Astié. Le thorax en bateau de la syringomyélie (MM. Joffroy, président; MM. Tillaux, Marie et Delbet).

JEUDI 11 MARS, à une heure. — M. Diriart. Traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale (technique de M. le docteur Routier, 1895-1896) [MM. Guyon, président; Le Dentu, Pozzi et Albarran]. — M. Cassan. L'airol appliqué au traitement des métrites (MM. Le Dentu, président; Guyon, Pozzi et Albarran). — M. Hazemann. Les homicides chez les absinthiques (Essai clinique et médico-légal) [MM. Raymond, président; Hutinel, Charrin et Achard]. — M. Grognot. Contribution à l'étude des troubles nerveux précoces du mal de Pott (MM. Hutinel, président; Raymond, Charrin et Achard).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897

42. M. Caminade. Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire (contribution à l'éducation physique de la jeunesse). Travaux de la clinique de gymnastique médicale du docteur Tissié. — 43. M. Laffay. Recherches sur les glandes lacrymales et leur innervation. — 44. M. Gibiat. Contribution à l'étude de l'insertion vicieuse du placenta sans hémorragie. — 45. M. Ardenne. Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de l'amygdale.

Paris, le 1er mars 1897.

M. Michelin vient de déposer à la Chambre des députés la proposition suivante :

« Les cliniques libres ne peuvent être installées, sous peine d'une amende de 50 à 500 francs et d'un emprisonnement de huit jours à six mois, sans autorisation du préfet de police à Paris, du préfet du Rhône à Lyon, et du maire dans les autres communes. Ces cliniques demeurent constamment soumises à leur surveillance.

Un décret d'administration publique déterminera les conditions que les cliniques libres devront remplir pour être autorisées, ainsi que la manière dont la surveillance devra être exercée.

Tout médecin qui sera convaincu d'avoir pratiqué ou fait pratiquer une opération inutile et, en général, d'avoir abusé d'un malade en impressionnant son moral par menaces de maladies ou promesses de guérison, pour lui extorquer de l'argent, sera puni des peines édictées par l'article 405 du code pénal.

Il est interdit aux médecins de s'affilier avec des pharmaciens, sages-femmes ou directeurs d'établissements thermaux ou de maisons dites de santé, dans le but de partager les bénéfices provenant de la vente des médicaments qu'ils auront prescrits ou de se faire faire des remises par ces derniers. Les affiliations de ce genre seront punies des peines édictées par l'article 401 du code pénal.

Il est également interdit, sous la sanction des mêmes peines pour les contrevenants, aux médecins de se faire rémunérer par d'autres médecins ou chirurgiens, pour leur avoir procuré des malades ou des opérations chirurgicales. »

Cette proposition, bien que précédée de développements flatteurs pour le corps médical pris en général, ne contribuera pas à relever notre prestige près de la masse du public. En étalant à la tribune quelques-unes de nos plaies intimes, elle donnera peut-être à croire, à ceux qui ne verront que la surface des choses, que ces mœurs, si justement flétries, sont choses coutumières chez nous. Il sera indispensable que les nombreux médecins qui siègent dans les deux assemblées aient le courage de prendre en main les intérêts du corps médical si injustement critiqué à l'heure actuelle, et de dire hautement que, si quelques brebis galeuses font tache dans la masse, c'est justement parce que cette masse est honorable et digne de toute estime. L'indignité de quelques-uns n'est si criante que mise en opposition avec la droiture, le dévouement et l'honorabilité de tous. Est-ce que le corps de nos officiers a été atteint, dans la considération dont il jouit, parce que l'un des leurs, oublieux de tous ses devoirs, a mérité la pire des dégradations? Il en est de même chez nous.

Pourquoi quelques-uns d'entre nous sont-ils entraînés à démériter? Nous ne l'avons que trop dit : l'encombrement de la profession, la vie pénible et dure, les honoraires amoindris et difficiles à recouvrer, telles sont les causes principales. L'État, en imposant les médecins par une lourde patente, par des contributions portant sur son loyer, son cheval, sa voiture, a contribué, en augmentant nos charges, à commercialiser la profession. Le médecin a perdu peu à peu sa situation hors cadre pour devenir un marchand de santé comme un autre est marchand de salaisons. Aussi, certaines combinaisons commerciales, inconnues autrefois, ont pris pied chez nous et sont devenues, pour quelques-uns, d'habitude courante.

Relisons la proposition Michelin, et méditons ceci :

« Il est interdit aux médecins de... »

et plus loin :

« Il est également interdit... »

N'est-il pas regrettable que, devant le pays tout entier, un pareil débat s'ouvre à la Chambre? Que de dures accusations ne va-t-on pas entendre ?

Nous avons des syndicats médicaux, soucieux au premier chef de la dignité professionnelle, ne laissant rien échapper de ce qui peut nous toucher de loin ou de près. Pourquoi ces syndicats ne mettent-ils pas, en tête de leur prochain ordre du jour, cette question : Des rapports qui doivent exister entre le médecin traitant et le chirurgien opérant? C'est cependant là une question de première importance. Il faudrait avoir le courage de la poser et de la résoudre ; il ne faudrait pas attendre la discussion publique pour donner rapidement la solution du problème. Il n'est pas à croire que, dans l'une ou dans l'autre de nos associations professionnelles, cette question ne soit pas prochainement discutée. Cela éviterait peut-être la prise en considération du troisième paragraphe de la proposition Michelin :

« Tout médecin qui... »

Cet article est, nous l'espérons, et sera toujours inapplicable. Toute opération ne peut être, en effet, pratiquée qu'en dévoilant au malade son mal et en escomptant pour lui la guérison. Si elle ne réussit pas au gré de l'opérateur et de l'opéré, l'opérateur sera accusé alors d'avoir obéi à l'unique but « d'extorquer de l'argent » et il passera devant les tribunaux, dont on connaît la bienveillance à notre égard.

Ces soupçons, portant sur la généralité du corps médical, sont profondément injustes. Malheureusement, ils ont un semblant de raison d'être, dans certaines pratiques répréhensibles mais exceptionnelles, triste apanage d'un petit nombre. Il n'appartient pas à la presse médicale de résoudre la question si complexe et si délicate que nous avons posée plus haut. Depuis quelques années, les médecins, dans un besoin de légitime défense, se sont groupés et syndiqués. Or, nous sommes actuellement violemment et de toute part attaqués ; aussi, la parole est-elle maintenant aux différentes associations professionnelles ! A elles de faire justice des accusations, à elles de trancher dans le vif, d'aborder franchement et nettement les difficultés, et, en les résolvant, de bien mériter du corps médical tout entier.

M. André Petit fait voir, à la Société médicale des hôpitaux (26 février), un cas de **ladrerie chez l'homme**. Le malade en question présente dans diverses régions du corps de petites tumeurs sous-cutanées, une douzaine environ, du volume d'un pois à celui d'une noisette, dures et comme cartilagineuses. L'examen de l'une d'elles a montré qu'il s'agissait d'un véritable cysticerque pourvu d'un scolex à tête armée, tout à fait analogue à la tête du tænia armé. Cet homme était grand amateur de charcuterie ; peut-être est-ce dans la viande du porc qu'il a trouvé les embryons des cysticerques qui sont venus se loger sous sa peau. Toutefois, comme la plupart, sinon tous les malades atteints de ladrerie, il a dans son intestin un tænia armé.

Une douzaine de cysticerques, c'est peu; dans un cas récemment observé par M. Thibierge il n'y en avait que trois. La multiplicité des tumeurs sous-cutanées n'est donc pas nécessaire pour qu'il y ait ladrerie chez l'homme. Le diagnostic, rappelons-le, ne peut se faire que par l'examen

direct d'un de ces petits kystes chirurgicalement enlevé. Deux faits cités par MM. Thibierge et Barbier montrent que les petits lipomes multiples peuvent simuler les cysticerques ladriques.

Dans les cas de cancer de l'abdomen et, en particulier, dans les cas de cancer de l'estomac, il n'est pas très rare de trouver un ou deux gros ganglions indurés en arrière du sterno-mastoïdien gauche, derrière la clavicule. M. Troisier a été un des premiers à signaler leur valeur symptomatique. Il montre une pièce anatomique dans laquelle on voit nettement, dans un cas de cancer de l'estomac, le canal thoracique épaissi, infiltré, aller d'une masse ganglionnaire cancéreuse jusqu'à la veine sous-clavière gauche; il y avait un gros ganglion rétro-claviculaire également cancéreux. C'est la troisième fois que M. Troisier trouve le canal thoracique ainsi injecté par le cancer dans des cas dans lesquels existait le ganglion hypertrophié rétro-claviculaire. Toutefois, cette lymphangite carcinomateuse du canal thoracique n'est nullement le trait d'union obligatoire entre l'adénopathie cancéreuse de l'abdomen et l'adénopathie sus-claviculaire.

Une série d'observations recueillies par MM. Siredey et Grognot montrent que le mal de Pott chez l'adulte est souvent précédé et annoncé par des accidents névropathiques variables, capables pendant longtemps d'égarer le diagnostic. Un beau jour, après des mois, quelquefois des années d'incertitude, un abcès par congestion du bassin fait surgir l'idée de mal de Pott et le diagnostic exact est enfin établi. Tantôt il s'agit de névralgies rebelles des membres inférieurs et dans la région lombaire; tantôt de phénomènes de paraplégie avec exagération des réflexes. Dans un cas, on avait successivement pensé à la sclérose en plaques, à une myélite anormale, à l'hystérie, à des névrites périphériques.

L'exagération des réflexes vers les membres inférieurs et l'existence de la fièvre ont une grande importance dans cette séméiologie prémonitoire du mal de Pott.

Donc, dans des conditions semblables, explorez avec soin la série des apophyses épineuses et cherchez si dans les fosses iliaques ne se cache pas quelque abcès par congestion révélateur d'une lésion tuberculeuse de la colonne vertébrale.

Comme le fait, avec raison, remarquer M. Achard, les faits de ce genre ne se voient que chez les adultes, chez lesquels le mal de Pott évolue très lentement.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Descroizilles.

Étude sur une forme de laryngite aiguë de l'enfance simulant le croup d'emblée.

Par M. Hepp, interne des hôpitaux.

I

Le hasard nous a fait observer, parmi les enfants de notre service, au mois de novembre 1896, à quelques jours d'intervalle, deux cas de laryngite non diphtérique accompagnés d'une dyspnée continue avec tirage tout à fait identique à celle du croup. Ces deux cas nous avaient frappé par leur grande analogie symptomatique avec le croup, malgré l'absence de toute fausse membrane pharyngée ou laryngée; les signes qui les accompagnaient les différenciaient pourtant complètement de la laryngite striduleuse classique : ils paraissaient donc à nos yeux constituer de véritables exceptions cliniques méritant de fixer notre attention.

Bientôt, l'enquête à laquelle nous nous sommes livré au sujet de ces deux cas, parmi les malades de l'hôpital, nous permettait d'obtenir, de nos collègues, deux nouvelles observations presque identiques aux nôtres; un des externes de notre service M. Fossier, nous en remettait une analogue recueillie à Reims et, enfin, M. le docteur Watelet, devant lequel nous avions eu l'occasion de parler de ces faits, voulait bien nous communiquer l'histoire d'un malade en tous points comparable aux nôtres.

La multiplicité de faits si concordants, recueillis en un si court espace de temps, nous a fait penser d'abord que nous devions retrouver dans les livres classiques une mention tout au moins brève de la variété clinique qu'ils constituent : nous avons vainement feuilleté les classiques, aucun ne fait allusion à une forme de laryngite aiguë non diphtérique simulant le croup, tous appuient sur la netteté des caractères distinctifs de la laryngite striduleuse, sur son début brusque, nocturne, dramatique, sur sa dyspnée procédant par accès et de brève durée, sujette à des retours euxmêmes éphémères; à peine quelques-uns signalent-ils que la dyspnée, après être brusquement apparue, peut persister pendant quelques heures en s'accompagnant d'un peu de tirage.

Nous n'avons trouvé mention de faits comparables aux nôtres que dans la thèse de Touchard (Paris 1893). Il y montre bien comment les laryngites de l'enfant peuvent s'accompagner de troubles dyspnéiques analogues à ceux du croup, mais il cite à l'appui de cette thèse des faits disparates, ne constituant pas dans leur ensemble une entité morbide bien définie, qu'on puisse comparer et opposer au croup. Au contraire, le hasard nous a fait observer une série de faits bien semblables les uns aux autres, dans lesquels le symptôme saillant est une dyspnée continue inspiratoire, accompagnée de tirage et de cornage survenant progressivement, sans cause, soit au milieu d'un état de santé parfait, soit dans le cours d'un rhume, d'une trachéite légère. Ces faits rappellent le croup d'emblée; ils nous paraissent mériter d'être mis en lumière tant en raison de leur importance diagnostique, qu'en raison de l'intérêt qui s'attache à leur étude pathogénique et des déductions thérapeutiques qui résultent de leur évolution.

Nous avons dit notre étonnement de voir qu'une forme morbide dont nous avons en un mois observé deux exemples, dont nous avons recueilli plusieurs autres dès que notre attention s'est fixée sur elle, ait pu passer complètement inaperçue ou du moins rester très négligée dans tous les traités.

Après réflexion, la raison de cette méconnaissance de certains faits, nous apparaît toutefois assez nettement.

Trousseau, Bouchut, les initiateurs, n'avaient qu'un but, sortir du chaos des dyspnées infantiles d'origine laryngée, quelques espèces bien définies, répondant à de grandes différences étiologiques et, dans ce dessein, ils n'hésitaient pas à prendre seuls les types extrêmes, pour les individualiser, sans tenir compte des cas intermédiaires, à la vérité, exceptionnels.

Ils faisaient ainsi œuvre utile et puissante, si l'on tient compte du niveau scientifique de leur temps, mais s'écartaient, de propos délibéré pour ainsi dire, de la réalité clinique, plus variable dans ses manifestations. Le tort de ceux

sente des troubles dyspeptiques assez marqués, pesanteur après le repas, gonflement de la région épigastrique, poussées congestives, bouffées de chaleur, etc.

Au toucher, le cul-de-sac droit est un peu empâté, mais on n'y sent pas de tumeur proprement dite. A gauche, au contraire, on sent une masse du volume d'une grosse orange, douloureuse à la pression, rénitente. On pense à un pyosalpinx gauche assez volumineux, avec lésions beaucoup moins prononcées à droite.

Le 17 août, laparotomie avec plan incliné. Incision sous-ombilicale de 12 centimètres environ.

Le fond du petit bassin, à gauche, est complètement rempli par une poche assez adhérente, sauf en arrière où elle est à peu près libre. Mais elle tient solidement au côté gauche de l'utérus, au ligament large et à la paroi pelvienne latérale. Un peu partout se trouvent des adhérences irrégulières. Peu à peu et sans trop de difficultés, cette poche est isolée complètement des parties voisines, et bientôt elle ne tient plus que par un pédicule qui s'insère à la corne utérine gauche. Ce pédicule est lié et sectionné. (La poche, ouverte après l'opération, était un *kyste dermoïde*, contenant un liquide clair, de la matière sébacée et des touffes de poils extrêmement fins.)

A droite, la trompe rouge, flexueuse, très augmentée de volume, et l'ovaire enflammé, adhérent aux organes voisins et plus gros qu'une grosse amande verte, sont enlevés.

La malade ayant été remise dans la position horizontale, je m'apprêtais à refermer le ventre, lorsqu'en enlevant des compresses qui cachaient le paquet intestinal, je vis apparaître un estomac énormément dilaté, qui comblait la surface entière de la plaie et descendait jusqu'au pubis.

Je pris immédiatement le parti d'en diminuer la capacité.

Pour y parvenir, je plaçai sur sa paroi antérieure sept ou huit catguts, en employant la disposition que je décrirai plus loin. Les catguts noués, la paroi antérieure de l'estomac se trouvait diminuée en hauteur de 6 ou 8 centimètres. Cette opération complémentaire sur l'estomac dura cinq minutes à peine.

Le ventre est refermé comme à l'ordinaire : surjet sur les muscles et le péritoine, crin de Florence sur la peau et les plans profonds.

Pansement à la gaze stérilisée.

La malade est mise à la diète presque complète pendant deux jours.

Les suites sont absolument normales.

Les fils sont enlevés le huitième jour. Dans l'angle inférieur de la plaie, les lèvres s'écartent un peu et laissent écouler, pendant quelques jours, quelques gouttes de pus. Sortie le 27 septembre, complètement guérie et de ses douleurs de ventre et de ses troubles dyspeptiques.

Revue le 20 octobre en parfait état. Elle mange et boit bien, n'a plus, après le repas, ni gonflement, ni pesanteur. Bref, son état gastrique est certainement bien meilleur.

Le 20 décembre, je l'ai revue de nouveau, son état se maintient toujours excellent. Le clapotement gastrique se perçoit encore à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Il semble bien dans cette observation que le plissement de l'estomac ait eu une influence sur l'amélioration des fonctions digestives. Évidemment, il est impossible de l'affirmer, car les douleurs et les troubles de toute sorte, causés par les lésions annexielles, pouvaient retentir sur l'estomac et provoquer des troubles dyspeptiques que l'extirpation des annexes devait alors suffire à faire disparaître. L'examen de l'estomac avait été trop superficiel avant l'opération pour qu'il soit permis d'avancer aucune proposition ferme. Il est cependant permis de croire que l'intervention sur l'estomac a été pour quelque chose dans la disparition des troubles qu'il présentait.

Il me parait, en effet, certain que si la dilatation exagérée de l'estomac est l'effet plutôt que la cause des troubles de nutrition qu'il présente, si l'estomac se dilate parce que sa fibre musculaire est sans force et sans résistance, parce que ses tuniques ne possèdent pas toutes les conditions de santé et de vitalité désirables, l'excès de ses dimensions retentit à son tour sur son fonctionnement. La stagnation des aliments est propice à toutes sortes de fermentations anormales qui se traduisent par des phénomènes de dyspepsie plus ou moins intense.

Dans ces conditions, toute opération qui tendra à empêcher la stagnation des matières alimentaires dans le bas-fond stomacal, facilitera la digestion et portera remède, dans une certaine mesure, aux troubles dyspeptiques. C'est ainsi qu'agit la gastro-entérostomie, qui agit certainement, c'est ainsi que doit agir toute opération qui aura pour résultat de diminuer d'une façon sensible la capacité de l'estomac.

Or, je prétends que ce simple froncement de la paroi antérieure de l'estomac, pour insignifiant qu'il paraisse, réduit d'une façon considérable la capacité du viscère.

Il suffit, pour s'en rendre compte, de quelques calculs extrêmement simples.

Un estomac dilaté et distendu peut être grossièrement assimilé à un cylindre, ayant pour base la surface de section antéro-postérieure de l'estomac, et pour hauteur sa longueur transversale.

Je suppose un estomac dilaté dont la longueur, l, est de 20 centimètres, et dont le diamètre antéro-postérieur, à l'état de distension est de 15 centimètres.

La longueur du rayon r étant de 7c5, la capacité de cet estomac sera de $\pi r^2 l = 3{,}14 \times (7{,}5)^2 \times 20 = 3532^{cc}$, plus de 3 litres et demi.

Un plissement, facile à réaliser sur une paroi de cette dimension et qui diminuera la circonférence de 10 centimètres, aura pour résultat immédiat de réduire son diamètre à 11c8, et son rayon r' à 5c9.

La capacité sera égale, après cette transformation, à :

$$\pi r'^2 l = 3{,}14 \times (5{,}9)^2 \times 20 = 2186^{cc}.$$

Elle aura donc diminué de 38 p. 100.

La différence s'accentue encore si, au lieu de prendre un estomac d'une dimension aussi considérable, on calcule sur un estomac toujours long de 20 centimètres, mais dont le diamètre à l'état d'extrême distension est de 12 centimètres seulement et le rayon r de 6.

La capacité du viscère sera :

$$\pi r^2 l = 3{,}14 \times 6^2 \times 20 = 2260^{cc}.$$

Un froncement de 10 centimètres diminue le diamètre de 3c2 et le rayon de 1c6. Ce rayon r' deviendra donc égal à 4,4.

La capacité de l'estomac ainsi réduite sera donc :

$$\pi r'^2 l = 3{,}14 \times (4{,}4)^2 \times 20 = 1215^{cc}.$$

La capacité aura été cette fois réduite de 46 p. 100.

Si le plissement n'est que de 8 centimètres, le diamètre diminuera seulement de 2c55 et le rayon r'' de 1,27, il sera donc égal à 4,73, et l'on aura comme capacité :

$$\pi r''^2 l = 3{,}14 \times (4{,}73)^2 \times 20 = 1405^{cc}.$$

Soit une diminution de 38 p. 100.

Encore n'ai-je point tenu compte, dans ces calculs, de la saillie que fait la muqueuse froncée dans l'intérieur de la ca-

vité stomacale, saillie qui, malgré son peu d'importance a cependant pour résultat d'en diminuer encore la capacité.

Il est vrai que cette cause d'erreur est certainement compensée par ce fait que le froncement ne se fait pas sur toute la longueur de l'estomac, et que la diminution du calibre ne s'étend pas à la totalité de l'organe.

On voit donc que, théoriquement, le plissement de l'estomac doit réduire son volume dans des proportions considérables.

Quelques expériences directes m'ont montré qu'il en est réellement ainsi. Sur huit estomacs, tous plus ou moins dilatés, pris au hasard, je suis arrivé à des chiffres très analogues à ceux que je viens d'établir.

Voici un court résumé de ces expériences :

Expérience I. — Estomac considérable, contenance 2400cc.

Sept ou huit fils sont placés sur sa paroi antérieure, ainsi diminuée de 8 centimètres environ. Après le plissement la capacité n'est plus que de 2050cc.

Diminution 15 p. 100.

Exp. II. — Grand estomac, contenance 2700cc.

Huit fils sur la paroi antérieure qui est plissée sur toute sa longueur, et sur une hauteur variant de 8 à 12 centimètres. Nouvelle capacité 1350cc.

Diminution 50 p. 100.

Exp. III. — Estomac de 2200cc.

Sept fils sur la paroi antérieure, plissée sur une hauteur de 8 à 10 centimètres. Nouvelle capacité 1200cc.

Diminution 45,5 p. 100.

Exp. IV. — Estomac de 2400cc.

Même plissement. Capacité nouvelle 1250cc.

Diminution 48 p. 100.

Exp. V. — Estomac assez petit, 1300cc seulement.

Trois fils sur la grosse tubérosité, sur une hauteur de 8 à 10 centimètres. Nouvelle capacité 875cc.

Diminution 35 p. 100.

Exp. VI. — Grand estomac de 3000cc.

Quatre fils déterminant un plissement de 10 centimètres environ. Capacité nouvelle 1750cc.

Diminution 42 p. 100.

Exp. VII. — Petit estomac de 750cc.

Trois fils de 7 à 8 centimètres de hauteur moyenne. Capacité nouvelle 450cc.

Diminution 40 p. 100.

Exp. VIII. — Estomac moyen de 1400cc.

Quatre fils de 7 à 8 centimètres de hauteur moyenne. Capacité nouvelle 1200cc.

Diminution 16 p. 100.

En réunissant ces divers chiffres, on obtient comme diminution moyenne de la capacité stomacale après le plissement, le chiffre de 36,2 p. 100, qui serait plus considérable encore si je n'avais volontairement exécuté dans certains cas, le premier et le dernier en particulier, un froncement de peu d'étendue.

Pour peu qu'on mette les fils sur toute la longueur de la paroi antérieure et sur la plus grande partie de sa hauteur, on obtient facilement une réduction variant de 40 à 50 p. 100.

On peut trouver, sur le vivant, du fait de la disposition de l'estomac qui peut être en partie recouvert par le foie, les anses intestinales, etc., des difficultés opératoires qui empêchent d'étendre le plissement à la paroi antérieure tout entière et réduisent quelque peu son importance. Mais j'estime qu'il doit être facile, avec un peu de soin, de réduire la capacité d'environ un tiers, ce qui est déjà une proportion fort respectable.

Il suffit de voir, sur un estomac rempli d'eau avant et après le plissement, la différence profonde produite par l'opération, qui modifie complètement l'aspect du viscère et le transforme en une sorte de large canal, pour se convaincre que les conditions de stase alimentaire doivent être absolument transformées et que les aliments, ne trouvant plus pour y séjourner et y fermenter le vaste cul-de-sac formé en grande partie par la grosse tubérosité, doivent gagner beaucoup plus facilement le pylore.

Il me semble donc évident que les phénomènes de dyspepsie n'en peuvent qu'être atténués dans une mesure qu'il m'est, il est vrai, impossible de préciser.

La face interne de l'estomac, vue du côté de la muqueuse, ne semble pas de beaucoup aussi modifiée, même par un large plissement, qu'on pourrait le croire au premier abord. C'est à peine si l'on aperçoit un bourrelet assez peu saillant, bourrelet sur lequel apparaissent vaguement des plis longitudinaux. La raison en est bien simple. C'est que la muqueuse elle-même ne prend, en réalité, aucune part au froncement. Celui-ci ne porte que sur les tuniques séreuse et musculeuse. Il faut, en effet, se garder de pénétrer jusqu'à la muqueuse, sous peine de perforer l'estomac. Comme la couche celluleuse de l'estomac est assez lâche, la muqueuse ne suit pas la musculeuse sous-jacente dans les plis qu'elle dessine sous l'étreinte du fil. Elle passe du sommet d'un pli au sommet du pli voisin, sans descendre au fond du sillon qui les sépare, et à la surface de la muqueuse, c'est à peine si une dépression légère vient en révéler la présence.

Il y a, en revanche, un épaississement, un véritable tassement de la muqueuse condensée en un espace étroit, tassement qui, selon toute vraisemblance, doit disparaître au bout d'un certain temps. *(A suivre.)*

HOPITAL MILITAIRE DE LILLE

Observation d'urèthre périnéal supplémentaire chez l'homme.

Par M. Moty, médecin principal de deuxième classe.

Le nommé L..., soldat au 1er bataillon d'artillerie à pied, entre, le 11 février 1895, à l'hôpital militaire de Lille, pour fistule uréthro-périnéale congénitale.

Il est robuste et bien constitué, et l'examen présente cette particularité remarquable qu'on n'aperçoit, au premier abord, rien d'anormal au périnée; cependant, sur l'affirmation réitérée du malade qu'il sent couler de l'urine derrière son scrotum, à chaque miction, je le fais uriner, à genoux sur son lit, et je vois, en effet, du liquide sourdre goutte à goutte, à 3 centimètres en avant de l'anus, un peu à gauche du raphé périnéal.

Prenant alors un stylet de Méjean, je pénètre, avec quelque difficulté, à travers un pertuis très étroit, et j'arrive dans un canal assez large, dans lequel l'extrémité du stylet se meut librement.

Le 2 mars, à dix heures du matin, le malade désirant être délivré de son infirmité, je cocaïnise la peau du périnée au

voisinage de la fistule, je fais à 3 centimètres en avant de l'anus, une incision courbe, analogue à celle de Nélaton pour la taille prérectale, de manière à passer par l'orifice de la fistule en n'intéressant que la peau.

J'isole alors cet orifice, dans lequel j'ai engagé un stylet de Méjean, je le saisis ensuite avec une pince, en même temps que le stylet qui la traverse et, faisant écarter la peau par un aide, je dissèque l'urèthre anormal à petits coups de ciseaux; il n'y a, pour ainsi dire, aucune perte de sang, et ce canal, qui a tous les caractères d'un urèthre membraneux, s'isole parfaitement des plans périnéaux qu'il traverse.

Il est à noter que le stylet de Méjean n'arrive pas au contact de la bougie Béniqué placée dans l'urèthre normal.

D'autre part, l'urèthre supplémentaire se développe d'autant plus en diamètre que l'on pénètre plus profondément.

Arrivé à 3 centimètres, je me décide à réséquer la partie isolée dans la crainte de blesser le bulbe ou les corps caverneux; je maintiens d'abord le moignon uréthral pour y placer un point de catgut bien serré, puis je l'abandonne et panse à plat sans réunir, en laissant, cependant, un tampon de sublimé dans la plaie pour éviter tout écoulement de sang.

Miction spontanée à trois heures; il coule de l'urine par le périnée; ablation du tampon; pour tout pansement, le malade place lui-même des tampons de sublimé au 1000e sur sa plaie.

L'écoulement périnéal diminue peu à peu et, le 20 mars, la cicatrisation est terminée.

Le malade revient à l'hôpital, le 30 mai, pour névralgie vésicale; la cicatrice est très satisfaisante, la vessie et l'urèthre sont normaux, mais il offre un rétrécissement marqué du champ visuel (54 degrés en dehors, 46 degrés en dedans). Les bains, les douches et l'affirmation que sa vessie est saine, font bientôt disparaître ses douleurs; il sort le 4 juillet, par congé d'un mois, au bout duquel il reprend son service.

Les observations analogues sont rares. Depaul admet qu'il se fait un canal de dérivation quand il y a obstruction intra-utérine de l'urèthre normal.

Holmas a trouvé ainsi quatre ouvertures périnéales de l'urèthre sur un fœtus qui n'a pas vécu, Guyon et Cocheau ont rapporté des faits analogues.

Il existe, d'autre part, des cas de dilatation congénitale de l'urèthre (Jaccoud), et, enfin, l'urèthre antérieur seul peut être double (English, Société des médecins de Vienne, 9 novembre 1894), les régions bulbaire et membraneuse restant normales.

Notre cas ne se rapporte exactement à aucun de ces types; l'urèthre pénien du sujet est tout à fait normal, rien ne permet donc d'admettre qu'il ait été, à aucune époque de son évolution, le siège d'une obstruction; d'autre part, l'urèthre antérieur est resté complètement étranger à l'anomalie, et l'examen histologique de la pièce réséquée montre qu'il s'agit d'un urèthre constitué comme celui de la région membraneuse par des fibres musculaires lisses, circulaires et longitudinales et un épithélium épais, envoyant de nombreux prolongements glandulaires dans la tunique musculo-celluleuse.

Il s'agit donc probablement d'un urèthre né de la portion membraneuse de l'urèthre normal ou du col vésical.

Quant à la pathogénie de cette anomalie, je ne puis m'empêcher de la placer dans une manifestation évolutive de l'hystérie. On se rappelle que notre malade présente un rétrécissement très notable du champ visuel, et que la cystalgie dont il s'est plaint après son opération a paru être de nature hystéro-traumatique. Ces raisons ne sont pas concluantes, mais la fréquence, je dirai même la constance du rétrécissement du champ visuel chez les porteurs d'anomalies qu'aucune autre cause ne peut expliquer, me porte à exprimer l'opinion ci-dessus d'une manière précise, de manière à appeler l'attention des observateurs sur les cas du même genre.

Si le rétrécissement atteint ou dépasse la moitié du diamètre normal, il faut s'attendre à des phénomènes hystéro-traumatiques consécutifs et s'abstenir, autant que possible, du chloroforme afin d'éviter les accidents récemment signalés par M. Reynier, accidents que j'ai eu l'occasion d'observer de mon côté.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Transmission de la tuberculose aux animaux.

Dans certaines contrées de la France, les paysans ont l'habitude de donner à boire à leurs bestiaux les eaux qui ont servi au lavage des linges; M. Guinard fit à ce sujet des expériences très intéressantes : d'abord il constata que, dans un cas, il ne pouvait pas avoir de doute que la tuberculose avait été ainsi transmise à une vache.

Il fit laver des mouchoirs d'un tuberculeux à la manière ordinaire et avec l'eau de lavage il inocula, le 7 février, 1 lapin et 8 cobayes. Le 18 du même mois, deux animaux moururent, bien entendu sans présenter la moindre trace de tuberculose. Le lapin mourut le 22 février sans présenter de lésions tuberculeuses. Le 23 et le 24 du même mois deux cobayes moururent en présentant de nombreuses lésions tuberculeuses. En mars un autre cobaye mourut également tuberculeux.

Les autres cobayes, le 17 mai, étaient bien portants, mais M. Guinard pense avec raison que le fait que 3 cobayes soient morts avec des lésions tuberculeuses bien nettes, est suffisant pour démontrer que la tuberculose est transmissible de la façon indiquée et que la pratique de donner aux bestiaux de l'eau qui a servi à laver le linge sale des tuberculeux peut leur donner la tuberculose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1897. — Présidence de M. Delens.

COMMUNICATIONS

Traitement des fistules vésico-vaginales. — M. Bazy, à propos de la communication de M. Berger dans la dernière séance, rapporte l'observation d'une malade qui présentait une incontinence absolue d'urine, par suite de la destruction totale de la cloison vésico-vaginale et de l'urèthre. On apercevait à la vulve, la paroi postérieure du vagin faisant fortement saillie. En arrière se trouvait l'utérus, en avant se voyait une saillie rougeâtre, molle et dépressible, constituées par la paroi de la vessie en éversion. Quand à l'urèthre, il n'existait plus.

Après avoir séparé la paroi de la vessie des branches ischio-pubiennes, M. Bazy a, dans une première séance, tenté de reconstituer cette paroi. La suture n'a tenu que sur une moitié de sa longueur, et pour en obtenir la restauration complète, ainsi que celle de l'urèthre, il a dû renouveler six fois les séances opératoires. Ayant eu la précaution d'infléchir le nouvel urèthre en avant du pubis, il a pu, par le

port d'un appareil le comprimant sur cet os, permettre à l'urine d'être conservée quelque temps dans la vessie.

Urèthre périnéal supplémentaire chez l'homme. — M. MOTY fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 244.)

De l'ablation du cancer du rectum. — M. QUÉNU fait une communication sur ce sujet. Quel que soit le procédé auquel on donne la préférence, il est essentiel d'observer rigoureusement les règles de l'asepsie et de se créer la voie la plus large pour enlever le rectum cancéreux, comme on pratique l'ablation d'un kyste.

C'est dans ce but que M. Quénu s'applique à libérer d'abord le rectum par sa face antérieure. Par une double incision contournant l'anus et remontant au-dessus du coccyx, il isole l'anus qu'il ferme solidement; puis, en se servant comme points de repère des bords antérieurs du releveur et du transverse, il arrive ainsi à dénuder le rectum sur une longueur de 7 à 8 centimètres. Un cathéter dans l'urèthre permet d'éviter la blessure du canal; l'aponévrose prostatique et une portion de la prostrate peuvent être enlevées avec le rectum, s'il est nécessaire. C'est, d'ailleurs, un procédé opératoire que l'on a préconisé en Allemagne. On peut ainsi, pour les cancers qui ne sont pas trop étendus, atteindre leur partie supérieure sur laquelle on place une ligature, puis procéder à leur ablation sans faire de résection osseuse et terminer par la création d'un anus artificiel. M. Quénu a fait cette opération non seulement sur les animaux, mais encore sur un sujet chez lequel il a obtenu un succès. Il estime que ce procédé est applicable dans un certain nombre de cas, sans qu'il soit nécessaire de recourir au Kraske ou aux procédés sacro-abdominaux.

PRÉSENTATIONS

Bec-de-lièvre double. — M. KIRMISSON présente un enfant opéré d'un bec-de-lièvre double.

Gastro-entérostomie. — M. SCHWARTZ présente une femme opérée de gastro-entérostomie suivant le procédé décrit par M. Souligoux.

M. ROUTIER cite le cas d'un de ces opérés traité par le même procédé et ayant succombé trente-six heures après l'opération.

Reconstitution d'une paroi abdominale. — M. POZZI montre une femme qui a été opérée d'un kyste ovarique, il y a dix-huit ans, d'une éventration consécutive huit ans après, d'accidents d'étranglement interne six ans plus tard et enfin d'une éventration considérable qu'il a guérie, en 1895, en reconstituant une paroi abdominale par le dédoublement et la suture isolée de ses couches.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous recevons la circulaire suivante, que nous recommandons à l'attention de nos lecteurs.

« Les collègues, les élèves et les amis de M. le professeur Farabeuf ont l'intention de lui offrir un souvenir à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine.

Ce souvenir dont nous espérons donner à chaque souscripteur, quel que soit le montant de sa cotisation, une image matérielle, sera le témoignage de l'estime de tous et de la reconnaissance de ceux qui ont tiré quelque profit des initiatives et des leçons écrites ou orales qu'a prodiguées, depuis trente années, celui que quelques-uns d'entre nous ont conservé l'habitude d'appeler « le cher patron ».

Si vous désirez vous joindre à nous, veuillez adresser votre cotisation avant le 20 mars, soit à l'un de nous, soit chez MM. Masson et Cie, libraires de l'Académie de médecine, 120, boulevard Saint-Germain.

Les membres du comité : MM. F. Guyon, Panas, Tarnier, — Ch. Monod, P. Reclus, P. Segond, Nélaton, Pierre Delbet, Lejars, — Launay, Riche, Fredet. — G. Masson, trésorier. »

— *Concours de médecins des hôpitaux.* — Lecture des copies. — 24 février; MM. Hallion et Legry, 19; Beaumé, 17; Weber, 15. — 26 février; MM. Hudelo, 19; Gallois, Souques et Teissier, 18; Londe, 16.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 février 1897, un concours s'ouvrira le 8 novembre 1897, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, à l'école de médecine de Rouen.

— Un concours pour un emploi de professeur d'hygiène s'ouvrira, à l'école du Val-de-Grâce, le 5 avril prochain. Les médecins-majors de première et de deuxième classe qui désireraient prendre part à ce concours adresseront au ministre de la Guerre (7e direction, bureau des hôpitaux) avant le 25 mars 1897, terme de rigueur, une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Roux, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans.

— Une conférence internationale concernant les services sanitaires et l'hygiène des chemins de fer et de la navigation, se réunira à Bruxelles, dans le courant du mois de septembre 1897. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. le docteur J. De Lantsheere, rue de l'Association, n° 56, à Bruxelles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Armangaud (de Réalmont); Batmalme (de Toulouse); Bayer, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, et Devailly (de Paris).

— M. Letulle, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le vendredi 5 mars 1897, à deux heures (amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique. Des démonstrations pratiques gratuites auront lieu avant chaque conférence, de une heure et demie à deux heures, à partir du lundi 5 mars, audit laboratoire.

— M. le professeur Hutinel commencera le cours de pathologie interne le samedi 6 mars 1897, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Gabriel Pouchet commencera les conférences pratiques de pharmacographie et de pharmacognosie, le jeudi 11 mars 1897, à cinq heures (amphithéâtre de pharmacologie) et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ferme d'Arcy-en-Brie (S.-&-M.)

LAITS PURS

LAIT MATERNISÉ Procédé Gaertner. Alimentation des nouveau-nés. Remplace le lait de femme.
LAIT STÉRILISÉ Conservation garantie parfaite.
LAIT PHOSPHATÉ Obtenu par la nourriture spéciale de la vache.
M. NICOLAS (O✱), 22, r. Paradis, Paris
ENVOI NOTICE SUR DEMANDE
EXPÉDITIONS EN PROVINCE

SALICOL
DUSAULE

ANTISEPTIQUE composé à base d'acides acétique, borique, salicylique et essence de Wintergreen. Très actif, ni caustique, ni vénéneux, odeur agréable. — **PUR** en pulvérisations. Avec P. E. d'eau pour pansements. Deux cuillerées par litre pour lotions et injections hygiéniques. — Flacon, 2 fr.; Litre, 5 francs, *dans toutes les Pharmacies.*

MALADIES DE POITRINE

AMÉLIORATION CERTAINE par les
SIROPS DU Dr CHURCHILL
A L'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE OU DE CHAUX
Pr.: 4 f. Pharm. SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

PAPAÏNE
TROUETTE-PERRET

(Le plus puissant digestif connu)
Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de *Papaïne de Trouette-Perret* après chaque repas.
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

BENZO-IODHYDRINE
de **BRUEL**

Est supérieure à l'Iodure de Potassium
Est toujours tolérée.
Ne produit jamais d'Iodisme.

Expérimentée dans les Hôpitaux de Paris

GRANULÉE... Chaque cuillerée à café produit l'effet de 1 gr. d'Iodure de Potassium.
INJECTABLE.. 1cc contient 0,10 Benzo-Iodhydrine.
HYDRARGIRIQUE INJECTABLE..... 1cc contient 0,10 Benzo-Iodhydrine, 0,004 Biiodure de Mercure.

Vente en Gros : G. BRUEL, Phcn, à Bécon-les-Bruyères (Seine) et Maison MARCHAND, MONNOT, BARTHOLIN et Cie, PARIS, 13, Rue Grenier-Saint-Lazare, 13, PARIS.

CACHETS DIGESTIFS MOURRUT
DE PEPSINE ET DIASTASE PURES

Les **CACHETS MOURRUT** sont le meilleur mode d'administration de la Pepsine et de la Diastase. « Insolubles dans l'alcool qui les précipite de leur dissolution dans l'eau, ces deux ferments digestifs ne doivent pas être administrés dans un liquide alcoolique — vin ou élixir. » (BOUCHARDAT. *Annuaire*, 1880, p. 138; ACADÉMIE DE MÉDECINE, 12 août 1879.)
Phie FOURNIER, 39, r. de Clichy, Paris.

MIGRAINE NEVRALGIES

guéries par les *DRAGÉES* et les *CACHETS* de
PHÉNÉDINE-PELISSE
Ils n'occasionnent
NI TROUBLES GASTRIQUES NI VERTIGES
Phie PENNÈS, *49, Rue des Écoles.* DÉTAIL TOUTES PHies

PHOSPHOGLYCÉRATE DE CHAUX
De CHAPOTEAUT

Ancien Préparateur de PELOUZE

Le Phosphoglycérate de Chaux a été découvert par PELOUZE en 1846. — Suivant le Docteur Albert ROBIN, ce composé fournit à l'organisme le phosphore dans une combinaison naturelle et assimilable qui accélère puissamment la nutrition en souffrance.

Indications : Convalescences, Asthénies, Chlorose, Albuminurie, Phosphaturie, Dépressions nerveuses, Phtisie.

DOSES : 20 à 60 centigrammes par jour pour les adultes, moitié pour les enfants.

Ce Sel est présenté sous trois formes :

1° **Sirop de Phosphoglycérate de chaux de Chapoteaut**
contient 20 centigrammes par cuillerée à soupe.

2° **Vin de Phosphoglycérate de chaux de Chapoteaut**
contient 20 centigrammes par cuillerée à soupe.

3° **Capsules de Phosphoglycérate de chaux de Chapoteaut**
20 centigrammes par capsule.

N. B. — La fabrication du **Phosphoglycérate de Chaux** étant d'une délicatesse extrême, nous prions MM. les Médecins de formuler les préparations de CHAPOTEAUT, pour éviter les mélanges impurs et insolubles qui se trouvent dans le commerce.

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, PARIS

SENECINE
A. FRICK

EMMÉNAGOGUE
Agréable, Efficace et Inoffensif
Ech. grat. Phie 11bis Rue de la Chapelle, PARIS



PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER

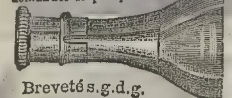
NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE
NEUROSINE-CACHETS

Reconstituant général, Dépression du Système nerveux, Neurasthénie.

Débilité générale, Anémie, Phosphaturie, Migraines.

DÉPOT GÉNÉRAL :
CHASSAING et Cie, Paris, 6, avenue Victoria

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
— *LYON* —



Pour prix et littérature demander le prospectus

ANESTHÉSIE LOCALE
NEVRALGIES

Breveté s.g.d.g.

OBÉSITÉ-GOITRE  **MYXŒDEME**

THYROÏDINE FLOURENS

PASTILLES { ADULTES, 2 à 5 pr jour. / ENFANTS, 1 à 2 pr jour. } suivant tolérance. | **PILULES** { ADULTES, 8 à 20 pr jour. / ENFANTS, 1 à 8 pr jour. } suivant tolérance.

Expérimentées dans les hopitaux, ces préparations rigoureusement dosées ont donné les résultats les plus satisfaisants. Chaque pastille contient exactement 20 centigrammes de corps thyroïde frais et sain provenant du mouton et les pilules 5 centigrammes.
Leur mode d'administration est facile, leurs effets sont très rapides et l'amélioration qu'elles déterminent est de longue durée.

PHARMACIE FLOURENS, à BORDEAUX ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.
PARIS, Société Française de Produits Pharmaceutiques, *9 et 11, Rue de la Perle.*

N° 26. — JEUDI 4 MARS 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 4 MARS 1897. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a été appelée à voter sur l'amendement de M. Magitot et sur les conclusions de la commission relatifs aux mesures à prendre pour rendre moins insalubre l'industrie des allumettes. On se rappelle le différend qui existe entre la commission et M. Magitot. Tandis que la commission propose la suppression du phosphore blanc, M. Magitot, convaincu que cette suppression est impossible, préconise des mesures d'hygiène propres à rendre les usines salubres, en particulier la ventilation des ateliers et la sélection des ouvriers. Malgré les nouvelles explications fournies par M. Magitot et appuyées par M. Bouchardat, malgré deux lettres émanant d'un directeur d'usine, l'Académie a repoussé l'amendement et voté à l'unanimité, moins les deux voix de MM. Magitot et Bouchardat, les conclusions de la commission présentées par M. Vallin et appuyées par M. Lereboullet. Nous rappelons quelles sont ces conclusions, qui vont être présentées au ministre des Finances :

« Il est urgent de faire cesser l'insalubrité qui persiste dans un grand nombre de manufactures d'allumettes en France.

La suppression du phosphore blanc est le seul moyen capable d'assurer l'assainissement définitif de cette industrie.

L'emploi général de machines automatiques perfectionnées est une ressource précieuse, mais à la condition que les opérations nuisibles aient toujours lieu dans une cage vitrée où ne séjournent pas les ouvriers.

En attendant la réussite complète des expériences en cours, l'insalubrité actuelle pourrait être diminuée par les mesures suivantes : ventilation beaucoup plus active ; emploi de courte durée et alternance des ouvriers dans les ateliers dangereux ; sélection initiale et visites médicales périodiques, avec élimination temporaire ou définitive des ouvriers ayant la bouche en mauvais état ; installation plus complète et surveillance rigoureuse des réfectoires, des lavabos, des vestiaires, etc. »

M. Berger a fait un rapport sur une observation adressée par M. Luc. On trouvera plus loin le résumé de cette observation.

Signalons enfin la présentation faite par M. Blanchard, au nom de M. Magalhaës (de Rio-de-Janeiro), d'une poche kystique du canal de Gartner observée sur une métisse de vingt-six ans.

LE PLISSEMENT DE L'ESTOMAC (1)

Par le docteur J.-L. FAURE, chirurgien des hôpitaux.

II

La technique de cette opération est des plus élémentaires, et quelques lignes me suffiront pour la décrire. Les figures ci-jointes la feront, d'ailleurs, mieux comprendre que toutes les phrases.

Les fils, qui doivent être des fils de catgut de grosseur moyenne ou de soie fine, seront dirigés perpendiculairement à l'axe de l'estomac, sur la plus grande longueur et la plus grande hauteur possibles.

Dirigés de la grande vers la petite courbure, ils seront nécessairement plus écartés vers la grande courbure, beaucoup plus longue que la petite. Distants de 3 à 4 centimètres à leur entrée, vers la grande courbure, ils se rapprochent jusqu'à 1 centimètre et demi à 2 centimètres à leur point d'émergence, près de la petite, vers laquelle ils semblent converger.

Une aiguille de Reverdin, légèrement courbe, me semble être l'instrument de choix. On pourrait aussi se servir d'une aiguille simple arrondie, une vulgaire aiguille à coudre, enfilée sur la soie. On tiendrait cette aiguille à la main, qui, pour ces opérations délicates, vaut mieux que tous les porte-aiguilles.

Il ne faut, sous aucun prétexte, dépasser la couche musculeuse. Cela est, d'ailleurs, facile, car elle est assez épaisse, même dans les estomacs dilatés et amincis. Il est très simple, sous la séreuse transparente, de se rendre compte de la profondeur à laquelle se trouve l'aiguille, et de ne pas dépasser la musculeuse.

On évitera aussi de blesser un vaisseau de quelque importance; rien de plus facile, car ils paraissent admirablement à la surface de l'estomac.

Le fil doit être, sur la plus grande partie de sa longueur, enfoui dans l'épaisseur de la paroi, et n'apparaître sur la

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 242.

séreuse que de loin en loin, pour la commodité de la suture. Le plissement se fait ainsi beaucoup mieux et l'accolement de la séreuse à elle-même, indispensable pour la formation d'adhérences solides, se trouve ainsi complètement assuré. Le point d'entrée et le point de sortie seront enfouis dans la musculeuse, sur une longueur plus considérable encore que les autres. Il importe, en effet, qu'ils aient prise sur une certaine étendue de tissus, car ceux-ci, situés aux deux extrémités du fil, supporteront

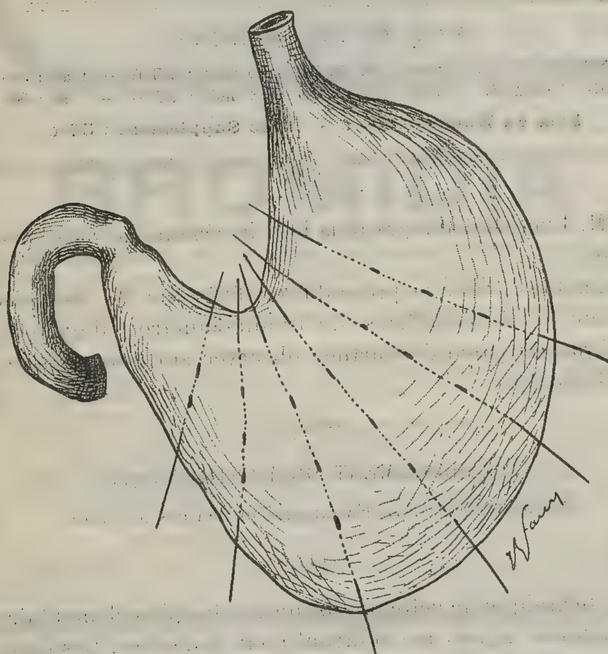


FIG. 1. — Estomac dilaté. Six fils viennent d'être placés et sont prêts à être serrés. Les traits pointillés représentent les parties du fil enfoncées dans les tuniques de l'estomac, les traits pleins les parties apparentes à l'extérieur.

les efforts les plus considérables, et pourraient, à la suite d'une distension un peu brusque de l'estomac, se laisser couper ou déchirer par le fil. J'estime que le point d'entrée et celui de sortie doivent courir dans la musculeuse sur une longueur de 1 centimètre et demi environ. Les autres points intra-musculeux n'auront guère qu'un centimètre, tandis que, entre ces divers points, le fil n'apparaîtra que sur une longueur de 4 ou 5 millimètres à peine.

Ces chiffres sont, d'ailleurs, arbitraires ; je les donne parce qu'ils me paraissent répondre aux dimensions les plus commodes, mais chacun, bien entendn, reste libre de les modifier à sa guise. Il n'y a qu'une règle, c'est que les points d'entrée et de sortie soient résistants et, par conséquent, aussi longs et aussi profonds que possible. Quant aux autres points, on les disposera de façon que les segments de fils enfouis dans la musculeuse soient aussi longs que possible par rapport aux segments extérieurs qui courent sur la séreuse.

On placera ainsi plusieurs fils, quatre, six, huit et même davantage, suivant la longueur de l'estomac et l'étendue de la partie accessible de sa face antérieure.

Je crois avantageux de les placer tous avant de les serrer afin que, la paroi antérieure de l'estomac étant bien étalée, on puisse passer ses fils avec toute la facilité désirable. Quand tous les fils seront placés, on les nouera les uns après les autres en les serrant progressivement et doucement, de façon à ne pas déchirer la paroi au niveau des points extrêmes.

Si, les fils une fois serrés et la séreuse bien accolée à elle-même sur toute la longueur de la région plissée, quelques points paraissaient trop écartés les uns des autres, il serait facile de placer des fils de soutien réunissant les deux plis extrêmes les plus superficiels, sans intéresser les autres qui sont inaccessibles dans la profondeur.

Pour faire un plissement de quelque étendue et pour passer des fils sans difficultés et sans s'exposer à perforer la muqueuse, il faut agir commodément, en attirant hors de l'abdomen la plus grande partie de l'estomac, et même l'estomac tout entier, ce qui est, en général, assez facile, après la longue incision d'une laparotomie et avec la grande mobilité que présente le viscère, dès qu'il atteint un certain degré de dilatation.

Le plissement se fait sans aucune difficulté et les fils se nouent sans la moindre résistance de la part des tissus étreints.

La petite courbure étant à peu près immobile, les points d'émergence des fils situés près d'elle restent fixes, et ce sont les points d'entrée, près de la grande courbure, qui se portent vers le haut en entraînant avec eux la grande courbure elle-même et l'épiploon qui lui est fixé, de sorte que la partie inférieure de la face postérieure de l'estomac passe en avant et que l'épiploon semble fixé au milieu de la face antérieure. La paroi antérieure, entièrement froncée, a donc, pour ainsi dire, disparu, il n'en reste que les bandes

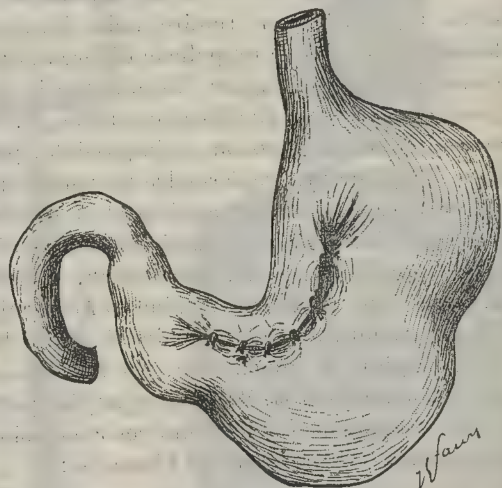


FIG. 2. — Le même estomac, les fils une fois serrés. On se rend parfaitement compte, en le comparant à la fig. 1, de la diminution de volume. Celui-ci est redevenu à peu près normal.

étroites situées au-dessus et au-dessous de la ligne de plicature. Malgré cela, l'étoffe est assez large et la traction exercée au niveau des points extrêmes est, en réalité, très faible. Elle reste telle tant que l'estomac n'est pas distendu; or, pendant les jours qui suivent l'opération, on est maître de le laisser vide. Si on veut alimenter le malade, on lui donnera du lait, par très petites quantités à la fois, de façon à ce que la tension intra-stomacale soit absolument nulle, et dans ces conditions, avec la rapidité d'organisation des adhérences péritonéales, les divers plis agglomérés par les fils, et intimement unis par des adhérences solides, ne tarderont pas à former une sorte de bloc cicatriciel, puissant et définitif.

Je pense qu'au bout d'une quinzaine de jours, il ne saurait y avoir aucun inconvénient à reprendre l'alimentation ordinaire.

On s'efforcera aussi, par tous les moyens possibles, d'évi-

ter les vomissements qui, par leur répétition, pourraient compromettre la solidité des adhérences.

Telle est cette opération.

Elle me paraît être d'une efficacité certaine, car, je le répète, il est évident que les dimensions exagérées de l'estomac ont une influence néfaste sur la circulation des aliments, provoquent leur stagnation et favorisent l'éclosion de fermentations nuisibles. Tous ces inconvénients ne peuvent qu'être atténués, dans une certaine mesure, par la réduction de la capacité gastrique à des proportions plus normales.

Or l'opération qui permet d'obtenir ce résultat est tellement simple et tellement bénigne par elle-même que je ne vois pas, en vérité, pourquoi on hésiterait un seul instant à la pratiquer dans les conditions où je l'ai pratiquée moi-même, c'est-à-dire lorsque, au cours d'une laparotomie, on se trouvera en présence d'un estomac démesuré. L'opération en est à peine prolongée de quelques minutes, et le bénéfice qui en peut résulter vaut bien qu'on se décide à une prolongation aussi insignifiante.

Elle ne peut guère donner lieu qu'à deux accidents. L'un, l'hémorragie par piqûre d'un vaisseau gastrique, est facile à éviter parce qu'on voit les vaisseaux de quelque importance et qu'on peut, par conséquent, passer à côté. Au cas où, malgré tout, une petite hémorragie viendrait à se produire, on l'a sous les yeux, et je ne pense pas qu'il soit, dans ces conditions, très difficile de l'arrêter.

L'autre accident, qui peut être plus sérieux, est la perforation de l'estomac, mais il ne doit pas se produire. Il est très facile de maintenir son aiguille dans l'épaisseur de la musculeuse. D'ailleurs, quand bien même, à la suite d'un mouvement malheureux, on viendrait à pénétrer plus profondément et à perforer la muqueuse, je crois qu'il n'y aurait pas grand inconvénient, au moins tant que la perforation se ferait ailleurs qu'au niveau du point d'entrée ou du point de sortie du fil. Elle s'oblitérerait en effet d'elle-même, perdue dans le froncement des plis. Je crois donc que cet accident, évidemment possible, mais que les précautions les plus élémentaires doivent permettre d'éviter, serait loin d'avoir la gravité qu'on pourrait lui attribuer au premier abord et, qu'en tout cas, sa possibilité ne suffit pas à faire rejeter cette opération, si cette opération est efficace.

Le plissement de l'estomac est donc une opération évidemment bénigne, moins grave certainement que la gastro-entérostomie qui commence à avoir ses partisans chaleureux dans le traitement de certaines dyspepsies rebelles, et qui, elle aussi, me paraît devoir agir surtout, en empêchant le séjour prolongé dans l'estomac de matières fermentescibles.

Malgré tout, son efficacité n'est pas encore assez bien établie pour que j'ose conseiller de la pratiquer, de propos délibéré, toutes les fois que le gargouillement sous-ombilical permet de reconnaître un estomac dilaté et prolabé, alors même que ces signes physiques sont accompagnés de troubles dyspeptiques graves.

Mais si, au cours d'une laparotomie exploratrice ou au cours d'une intervention de nature quelconque sur la cavité abdominale on vient à découvrir un estomac démesuré, et les cas en seraient fréquents, j'en suis convaincu, si on prenait la peine de les rechercher, je crois qu'il est absolument indiqué de réduire sa capacité à des dimensions plus normales, par le froncement de sa paroi antérieure.

Il serait bon d'étudier l'état de l'estomac et les troubles dyspeptiques chez les malades, et en particulier chez les femmes justiciables d'une laparotomie pour une affection d'une autre nature. Au cours de cette opération, rien ne serait plus facile que de pratiquer le plissement de l'estomac, chez celles où il paraîtrait indiqué. On se rendrait ainsi rapidement compte de l'efficacité que peut avoir une opération aussi simple. Il n'est pas défendu d'espérer que l'expérience lui serait favorable et que, si cette expérience se fait, il sera permis quelque jour de sortir de la réserve actuelle et de conseiller de remédier à la dilatation de l'estomac par le plissement de sa paroi antérieure, pratiqué de propos délibéré.

Lorsque j'ai fait cette opération et rédigé ces quelques notes, j'ignorais complètement que le plissement de l'estomac eût déjà été exécuté. Des recherches un peu plus approfondies, bien qu'encore incomplètes, m'ont montré qu'un certain nombre de chirurgiens, en particulier Bircher, Weir (1), Brandt (2), l'ont déjà pratiqué. M. Baudoin (3) y fait allusion dans un article déjà ancien. Enfin, tout récemment, Roux [de Lausanne (4)], qui l'a lui-même exécuté, en dit quelques mots au cours d'un très intéressant article sur la gastro-entérostomie.

Pour n'être pas absolument nouvelle, cette opération n'en est pas moins très exceptionnelle. Je ne sache pas qu'elle ait encore été pratiquée en France. En tous cas, je n'en ai rencontré aucune observation.

REVUE DE LA PRESSE

Occlusions cicatricielles du larynx à la suite du tubage. — Demetrio Galatti, médecin d'enfants à Vienne, a eu l'occasion d'observer deux cas d'occlusion cicatricielle du larynx dans sa clientèle privée, durant ces trois dernières années, sur un total peu élevé de 31 cas de diphtérie, dont 18 suivis de guérison et 13 de mort.

Le premier cas concerne un enfant âgé de vingt mois qui, huit jours après le début d'une diphtérie pharyngienne, fut pris de phénomènes spasmodiques du côté du larynx, nécessitant l'intubation. Le tube resta à demeure vingt-deux jours, avec des pauses variant de quelques heures à trente heures; l'intubation durant rarement plus de quarante-huit heures consécutives. Cinq jours après le détubage, l'enfant, qui s'était trouvé relativement bien dans l'intervalle, fut pris d'accidents d'asphyxie grave, avec symptômes particuliers distincts de ceux que provoque l'occlusion des cordes vocales. Huit jours après le début de ces accidents, qui persistèrent durant toute cette période, l'enfant succombait; les parents, malgré la gravité du cas, s'étant refusés à laisser pratiquer la trachéotomie.

L'autopsie révéla une occlusion siégeant au niveau du cartilage cricoïde à 1 centimètre au-dessus des vraies cordes vocales, causée par une hypertrophie cicatricielle de la muqueuse accompagnée de périchondrite.

Le second cas concerne une petite fille âgée de dix-huit mois qui, six jours après le début d'une attaque de diphtérie, fut intubée. La période d'intubation durait depuis neuf jours, avec des pauses de quelques heures, quand l'intolé-

(1) WEIR. *Transact. Amer. Surg. Assoc.*, 1892, V, p. 149.
(2) BRANDT. Ueber Gastroplicatio, *Centralbl. f. Chir.*, 1894, nº 16.
(3) BAUDOIN. *Prog. méd.*, 16 juillet 1892.
(4) ROUX. *Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, 1897, I, p. 77.

rance du tube, expulsé à chaque instant, nécessita la trachéotomie.

L'enfant ne respirait pas encore sans canule soixante-dix jours après; au cours d'un examen pratiqué sous le chloroforme, Chiari constatait que le larynx n'était perméable que pour une sonde laryngienne de 3 millimètres. La section des cartilages thyroïde et cricoïde (laryngofissure) fut jugée nécessaire; au cours de l'opération, on reconnut la présence d'un rétrécissement cicatriciel siégeant au niveau du cartilage cricoïde, tandis que les cordes vocales étaient intactes.

L'extirpation des tissus de sclérose nécessita l'emploi d'une greffe de Thiersch pour suppléer à la portion de muqueuse enlevée; on transplanta un fragment de peau de la cuisse gauche; on maintint le fragment en place, au moyen d'une mèche de gaze iodoformée, fixée elle-même par un point de suture. Cinq jours après la gaze enlevée, on constata la pleine réussite de la greffe. L'enfant quitta l'hospice avec une canule double à deux branches : l'une verticale, introduite par la plaie trachéale dans le larynx, et destinée à laisser perméable la voie laryngienne nouvellement créée, l'autre trachéale; l'enfant était capable d'expirer par les voies naturelles, mais non d'inspirer.

Galatti, dans les considérations jointes au protocole de ces deux cas, met en relief le peu de durée relative de l'intubation (quatre cent trente-six heures dans le premier cas, deux cent treize dans le second, avant l'apparition des symptômes d'obstruction complète). Il relate une série de cas d'intubation bien plus longue, non suivis d'accident, et on pourrait sans peine en allonger la liste.

Il indique les deux courants d'opinion qui se font jour au sujet de la prophylaxie de cet accident, les uns conseillant de pratiquer la trachéotomie secondaire, régulièrement, du quatrième au cinquième jour de l'intubation; les autres ne songeant à la trachéotomie que lorsqu'ils constatent l'impossibilité d'un détubage définitif, c'est-à-dire à la dernière extrémité.

Entre ces deux opinions, il semble qu'il y ait un moyen terme à prendre : s'il est quelque peu exagéré de préconiser la trachéotomie, toutes les fois que le tubage dure plus de cinq jours, en revanche il semble bien qu'il faille y recourir sans hésiter, toutes les fois que les symptômes cliniques indiquent que le tubage est mal supporté; c'est du moins la ligne de conduite suivie par Galatti pour son second petit malade; quand il eut constaté l'intolérance du tube, son expulsion spontanée et souvent répétée à de courts intervalles, il se décida à intervenir; la persistance de la fièvre, les difficultés de l'alimentation, enfin la longue durée de l'intubation se joignaient à ce premier symptôme pour déterminer sa résolution. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1896, Band XLII, Heft 3 et 4, p. 333.)

Diagnostic précoce de la grossesse. — Rissmann (de Hanovre) attire l'attention sur un signe du début de la grossesse qu'il a eu l'occasion d'observer à deux reprises différentes, une première fois sur une ouvrière amaigrie, la seconde fois au contraire sur une personne de forte corpulence. Ni chez l'une, ni chez l'autre, l'auteur ne réussit à faire sourdre la moindre goutte de liquide en comprimant le sein; en revanche il constata chez ces deux femmes la présence, dans le sein, de masses dures, condensées, occupant une direction radiée par rapport au mamelon, qu'il crut devoir considérer comme des acini de la glande hypertrophiés. Ils étaient, en réalité, moins larges et moins nombreux, mais en tout point semblables à ceux que l'on constate à la dernière période de la grossesse.

Il ne s'agit là, bien entendu, que d'un signe de vraisemblance de la grossesse, qu'il peut être utile de rechercher au même titre que la sécrétion de la glande. (*Centralbl. f. gyn.*, n° 43, p. 1102, 1896.)

P. VIOLLET.

THÉRAPEUTIQUE

Neurasthénie et névralgies.

Par le docteur P.-L. Lectoure.

La conception de la névralgie, c'est-à-dire de la douleur siégeant sur le trajet des nerfs, est de date ancienne, puisque la névralgie faciale est esquissée dans les ouvrages d'Arétée. Malgré cette origine antique, malgré le classique mémoire de Valleix, malgré les efforts des maîtres modernes, les névralgies sont demeurées, jusqu'aux dernières conquêtes de la thérapeutique, des affections difficiles, non seulement à guérir, mais même à atténuer, et ayant souvent nécessité une intervention chirurgicale. Il y a donc intérêt à exposer le traitement moderne des névralgies.

Ce traitement s'est inspiré du vieux précepte : « Sublata causa, tollitur effectus. » Il repose donc sur les notions que nous possédons sur l'étiologie des névralgies.

Cette étiologie est difficile à élucider, car la névralgie n'est pas une entité morbide ayant des lésions anatomiques propres; c'est simplement une névrose caractérisée par le syndrome névralgie. En outre, les cas, dans lesquels la névralgie se montre, sont très disparates : on a voulu en faire des névralgies congestives, ischémiques, inflammatoires, etc.

Le professeur Jaccoud (1) divise les causes des névralgies en quatre groupes : 1° les causes intrinsèques : névrite, inflammation et congestion du névrilème; 2° causes extrinsèques directes : tumeurs de la base du crâne, exsudats méningés, anévrysmes de la carotide, carie du rocher, ostéo-périostite des canaux traversés par les nerfs, plaies, cicatrices, etc. ; 3° causes extrinsèques indirectes ou réflexes : lésions traumatiques des nerfs, des membres, congestions, lésions chroniques de l'encéphale et de la partie supérieure de la moelle; 4° causes constitutionnelles : anémie, malaria, syphilis, goutte, intoxications, etc.

Cette étiologie est conservée par le professeur Grasset (2), mais il y ajoute une donnée capitale : « En tête des causes vraies, il faut, dit-il, placer cet état névropathique général, que l'on appelle plus ou moins improprement diathèse nerveuse, nervosisme, etc., mais sur l'existence clinique duquel tout le monde s'entend; c'est un état spécial de faiblesse particulière du système nerveux qui peut appartenir à une personne ou à une famille, qui se manifeste par des névroses variées, par des maladies du système nerveux. »

Le docteur Hallion, dans son remarquable article du *Traité de médecine*, confirme ce principe clinique. « Certains sujets, dit-il (3), prennent une névralgie sous l'influence de la moindre cause occasionnelle. Les névropathes confirmés, tels que les hystériques, neurasthéniques, etc., ou les simples « détraqués » du système nerveux ont à cet égard une réceptivité particulière. Il en est de même des arthritiques, goutteux et surtout rhumatisants. Enfin, la débilité constitutionnelle crée également cette fâcheuse prédisposition. C'est dire que l'hérédité névropathique ou arthritique joue un rôle important comme condition prédisposante. »

Ces notions pathogéniques, universellement admises, font déjà prévoir quel rôle le traitement général d'une part, les sédatifs et les hypnotiques d'autre part sont appelés à jouer dans la cure de l'affection qui nous occupe.

La diversité des causes des névralgies a forcé les pathologistes à considérer plusieurs formes cliniques de cette affection. Ces divisions sont nombreuses, mais la meilleure nous semble celle qu'a exposée M. Hallion, et que, pour notre

(1) Jaccoud. *Traité de pathologie interne*, t. III, p. 482.
(2) Grasset. *Traité pratique des maladies du système nerveux*, p. 569.
(3) Hallion. *Traité de médecine*, t. VI, p. 904.

part, nous adoptons complètement. Cet auteur considère : 1° la névralgie-névrite subaiguë; 2° la névralgie-névrite chronique; 3° la névralgie-névrose.

La névralgie-névrite subaiguë apparaît sous l'influence du froid ou d'un traumatisme, de préférence chez les sujets arthritiques. Son début est rapide, mais graduel; la douleur est continue avec accès paroxystiques.

La névralgie-névrite chronique s'observe chez les vieillards, c'est dire combien elle est rare. D'ordinaire, elle débute avec les allures d'une névrite subaiguë, quelquefois pourtant, la chronicité s'affirme d'emblée. Ici, la douleur continue a plus d'importance que la douleur paroxystique.

La névralgie-névrose est la forme la plus commune. Elle se montre surtout chez les névropathes. Sans cause raisonnable connue, ou sous l'influence d'un choc nerveux d'origine émotive ou sensorielle, parfois à la suite de l'impression du froid, on voit éclater brusquement, sans prodromes d'aucune sorte, une douleur aiguë qui disparaît et reparaît sans raison appréciable. Ce n'est, suivant l'expression de Lasègue, qu'une succession de « douleurs hasardeuses ».

De cet exposé clinique des névralgies, découlent immédiatement les indications thérapeutiques. Il faut, évidemment, attaquer la cause générale de l'affection : paludisme, anémie, arthritisme, neurasthénie, etc., et combattre ces états de l'organisme par la médication appropriée que chacun sait, et que nous n'avons pas à exposer. Mais ce sont là des traitements de longue haleine qui demandent du temps avant de s'affirmer, et si l'on se contentait de cette prescription, les malades seraient, pour longtemps encore, condamnés à la souffrance. Aussi le médecin a l'obligation de s'efforcer de calmer, le plus tôt possible, la douleur, en attendant qu'il en ait supprimé la cause.

Dans ce but, on a essayé d'appliquer *loco dolenti* divers topiques, pommades à la jusquiame, à la belladone, laudanum, etc. Leur efficacité est tout au moins minime.

On a essayé les révulsifs, frictions avec l'éther, le chloroforme, l'essence de térébenthine; applications de teinture d'iode; ventouses sèches et scarifiées, sinapismes, vésicatoires, pointes de feu; pulvérisations de chlorure de méthyle, le stypage, etc. Ces moyens sont utiles dans le traitement de la névralgie névrite aiguë, parce qu'ils décongestionnent, sans doute, le nerf, mais à eux seuls, ils sont insuffisants, du reste, leur emploi ne saurait être qu'intermittent.

Rarement employés dans la forme chronique, qui se trouve mieux de l'électricité, des bains de vapeur, des douches chaudes, les révulsifs sont inutiles dans la névralgie-névrose. En somme, les révulsifs, adjuvants précieux dans la forme inflammatoire, ne peuvent dispenser de recourir aux sédatifs, aux hypnotiques, qui forment l'élément fondamental dans le traitement de la névralgie.

On a recommandé l'antipyrine, la phénacétine, mais, jusqu'à ces temps derniers, la morphine était le médicament par excellence.

L'injection sous-cutanée de 1 centigramme de cette substance, dissipe rapidement la douleur, mais son action sédative ne dure guère plus de six à huit heures; de plus l'accoutumance s'établit, et avec l'augmentation fatale des doses, survient fatalement le morphinisme chronique et son triste cortège.

L'extrait thébaïque offre les mêmes avantages et les mêmes inconvénients.

On a tenté de suppléer les préparations opiacées par l'aconitine et le sulfate d'atropine; mais ce sont substances dangereuses, difficiles à manier, et qui sont loin de toujours réussir.

Tel était l'état de la question lorsque fut trouvé le Bromidia. Il était facile de prévoir que cette préparation, qui est l'hypnotique par excellence, qui représente une heureuse association, de chloral, de bromure, d'extrait de chanvre indien et de jusquiame, posséderait tous les effets sédatifs de la morphine, sans en avoir les inconvénients, et serait le médicament héroïque des névralgies.

L'expérience a rapidement démontré combien ces espérances étaient justement fondées. Le Bromidia a donné les meilleurs résultats dans toutes les névralgies, même dans les cas invétérés où avaient échoué les opiacés et les hypnotiques les plus variés. La douleur disparaît et le sommeil revient.

Mais, le triomphe du Bromidia, c'est incontestablement la forme névralgie-névrose, car il répond aux deux indications : calmer la douleur et en supprimer la cause.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars 1897. — Présidence de M. Caventou.

PRÉSENTATION

Tumeur kystique du canal de Gartner. — M. BLANCHARD présente au nom de M. Magalhaës (de Rio-de-Janeiro) une poche qui kystique siégeait sur une petite lèvre d'une métisse de vingt-six ans; la tumeur a fait son apparition vers l'âge de douze ans, et s'est développée progressivement, jusqu'à atteindre le volume d'une grosse orange.

Cette poche, remplie d'un liquide clair, filant, albumineux, exempt de microbes, pendait au-devant de la vulve. On crut à une tumeur du clitoris ou des diverses glandes entourant l'orifice du vagin. L'extirpation en a été facile.

L'histologie a montré que la tumeur était formée par la dilatation de cette portion terminale du canal de Wolff qui est connue sous le nom de canal de Gartner.

FIN DE LA DISCUSSION SUR L'ASSAINISSEMENT DES FABRIQUES D'ALLUMETTES

M. LE PRÉSIDENT met aux voix : 1° l'amendement de M. Magitot; 2° les conclusions du rapport de M. Vallin.

M. MAGITOT donne lecture de son amendement. (Voir *Gaz. des hôp.*, p. 221.)

M. BOUCHARDAT appuie l'amendement de M. Magitot. Il lui paraît, en effet, bien difficile de supprimer le phosphore blanc. Il se rallie donc aux propositions si sages, si pratiques, formulées par M. Magitot. Ces mesures lui paraissent d'autant plus rationnelles qu'elles ont déjà fait leurs preuves. Il existe, en effet, à Aix, une usine où tout marche très bien, où l'on n'a pas eu à constater encore un seul accident. Il est donc absolument logique, en attendant mieux, et sans se lancer dans l'inconnu, de se conformer aux conclusions proposées par M. Magitot.

M. VALLIN relève quelques erreurs commises par M. Magitot dans l'interprétation des rapports faits aux pouvoirs compétents par les ingénieurs belges, en 1885. Il donne lecture des textes mêmes d'où il résulte que la commission belge était unanime pour condamner l'emploi du phosphore blanc.

M. Vallin s'applique, en outre, à démontrer, s'appuyant sur des expériences récentes, que, contrairement à l'assertion de M. Magitot, on peut très bien recourir au phosphore rouge et, conséquemment, supprimer le phosphore blanc.

M. LEREBOULLET appuie les conclusions du rapport de la Commission. Il ressort, dit-il, jusqu'à l'évidence, qu'un seul point sépare M. Magitot de M. Vallin, c'est la suppression du phosphore blanc. M. Vallin, en effet, accepte comme très bonnes toutes les mesures d'hygiène proposées par M. Magitot; mais il rappelle, avec raison, que l'Académie sortirait de son rôle si elle se bornait à proposer de simples

mesures d'hygiène quand, depuis longtemps, elle réclame une mesure plus radicale, incontestablement plus efficace, c'est-à-dire la suppression de la cause du mal, du phosphore blanc. Il est, en effet, du devoir des membres de l'Académie de déclarer, en tant qu'hygiénistes, que le phosphore blanc est insalubre. S'il y a mieux, il ne faut donc pas hésiter à en demander la suppression.

M. MAGITOT demande à donner lecture de deux lettres émanant du directeur de l'une des plus importantes usines actuelles d'allumettes.

Dans ces lettres, l'auteur déclare se rallier entièrement à la thèse soutenue par M. Magitot. Son opinion se résume dans les termes suivants :

1° Il y a impossibilité à supprimer industriellement le phosphore blanc.

2° Il y a danger d'adopter l'allumette au phosphore rouge, mesure qui serait *pire que le mal*, en développant la fabrication clandestine, et créant ainsi de nouveaux et plus graves foyers d'accidents.

3° Il y a impossibilité à réaliser l'allumette non phosphorée, sans rencontrer soit des explosifs, soit des substances tout aussi dangereuses peut-être que le phosphore blanc.

La conclusion forcée est donc d'assainir par l'hygiène en conservant la fabrication ordinaire et le phosphore blanc.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix l'amendement de M. Magitot. L'amendement est repoussé.

M. VALLIN donne lecture des conclusions du rapport de la Commission. Ces conclusions sont adoptées.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection des commissions de prix pour l'année 1897. Ont été élus :

Prix de l'Académie. — MM. Duclaux, Laveran et Fernet.
Prix Alvarenga. — MM. Dumontpallier, Grancher et Guyon.
Prix Barbier. — MM. Chauveau, Labbé et Mégnin.
Prix Bourceret. — MM. Trasbot, Marey et Laborde.
Prix Buignet. — MM. Gariel, Riche et Guignard.
Prix Capuron. — MM. Farabeuf, Bucquoy et Robin.
Prix Chevallier. — MM. Hérard, Dieulafoy et Lannelongue.
Prix Chevillon. — MM. Tillaux, Lucas-Championnière et Reclus.
Prix Civrieux. — MM. Luys, Ferrand et Magnan.
Prix Daudet. — MM. Guéniot, Pinard et Péan.
Prix Desportes. — MM. Blanchard, Duguet et Worms.
Prix Godard. — MM. Polaillon, Perier et Berger.
Prix Herpin (de Genève). — MM. Potain, Motet et Huchard.
Prix Itard. — MM. Bouchard, Hayem et Debove.
Prix Laborie. — MM. Duplay, Terrier et Ch. Monod.
Prix du baron Larrey. — MM. Blache, Lereboullet et Delorme.
Prix Laval. — MM. Gautier, Landouzy et Brouardel.
Prix Meynot. — MM. Chauvel, Panas et Javal.
Prix Monbinne. — MM. Kelsch, Pozzi et Railliet.
Prix Nativelle. — MM. Jungfleisch, Hanriot et Marty.
Prix Portal. — MM. Laboulbène, Lancereaux et Porak.
Prix Pourat. — MM. Duval, Marc Sée et François-Franck.
Prix Ricord. — MM. Cornil, Hallopeau et Fournier.
Prix Vernois. — MM. Colin, Nocard et Vallin.

RAPPORT

Sarcome du sinus frontal. — M. BERGER fait un rapport sur une observation adressée par M. Luc. Il s'agit d'une femme qui portait une tumeur kystique au niveau de la région sourcilière droite. Cette tumeur fut ponctionnée, puis elle se reproduisit. M. Luc hésita entre un kyste et un empyème du sinus frontal. Il pratiqua l'opération suivante : Il fit une trépanation du sinus frontal qui contenait un liquide colloïde et des fongosités de nature sarcomateuse. On fit la réunion immédiate, mais il y eut une suppuration secondaire, qui amena une nouvelle intervention. Celle-ci montra l'existence d'un prolongement intra-orbitaire de la tumeur enlevée. Malgré un tamponnement du sinus frontal, il apparut des phénomènes d'encéphalite suppurée.

Dans une troisième opération, M. Luc incisa la dure-mère, lava la surface cérébrale recouverte d'un exsudat suppuré et ponctionna les circonvolutions sans obtenir de résultats. — Tamponnement consécutif. Les jours suivants, la malade sortit de son état comateux, et la convalescence fut troublée seulement par une pneumonie septique de courte durée. La guérison fut complète.

M. Berger insiste sur la rareté des sarcomes fuso-cellulaires à dégénérescence colloïde du sinus frontal. L'exophtalmie est un bon signe des tumeurs solides de ce sinus frontal, lorsqu'elles ont gagné l'orbite. Les dangers de l'intervention sur le sinus frontal sont assez grands ; le tamponnement doit suivre les opérations sur les cavités du crâne. Le pronostic d'une pareille tumeur est sérieux, et il est probable, dans le cas dont il s'agit, qu'une récidive se produira. Toutefois, l'opération large faite par M. Luc est de nature à mettre le maximum de chances favorables du côté du malade.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Lecture des copies. — 1er mars : MM. F. Bezançon et Gouget, 18 ; Claisse, Péron et Pilliet, 17.

— Le jury du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, qui s'ouvrira le 15 mars, est provisoirement constitué de la manière suivante : MM. Tillaux, Lannelongue, Polaillon, Félizet, Lermoyez, Sée et Segond.

Les candidats inscrits sont : MM. Auvray, Benoit, Bernard, Bouglé, Brodier, Cazin, Chevalier, Chipault, Clado, Delbet, Demars, Genouville, Glantenay, Guillemain, Jayle, Launay, Longuet, Manson, Mauclaire, Michon, Morestin, Peraire, Reblaud, Regnauld, Reymond, Souligoux, Thiéry et Vercoustre.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Léon d'Astros est chargé d'un cours supplémentaire de clinique des maladies des enfants.

— *École de médecine de Reims.* — M. le docteur de Bovis est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Dumont, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 9 juillet 1897.

— M. le docteur Devémy, médecin-adjoint au lycée de Valenciennes, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Lecerf, décédé.

— M. le docteur Wins est nommé médecin-adjoint du lycée de Valenciennes, en remplacement de M. le docteur Devémy, nommé titulaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Leroux, médecin principal de l'armée en retraite.

— M. Gilbert, agrégé, commencera les conférences de thérapeutique, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, le samedi 6 mars 1897, à six heures, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. Thiéry, agrégé, commencera ses conférences d'anatomie, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le lundi 8 mars 1897, à trois heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les déterminations du paludisme sur le système nerveux.

Par le docteur Paul REMLINGER,

Médecin aide-major de première classe, chef du Laboratoire de bactériologie à l'hôpital du Belvédère, à Tunis.

L'étude des manifestations nerveuses du paludisme est singulièrement délicate. Les principales difficultés qu'elle présente peuvent se ranger sous quelques-uns des chefs suivants :

Un grand nombre d'observations de troubles nerveux, d'origine palustre, remontent à une époque éloignée où la neurologie était peu avancée. Ces observations sont d'un sommaire déconcertant ; à leur lecture, il est souvent impossible, non seulement d'aboutir à un diagnostic un peu précis, mais même de savoir s'il s'agit d'une affection cérébrale, médullaire ou périphérique, et c'est parfois bien arbitrairement, qu'on est obligé de faire entrer un fait dans l'une ou l'autre de ces trois classes. De plus, la bénignité habituelle de ces affections fait que les autopsies manquent à peu près complètement.

En l'absence de critérium permettant d'établir la nature palustre d'un trouble nerveux, les auteurs ont une tendance à envisager comme de simples coïncidences les accidents nerveux qui surviennent au cours du paludisme. Il vient naturellement à l'idée de prendre pour critérium la constatation de l'hématozoaire de Laveran ; mais si l'on réfléchit que sa présence dans le sang est passagère et que les complications nerveuses du paludisme se produisent surtout à la fin des accès ou chez des impaludés chroniques, on comprendra qu'exiger cette constatation serait rétrécir plus que de raison le champ des troubles nerveux, d'origine palustre. La guérison par le sulfate de quinine est également un mauvais critérium ; l'accepter serait au contraire étendre ce champ plus qu'il ne faut, en y faisant entrer des états purement névropathiques.

Puis un grand nombre d'accidents, les céphalées, les vertiges, les névralgies, par exemple, sont-ils sous la dépendance directe du paludisme ou doivent-ils être considérés comme des symptômes de banale anémie et comme tels ne pas compter parmi les déterminations nerveuses de l'impaludisme ?

Enfin, comme le fait remarquer M. le médecin-major Catrin (1), les accès paludéens larvés prennent souvent le masque nerveux, et on conçoit combien peut présenter de difficultés le diagnostic entre une complication nerveuse de l'impaludisme et un accès larvé à forme nerveuse, c'est-à-dire le paludisme même.

Il importait, avant d'entrer en matière, de signaler tous ces écueils.

La connaissance de troubles du système nerveux qui surviennent au cours du paludisme, est déjà fort ancienne. Ainsi que le fait remarquer Imbert-Gourbeyre (2), Fernel paraît avoir le premier signalé les paralysies « in fine intermittentium ». En 1766, Nic. Piso dit dans sa « Pathologie » : « Hemitritœus etiam in paralysin terminatur. » Un peu plus tard, Hoffmann, Cullen, Vogel, Borsieri, Richter (3) accordent de brèves mentions à différents troubles moteurs qui auraient été consécutifs à des fièvres d'accès et Torti (4) introduit, dans sa classification des fièvres pernicieuses, une « forme hémiplégique » qu'il ne décrit pas et se contente de mentionner. En 1827, le mémoire de Lassalvy (5) sur une « maladie périodique qui n'atteignait que la moitié du corps » et, en 1834, l'étude de Bouté (6), sur les « fièvres intermittentes des marais de la Vendée », offre des faits intéressants, bien que d'une interprétation incertaine. C'est en 1836, dans le « Traité des fièvres palustres ou irritations cérébro-spinales épidémiques » de Maillot, que nous trouvons une observation intitulée « Irritation encéphalique, paralysie, mort », qui paraît constituer le premier exemple bien authentique d'une détermination nerveuse de l'impaludisme. Si l'on en excepte quelques faits

(1) CATRIN. *Le paludisme chronique*, in Bibl. Charcot-Debove.
(2) IMBERT-GOURBEYRE. Recherches historiques sur les paralysies consécutives aux maladies aiguës, *Gaz. méd. de Paris*, 1863.
(3) Cité par VINCENT. *Paralysies dans la fièvre intermittente*, Th. de Montpellier, 1878.
(4) TORTI. *Therapeutica specialis ad febr. period.*, t. I.
(5) LASSALVY. *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1827, p. 238.
(6) BOUTÉ. *Recueil de mémoires de médecine militaire*, 1re série, p. 36-140.

de Vigla (1) [1848], de Mesnard (2) [1849], la littérature médicale est ensuite muette sur ces accidents jusqu'en 1851, époque où Ouradou (3) décrit dans sa thèse quelques « accidents de paralysie, suite de fièvres intermittentes », observés par lui en Algérie. Puis viennent les mémoires de Cavaré (4) [1853], de Macario (5) [1857], de Bertherand (6) [1868], sur une « Paralysie générale du sentiment et du mouvement affectant le type intermittent », sur les « paralysies dynamiques ou nerveuses », sur « l'intermittence et la périodicité dans les maladies ». Les faits qui y sont contenus sont souvent d'une interprétation bien difficile. Mais en 1871, M. le médecin-inspecteur Boisseau (7) publie une observation très probante d' « aphasie transitoire d'origine palustre » ; en 1876, M. le professeur Grasset (8) consacre une excellente étude aux « diverses manifestations hémiplégiques de l'intoxication paludéenne ». En 1878, la thèse de Vincent (9), sur les « paralysies dans la fièvre intermittente », apporte quelques observations nouvelles. Depuis cette époque, les observations de complications survenues du côté du système nerveux au cours du paludisme aigu ou chronique se sont multipliées et nous aurons occasion de citer au cours de cette étude les travaux qui leur ont été consacrés.

Nous nous proposons de passer successivement en revue les déterminations du paludisme sur l'encéphale, sur la moelle et sur les nerfs périphériques. Un dernier chapitre comprendra l'étude des névroses (hystérie, neurasthénie et troubles mentaux) d'origine palustre.

I

Accidents d'origine cérébrale. — *Accidents survenus au cours d'accès pernicieux ou au cours d'accès normaux de la fièvre intermittente.* — Parmi les accidents qui surviennent à l'occasion des accès, un premier groupe comprend des troubles nerveux transitoires, dont la durée est la même que celle de l'accès. L'affection débute en même temps que l'accès ou quelques instants avant le commencement du frisson, alors que le malade ressent les premiers prodromes de la fièvre. Elle s'accroît pendant le stade de chaleur et disparaît rapidement au moment où débute l'apyrexie. La quinine paraît souveraine contre ces sortes de manifestations.

Ces troubles nerveux transitoires peuvent consister simplement en de l'aphasie. M. le médecin-inspecteur Boisseau (10) a publié, en 1871, l'histoire d'un sous-officier qui, à trois reprises différentes, au cours d'un accès paludéen, fut subitement privé de l'usage de la parole, l'intelligence, la sensibilité, la motilité demeurant intactes. L'aphasie apparaissait un peu avant le début du frisson; elle durait tout le temps que durait cet accès, sept heures environ, puis disparaissait avec lui, au moment où cessait le stade de sudation.

D'autres fois, cette aphasie s'accompagne d'une paralysie des fléchisseurs de la main. M. Vincent (1) en cite une observation personnelle. L'aphasie et la paralysie des fléchisseurs de la main droite apparurent au moment des prodromes de l'accès. L'une et l'autre avaient complètement disparu au bout de dix-sept heures.

Un deuxième groupe d'accidents nerveux, d'origine cérébrale, comprend des affections qui, apparues également au cours d'un accès fébrile, persistent après cet accès et ne disparaissent qu'au bout de quelques jours. Il est à remarquer que ces accidents se produisent surtout au cours des accès pernicieux, tandis que les deux observations précédentes sont relatives à des paralysies survenues au cours d'accès simples. Mais la quinine jouit sur ces deux classes d'accidents de la même influence salutaire.

Ces accidents peuvent être uniquement constitués par de l'aphasie.

MM. Boinet et Salebert (2) rapportent l'observation d'un tirailleur qui, atteint de fièvre rémittente grave, devint subitement aphasique. Pendant dix jours, il ne put articuler aucun son. Le onzième jour, il put donner un son court et rauque; le quinzième, il put prononcer un mot, puis un deuxième. Au bout d'un mois, il était complètement guéri. Il avait pris par jour 2 grammes de sulfate de quinine.

La thèse de Vincent renferme aussi (observation V) le cas d'un journalier atteint d'aphasie à la suite d'un accès pernicieux; on lui administra du sulfate de quinine, et dès le lendemain il articulait quelques mots; il ne put être suivi, mais il y a lieu de supposer que l'aphasie disparut en quelques jours, car l'amélioration constatée dans l'articulation des mots avait été rapide.

Cette aphasie peut s'accompagner de paraplégie. Vincent rapporte l'histoire d'un homme atteint, au cours d'un accès pernicieux, d'aphasie et de paraplégie incomplète. Après vingt jours de traitement, la guérison était presque absolue.

L'hémiplégie peut s'observer indépendamment de toute aphasie. Zanda (3) relate une observation d'hémiplégie consécutive à un accès pernicieux; elle disparut, puis elle subit deux rechutes en même temps que se déclaraient deux petits accès palustres. Elle guérit ensuite définitivement.

M. Grasset (4) cite aussi une observation d'hémiplégie, survenue au cours d'un accès de paludisme. La guérison fut obtenue en dix jours, à l'aide des injections sous-cutanées de quinine.

Un autre cas est celui qui a été publié par M. le médecin-major Pascal (5). Au Tonkin, un artilleur fut atteint d'hémiplégie alterne à la suite d'un accès pernicieux. La paralysie intéressait la face du côté gauche, les membres du côté droit, et s'accompagnait à la face d'une grande diminution, aux membres d'une perte absolue de la sensibilité. Un traitement intensif fut institué; quinze jours après, le malade était complètement guéri.

(1) Vigla. *Gaz. des hôpit.*, 24 nov. 1848.
(2) Mesnard. *Essai sur les fièvres intermittentes pernicieuses*, Th. de Montpellier, 1849.
(3) Ouradou. *Accidents de paralysies, suite de fièvres intermittentes*, Th. de Paris, 1851.
(4) Cavaré. *Gaz. des hôpit.*, 1853.
(5) Macario. *Gaz. méd.*, 1857.
(6) Bertherand. *Gaz. méd. de l'Algérie*, 1868.
(7) Boisseau. *Gaz. hebd.*, 21 avril 1871.
(8) Grasset. *Nouveau Montpellier méd.*, 1876.
(9) Vincent. Th. de Montpellier, 1878.
(10) Boisseau. Aphasie transitoire liée à des accès de fièvre intermittente, *Gaz. hebd.*, 21 avril 1871.

(1) Vincent. *Des paralysies dans la fièvre intermittente et leur pathogénie*, Th. de Montpellier, 1878.
(2) Boinet et Salebert. Sur les troubles moteurs de l'impaludisme, *Rev. de méd.*, 1889.
(3) Zanda. *Ann. univ. de méd.*, 1864.
(4) Grasset. *Nouveau Montpellier méd.*, 1876, vol. XXXVI.
(5) Pascal. Un cas d'hémiplégie de nature paludéenne, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1887, n° 10, p. 145.

Quelquefois, au lieu d'une hémiplégie, on observe une monoplégie incomplète, comme dans ce cas de Vincent. Un paludéen, frappé d'accès pernicieux, s'aperçoit, en sortant du coma, d'une paralysie incomplète de son membre supérieur droit. Il n'y avait pas d'aphasie. Au bout de douze jours de traitement par la quinine, une amélioration survenait et le malade guérit définitivement.

Un troisième groupe de troubles nerveux qui apparaissent au cours d'accès palustres, comprend des accidents graves, parfois même apoplectiformes et mortels, et dans lesquels le sulfate de quinine n'a aucune influence. Peut-être serait-il bon, dans ces cas, ainsi que le conseil en a été donné par M. Grasset, de recourir simultanément à la révulsion et à la quinine.

Le premier en date de ces accidents nerveux est celui dont Maillot (1) fait une brève mention. Il s'agit d'une hémiplégie consécutive à une fièvre intermittente, à forme comateuse. Le malade dut être réformé et M. Maillot ajoute : « Il y eut probablement chez ce sujet, âgé de vingt-cinq ans seulement, hémorragie et rupture de fibres cérébrales, altérations que je n'ai jamais rencontrées dans les cadavres des individus qui avaient succombé à des accès comateux. »

Mesnard (2) cite une observation de fièvre pernicieuse apoplectiforme, avec déviation de la langue et anesthésie d'un côté du corps, suivie de mort.

Bouté (3) parle d'un malade chez lequel le neuvième accès de fièvre s'accompagna d'apoplexie avec hémiplégie droite et entraîna la mort du malade.

Une observation de Vincent a trait à une jeune fille qui, au cours d'un accès pernicieux, fut atteinte de paraplégie complète et d'aphasie. Une légère amélioration survint, mais au cours d'un accès simple, la paraplégie et l'aphasie se reproduisirent. La malade mourut un an après la première atteinte.

Une autre observation de Vincent est relative à un paludéen atteint, au cours d'un accès pernicieux, d'aphasie et de paraplégie. Une amélioration survint au bout de dix jours, mais une semaine plus tard, au cours d'un nouvel accès, la paraplégie redevint complète; en même temps, le malade présentait divers troubles de la vue et de l'ouïe et une diminution de forces dans le bras gauche. Nouvelle amélioration au bout d'un mois; mais une deuxième rechute de la paraplégie survint à la suite d'un accès. Plus tard, au cours d'un nouvel accès pernicieux, le malade fut atteint d'une hémiplégie qui le laissa impotent.

Un autre exemple encore (Grasset) est celui d'un soldat qui contracta le paludisme en Afrique, en 1871, et fut atteint alors d'une hémiplégie gauche incomplète; les accès ayant cessé, l'hémiplégie diminua, puis disparut. En 1865, nouveaux accès, nouvelle hémiplégie, mais qui persista plus longtemps après la cessation des accès. En janvier 1871, nouveaux accès, nouvelle hémiplégie, qui ne disparut pas complètement. Enfin, en 1876, cette hémiplégie prit une grande intensité sous l'influence d'accès à type quotidien.

Il faut enfin comprendre parmi les manifestations cérébrales graves du paludisme, ces accès pernicieux apoplectiformes, admis par presque tous les auteurs qui ont étudié les fièvres palustres. Dans un certain nombre de cas, ils déterminent la mort par vaste hémorragie, à la fois cérébrale, corticale et méningée. M. le médecin-major Blanc (1) en a publié une intéressante observation.

Accidents qui constituent à eux seuls tout l'accès palustre. — Cette deuxième classe de troubles nerveux, d'origine cérébrale, comprend des accidents qui se rattachent au paludisme d'une façon bien moins nette que les précédents. Dans bon nombre d'observations, l'hypothèse du rôle étiologique du paludisme repose à peu près uniquement sur les bons effets du sulfate de quinine; c'est dire que ce rôle demeure fort sujet à caution.

Quoi qu'il en soit, ces accidents peuvent, comme les troubles nerveux liés aux accès fébriles, se réduire à une aphasie transitoire.

Le docteur Villard (2) rapporte l'observation d'un pope, sujet à des accès tierces; un matin, il perdit subitement connaissance; quand il revint à lui, il avait perdu l'usage de la parole, tout en conservant l'intelligence intacte; le sulfate de quinine fut administré et l'on vit céder comme par enchantement cette aphasie passagère.

D'autres fois, une paralysie généralisée accompagnerait l'aphasie. Macario (3) cite le cas d'une femme atteinte presque subitement d'aphasie et d'une paralysie des quatre membres. Le tout disparut au bout de trois heures. Le lendemain et le surlendemain, reprise des mêmes accidents qui, chaque fois, durèrent de cinq à six heures, puis disparurent. Immédiatement après la disparition du dernier accès, on administra 50 centigrammes de sulfate de quinine. Le lendemain, la paralysie reparut encore, mais l'administration d'une dose de 75 centigrammes de sulfate de quinine fit disparaître définitivement la paralysie.

On pourrait observer également une hémiplégie indépendante de toute aphasie. Bonnet (4) a publié l'observation d'un enfant, pris tout à coup d'une hémiplégie droite, sans embarras de la parole, ni déviation de la langue. Comme on observait dans le pays des cas de fièvre pernicieuse, on prescrivit 50 centigrammes de sulfate de quinine en lavement. Quinze minutes après son administration, cessation complète des accidents. Le lendemain, une nouvelle hémiplégie se déclara subitement; elle fut guérie comme la précédente, et l'emploi continué de la quinine empêcha une troisième atteinte.

Deux observations tout à fait analogues à celles-ci ont été publiées par Bertherand (5).

Ces hémiplégies intermittentes peuvent s'accompagner d'un ictus apoplectique, comme le prouve cette observation de Bouté (6) :

Un soldat fut pris subitement de perte de connaissance

---

(1) Maillot. *Traité des fièvres intermittentes ou irritations cérébro-spinales épidémiques*, Paris 1836.

(2) Mesnard. Loc. cit., t. III, p. 45.

(3) Bouté. Mémoire sur les fièvres intermittentes des marais de la Vendée observées de 1830 à 1833, *Rec. de mém. de méd. milit.*, 1re série, p. 36-140.

(1) Blanc. De l'accès pernicieux apoplectiforme avec et par hémorragie cérébrale, *Arch. de méd. milit.*, 1887, p. 451.

(2) Villard. Note hygiénique et médicale sur l'Attique, *Progr. méd.*, 1878, n° 16.

(3) Macario. Mémoire sur les paralysies dynamiques ou nerveuses, *Gaz. méd.*, 1857, p. 88.

(4) Bonnet. *Bull. de la Soc. de méd. de Poitiers*, analysé in *Jahresbericht*, 1870, p. 218.

(5) Bertherand. De l'intermittence et de la périodicité dans les maladies, *Gaz. méd. de l'Algérie*, n° 7, p. 73, analysé in *Jahresbericht*, 1868, p. 221

(6) Bouté. Loc. cit.

avec respiration stertoreuse, hémiplégie droite et déviation de la bouche du même côté. Une saignée de 16 onces fit disparaître ces symptômes qui reparurent le lendemain et disparurent au bout de quelques heures. On prescrivit la quinine. Le lendemain, le malade n'eut qu'un peu de chaleur et d'assoupissement. On continua le médicament et la fièvre ne reparut pas.

Notons encore que ces manifestations hémiplégiques peuvent porter uniquement sur le grand sympathique. Dès 1827, en effet, Lassalvy (1) a publié l'observation d'une femme qui, après un frisson partant du milieu de l'épine dorsale et irradiant dans les membres supérieur et inférieur gauches, éprouva une vive sensation de chaleur dans la moitié correspondante du corps : céphalalgie, injection de la face, œil brillant, animé et larmoyant; téguments du crâne douloureux à la pression; légers mouvements convulsifs de la paupière supérieure et de la commissure des lèvres; langue rouge, sèche, hérissée. Tous ces phénomènes n'avaient lieu que du côté gauche ; le côté droit était dans la plus parfaite intégrité; les symptômes s'amendèrent progressivement et s'évanouirent complètement après l'éruption d'une douce moiteur du côté gauche. Cet accès se renouvela trois jours de suite à la même heure et de la même manière; on administra le sulfate de quinine. Le lendemain, l'accès fut beaucoup moindre en intensité et en durée; le deuxième jour, il fut à peine sensible; le troisième, il disparut sans retour.

Lassalvy cite à la fin de son mémoire quelques faits qui se rapprochent du sien. C'est ainsi que Désalleurs (2) aurait vu un homme atteint, après avoir couché dans une chambre récrépie, d'une fièvre intermittente qui n'atteignait que la moitié du corps correspondant à la muraille. De même Mangold (3) aurait vu une fièvre intermittente quarte avec hémiplégie, convulsions et sueurs se produisant tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche.

Pathogénie des accidents d'origine cérébrale qui surviennent au cours de l'impaludisme. — Les manifestations cérébrales de l'impaludisme présentent, on le voit, une symptomatologie très variée et il serait bien difficile d'en présenter un tableau d'ensemble. Deux choses cependant ressortent avec netteté des observations publiées. C'est d'abord la bénignité, la curabilité de ces affections, puisque, sur 24 observations, 18 se rapportent à des paralysies transitoires. C'est aussi la fréquence de l'aphasie notée 9 fois. En l'absence à peu près complète d'autopsie, il n'est pas impossible de déduire de ces deux grands caractères quelle lésion donne naissance aux paralysies palustres et quel est le siège de cette lésion.

La curabilité des paralysies palustres, la fréquence de l'aphasie, ce fait encore que ces paralysies sont souvent partielles et limitées à un groupe musculaire, montrent qu'elles ont une origine non pas centrale, mais corticale. Depuis les travaux de Hitzig, de Ferrier, de Carville et Duret, on sait, en effet, que l'ablation des régions corticales du cerveau détermine des paralysies transitoires, limitées souvent à un groupe musculaire. Au contraire, les paralysies produites par une lésion de la capsule interne sont intenses, définitives, incurables.

Mais en quoi consiste cette lésion corticale? Le peu de durée habituel de ces paralysies exclut l'idée d'un ramollissement ou d'une hémorragie et on est amené à invoquer un trouble momentané d'irrigation. Ce trouble momentané d'irrigation paraît lié, dans les formes de paralysies essentiellement fugaces, à la présence, dans les petits vaisseaux des centres nerveux, d'hématozoaires du paludisme, ainsi que l'hypothèse en a été faite par M. le professeur Laveran. Dans les paralysies de durée un peu plus longue, il paraît sous la dépendance des altérations des parois capillaires par le pigment, ainsi que la chose est admise par un grand nombre d'anatomo-pathologistes.

On conçoit facilement qu'une thrombose puisse être déterminée dans les capillaires cérébraux par l'hématozoaire du paludisme et que de l'aphasie ou une monoplégie en résultent. Mais, d'autre part, la fugacité de cette paralysie et les bons effets de la quinine s'expliquent fort bien également par la fugacité de la thrombose elle-même, les hématozoaires étant entraînés à nouveau dans le torrent circulatoire, si la quinine administrée à temps vient les engourdir ou les tuer.

Les altérations des parois vasculaires par le pigment que fabrique l'hématozoaire nous rendent peut-être mieux compte que les thromboses déterminées par l'hématozoaire lui-même de ces paralysies qui, apparues au cours d'un accès, subsistent ensuite quelque temps. Comme l'a démontré M. le médecin-inspecteur Kelsch (1), le pigment siège à l'intérieur et sur les parois des vaisseaux sanguins, et, fait qui cadre bien avec cette constatation clinique, que les paralysies palustres présentent les caractères des paralysies corticales, il a une tendance à s'accumuler dans les vaisseaux de la substance corticale du cerveau. Cette pigmentation du cerveau palustre qui, limitée à la substance grise, accentue l'opposition de couleur entre les deux substances est, en effet, chose connue. Comment ce pigment agit-il pour déterminer des paralysies? Les plus gros grains sont-ils arrêtés au niveau des capillaires et derrière l'obstacle? Les vaisseaux se déchirent-ils (Rindfleisch)? Les grains s'accumulent-ils dans de petits anévrysmes capillaires qui finissent par se rompre sous la pression du sang (Kelsch)? Il est probable que, dans la grande majorité des cas, ce pigment n'est cause ni de ramollissements, ni d'hémorragies, qui cadrent mal avec le caractère habituellement transitoire et curable des paralysies palustres. Le pigment augmente, en amont de lui, la tension sanguine; il exagère ainsi, dans des proportions notables, la congestion cérébrale qui se produit toujours pendant la première période de la fièvre, alors que les parties périphériques du corps sont anémiées et que le sang est refoulé vers les organes profonds. Il prolonge la durée de cette période de congestion et de cette congestion du cerveau, exagérée comme intensité et prolongée comme durée, naissent les paralysies. Ce rôle du pigment nous explique le peu de durée de ces paralysies palustres et leur curabilité à la longue par la quinine. En effet, ainsi que l'a constaté M. le médecin-inspecteur Kelsch, le pigment ne se trouve dans les capillaires du cerveau que d'une façon transitoire, pendant les périodes de fièvre. Dans l'intervalle des périodes d'accès, il disparaît de ces capillaires comme aussi des capillaires du poumon, du rein, etc., et il ne se rencontre plus que dans la rate, la moelle osseuse et le foie. On conçoit que les alternatives d'améliorations et de récidives, signalées dans plusieurs ob-

(1) Lassalvy. Histoire d'une maladie périodique qui n'atteignait que la moitié verticale du corps, *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1827, p. 238.

(2 et 3) Désalleurs, Mangold, cités par Lassalvy.

(1) Kelsch. *Arch. de physiol.*, 1875, n° 5.

servations d'aphasie ou d'hémiplégie d'origine palustre, s'expliquent très bien avec ce rôle causal du pigment.

Enfin ces mêmes altérations vasculaires causées par le pigment nous rendent également compte des cas où les paralysies ont été définitives ou ont entraîné la mort. Les leucocytes mélanifères et les granules de pigment sont parfois si nombreux dans un vaisseau qu'ils l'obstruent complètement. Des thromboses peuvent en résulter, qui ont pour conséquence des ramollissements, source de paralysies incurables. D'autre part, l'exagération de la tension sanguine dans les capillaires situés en amont du pigment, la fragilité plus grande des vaisseaux, dont les cellules endothéliales sont infiltrées, concourent pour déterminer la production d'hémorragies qui, elles aussi, peuvent déterminer des paralysies définitives. Parfois même, ces hémorragies sont si considérables que, des couches corticales du cerveau, le sang fait irruption dans les méninges et le sujet succombe presque subitement. Ainsi que l'a constaté M. le médecin-major Blanc (1), les accès pernicieux apoplectiformes reconnaissent quelquefois cette pathogénie. Frerichs (2), antérieurement, avait cité des faits analogues.

II

Accidents d'origine médullaire. — Les affections médullaires d'origine palustre ne sont pas communes. Cependant M. le professeur Landouzy disait déjà dans sa thèse d'agrégation que, « malgré la prédominance des déterminations palustres sur l'encéphale, on ne doit point oublier que le poison maremmatique peut se fixer sur la moelle. » Depuis cette époque, de nouvelles observations ont été produites et on peut grouper tous les faits publiés de la façon suivante :

1° Il existe une myélite palustre, à symptomatologie et probablement à lésion anatomique très variable ; elle survient à la suite d'un accès pernicieux ou dans le cours des accès normaux de la fièvre intermittente ;

2° Dans un certain nombre de cas, il a paru y avoir une relation de cause à effet entre le paludisme et certaines affections médullaires à type bien défini, telles que la sclérose en plaques, le tabes dorsal, la polyomyélite antérieure ;

3° Enfin, de même que nous avons vu des aphasies, des hémiplégies, non plus apparaître au cours d'un accès, mais constituer toute l'atteinte du paludisme, de même un certain nombre de cas de paralysies transitoires, d'origine médullaire, apparues en dehors de tout accès fébrile, ont paru ressortir au paludisme.

1° Bien que des différentes déterminations du paludisme sur le système nerveux, les déterminations médullaires soient peut-être les plus rares, une des premières observations d'affection nerveuse d'origine palustre se rapporte à une myélite. Dans son « Traité des fièvres intermittentes », M. Maillot relate l'observation d'un jeune soldat qui, entré à l'hôpital de Bône, pour paludisme, fut pris bientôt d'une paralysie du membre supérieur droit, puis gauche. Les membres inférieurs se paralysèrent ensuite; il y eut de l'incontinence d'urine; la mort survint en vingt-cinq jours au milieu de symptômes bulbaires. A l'autopsie, on trouva une forte congestion de la moelle, surtout au niveau du renflement cervical. Au niveau des dernières vertèbres dorsales, il existait un ramollissement rouge de six à huit lignes.

(1) Blanc. Loc. cit.
(2) Frerichs. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1855-56.

Dans la thèse d'Ouradou (1), se trouvent mentionnés deux autres cas de paraplégie survenue à la suite de la fièvre intermittente, mais le peu de détails cliniques et l'absence d'autopsie doivent rendre un peu circonspect à leur égard.

La première observation a trait à un infirmier, sujet à des accès tantôt tierces, tantôt quotidiens. « Après plusieurs atteintes, on constate un amaigrissement considérable, plus marqué aux extrémités inférieures, dont les muscles sont atrophiés et recouverts d'une peau flasque, mais sans œdème ; il traîne sa jambe ; ses pieds ne peuvent quitter le sol ; il lui faut un aide pour se soutenir. Quelque temps après, sa paralysie était complète... Nous ignorons ce qu'il est devenu ; tout nous porte à croire qu'il a succombé. » Le deuxième fait est relatif à un jeune homme de dix-sept ans, atteint de fièvre intermittente rebelle. Une paraplégie débuta pendant qu'il était en traitement et persista, « au point que ce malade s'appuyait sur des crosses quand il sortit de l'hôpital. »

Dans la thèse de Vincent, on trouve l'observation de trois malades devenus paraplégiques à la suite d'accès pernicieux. Au bout d'un temps assez variable, la paraplégie guérissait, mais il était fréquent que sa marche vers la guérison fut entravée par des rechutes qui se produisaient au moment des accès de fièvre, preuve évidente des rapports étroits qui existaient entre le paludisme et la paraplégie. Dans une observation, une de ces rechutes a entraîné la mort.

Boinet et Salebert (2) ont observé, au Tonkin, un jeune tirailleur qui, à la suite d'un accès pernicieux, fut atteint d'une paraplégie flasque avec atrophie. L'anesthésie cutanée était absolue ; il y avait un degré notable d'hyperexcitabilité musculaire ; les réflexes rotuliens étaient légèrement diminués ; la vessie et le rectum étaient intacts ; la partie supérieure du corps était dans son état normal.

Une autre observation a trait à un Annamite devenu paraplégique au cours d'une fièvre rémittente. Les muscles s'atrophient rapidement ; les réflexes rotulien et plantaire sont abolis ; la sensibilité est diminuée ; la vessie et le rectum sont intacts.

Un autre cas de paraplégie palustre a été observé par Devight (3) ; il a trait à un enfant de cinq ans qui guérit complètement par le sulfate de quinine. Csillag (4) a également cité des paraplégies palustres guéries par la quinine ; mais les détails dans lesquels il entre à leur sujet sont trop peu circonstanciés pour que la nature palustre des accidents puisse être admise sans conteste.

Parfois la coexistence d'une syphilis laisse indécise la nature d'une paraplégie. C'est ainsi que M. le professeur Laveran (5) cite un cas de paraplégie survenue chez un paludéen, mais cet homme était en même temps syphilitique. Le sulfate de quinine, pas plus du reste que l'iodure, n'amena d'amélioration. Un malade de Suckling (6), palu-

(1) Ouradou. Loc. cit.
(2) Boinet et Salebert. Loc. cit.
(3) Devight, cité par Catrin. Loc. cit.
(4) Csillag. Sur les paralysies malariennes, *Wien. Med. Presse*, 1er sept. 1895.
(5) Laveran. *Traité des fièvres palustres*.
(6) Suckling, cité par Catrin.

déen, était atteint de paraplégie, mais il avait eu autrefois un chancre.

2° Le paludisme paraît jouer un rôle dans l'étiologie de quelques affections médullaires à type bien défini et nous allons passer successivement en revue ce qui a été décrit sous le nom de tabes, de sclérose en plaques et de myélite antérieure aiguë d'origine palustre.

Lipmann (1) paraît avoir le premier rattaché au paludisme quelques cas de sclérose en plaques. Canellis et Torti (2) ont signalé également cette affection chez les palustres. De même Kahler et Pick (3). Mais les observations les plus intéressantes sont celles qui ont été produites par Triantaphyllidès [de Batoum (4)]. La première, publiée en 1893, est celle d'un paludéen qui, en plus des symptômes ordinaires du paludisme (accès fébriles, facies spécial, augmentation de volume du foie et de la rate), présentait la parole lente et scandée de la sclérose en plaques. Pas de tremblement au repos, mais un tremblement qui augmente d'amplitude avec l'étendue du mouvement et qui empêche le malade d'atteindre le but lorsqu'on l'engage à porter la main à la bouche. Nystagmus; exagération des réflexes tendineux; tendance aux vertiges; aucun signe d'hystérie ou de neurasthénie. Cette observation de Triantaphyllidès emprunte une importance toute particulière à ce fait que la présence de l'hématozoaire de Laveran a été constatée dans le sang du malade. Le sang renfermait, en effet, des plasmodies pigmentées en abondance et quelques corps en croissant. Le malade fut traité par les injections hypodermiques de quinine à la dose de 1 gramme par jour. Au bout d'un mois, il était tout à fait guéri. En 1893, M. Triantaphyllidès a publié trois nouvelles observations de pseudo-sclérose en plaques d'origine palustre (5). Deux d'entre elles ne présentent aucun doute sur la cause première de l'affection et tous les symptômes de la maladie étaient certainement sous la dépendance directe de l'impaludisme. Chez un troisième malade, ces symptômes apparurent soudainement sans qu'aucune autre cause que des accès de fièvre intermittente préexistante ait pu être incriminée. Dans ces trois cas, la présence de plasmodies pigmentées a été constatée dans le sang et la quinine a amené rapidement, dans deux de ces cas, la disparition de tous les symptômes.

M. Triantaphyllidès ne croit pas qu'il s'agisse dans ce cas d'une forme d'hystérie provoquée par l'impaludisme et simulant la sclérose en plaques. Il croit à l'existence d'une myélite disséminée, due elle-même à une endartérite infectieuse paludéenne. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question. Traitée de bonne heure par la quinine, cette myélite peut rétrocéder, ce qui est arrivé dans deux cas; mais si on laisse à la maladie le temps de s'établir, ce qui est survenu chez un troisième malade, les lésions deviennent permanentes et il n'y a plus de guérison à espérer.

Lipmann (6) a vu deux cas de tabes qu'il a cru devoir rattacher au paludisme. Morton Prince (7) a attribué également à la malaria plusieurs cas de cette maladie. D'autres cas de tabes d'origine palustre ont été décrits par Bourru (1) et par Bell (2). Il est difficile également de ne pas faire entrer dans les pseudo-tabes d'origine palustre la maladie singulière décrite par Delwèze à la Jamaïque et dont il énumère ainsi les symptômes cardinaux : « Tous les sens émoussés, surdité, diminution de la vue, etc.; perte presque complète de la coordination musculaire. Les malades atteints de cette affection ne peuvent à la fois poser les talons à terre et regarder en haut sans perdre l'équilibre. La démarche est irrégulière. La marche ne peut s'exécuter en ligne droite. En se promenant, les malades remuent spasmodiquement les extrémités inférieures; le talon porté en bas frappe le premier le sol. Absence totale de réflexes tendineux. Grande irritabilité de caractère. » Delwèze cite les faits suivants à l'appui de l'origine palustre de cette affection. Plus un district est palustre, dit-il, plus la maladie est fréquente; elle augmente pendant la saison des pluies; elle est caractérisée de plus par une périodicité très nette et on observe même que ses symptômes s'aggravent à une certaine heure tous les jours. Enfin cette maladie guérit fort bien par la quinine, le quinquina et l'arsenic.

Le paludisme paraît également jouer un rôle dans l'étiologie de la myélite antérieure aiguë. M. Laveran (3) a relaté l'histoire d'un homme âgé de vingt-sept ans, dont la santé avait été excellente jusqu'en 1884, époque où il contracta au Tonkin la fièvre intermittente. Au cours d'un accès, les quatre membres s'affaiblirent rapidement et, en quelques jours, la paralysie devint presque complète. Pas de troubles de sensibilité; la paralysie rétrocéda au bout de quelques jours; elle se limita aux membres supérieur droit et inférieur gauche; en même temps qu'elle se limitait, la paralysie s'accompagnait d'atrophie musculaire. Depuis lors, l'état du malade est resté à peu près stationnaire.

M. Laveran cite aussi le cas d'un jeune officier qui, à la suite d'accès pernicieux contractés au Tonkin, avait été atteint d'une myélite antérieure aiguë. Quelques-uns des muscles du membre inférieur droit étaient complètement atrophiés, notamment le triceps crural. Et M. Laveran conclut de ces faits que le paludisme semble devoir être inscrit au nombre des causes de la myélite antérieure aiguë.

Cependant, le rôle du paludisme se réduit peut-être, dans ces cas, au rôle de prédisposant. Nous avons observé, au Val-de-Grâce, dans le service de M. le professeur Richard, chez un rapatrié de Madagascar, dans les antécédents duquel on ne constatait qu'un paludisme très sévère, une myélite ascendante aiguë. Elle débuta dix jours après le dernier accès, et la mort survint douze jours après le début des accidents. Des ensemencements de moelle donnèrent des cultures pures de streptocoques (4); ces streptocoques furent retrouvés ensuite sur des coupes de moelle traitées par la méthode de Nissl. Évidemment, dans ce cas, le paludisme avait agi simplement comme prédisposant.

Boinet et Salebert ont observé enfin, au cours du paludisme, l'état suivant, qui présente de grandes analogies

(1) Lipmann, cité par Catrin.
(2) Canellis et Torti. *Riforma med.*, juin 1881.
(3) Kahler et Pick. *Bitrœge zür pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystem*, Leipzick 1879, p. 50.
(4) Triantaphyllidès. Pseudo-sclérose en plaques d'origine palustre, *Rev. de neurol.*, 1893, vol. XXVI, p. 232.
(5) Triantaphyllidès. *Gaz. hebd. méd. de la Russie mérid.*, 1895, n° 18, analysé in *Rev. de méd.*, 10 oct. 1896.
(6 et 7) Lipmann, Morton Prince, cités par Catrin.

(1) Bourru. Quelques maladies des centres nerveux de nature paludéenne, Acad. de méd., séance du 25 oct. 1887.
(2) Bell. *Indian med. Journ. Lahore*, 1887, p. 341-313.
(3) Laveran. Néphro-myélite antérieure aiguë, *Méd. moderne*, 1892.
(4) P. Remlincer. Un cas de paralysie ascendante aiguë (maladie de Landry) due à l'infection par le streptocoque, communic. à la Soc. de biol., séance du 28 mars 1896, in extenso *Méd. moderne*, 1896, n° 27.

5 Lolos

avec la maladie de Parkinson. Il s'agit d'un homme de dix-neuf ans qui, au cours d'une fièvre intermittente à type quotidien, voit ses forces diminuer au point que, bientôt, il ne peut se tenir debout. Sensibilité normale; pas d'atrophie; réflexes normaux. Couché, cet homme paraît absolument bien portant, mais dès qu'il se lève, son attitude est caractéristique. Les pieds sont écartés, les membres inférieurs sont raides, tendus; toutes les masses musculaires sont en contraction pour résister à la force d'antépulsion qui semble entraîner la tête et le tronc. Si la station debout se prolonge, la tête et les membres inférieurs sont le siège de tremblements; pour la tête, la direction est antéro-postérieure comme dans la paralysie agitante. Enfin, dans la marche, le pied fait le plus intimement possible corps avec le sol, comme pour résister à une force d'antépulsion.

3° Ce terme de « paralysies intermittentes » s'applique à des affections d'origines très diverses. On peut observer des paralysies intermittentes chez les hystériques et les épileptiques. Elles ont été surtout étudiées par Romberg (1). On connaît, d'autre part, les paralysies intermittentes par ischiémie. La claudication des équidés est classique. Une affection analogue existe chez l'homme. Charcot en observa un cas, et Frerichs un second.

Mais, indépendamment de ces paralysies, il existe une paralysie intermittente, d'origine médullaire, qui, pour cause, reconnaît peut-être le paludisme.

Romberg a relaté l'observation d'une femme de soixante-quatre ans, bien portante la veille, qui fut prise tout à coup d'une paralysie des membres inférieurs, avec émission involontaire d'urine. Le lendemain, la malade était guérie et venait d'elle-même trouver le médecin. Mais, le surlendemain, à la même heure, les symptômes se reproduisent. On prescrit de la quinine, et il ne survient pas d'attaque nouvelle.

Cavaré (2) a cité le cas d'une femme de vingt-quatre ans, qui, quelques jours après un accouchement, ressentit des fourmillements dans les pieds, puis dans tous les membres. Bientôt, une paralysie complète de la sensibilité et de la motilité se manifesta aux quatre membres. Trois heures après l'invasion des premiers symptômes, tout rentra dans l'ordre. Le lendemain, la paralysie se déclara à nouveau et disparut au bout de trois heures. Le surlendemain, mêmes phénomènes. Le médecin ordonna la quinine, néanmoins, une quatrième attaque eut lieu. Une dose plus forte fut administrée et la malade continua pendant quelque temps l'emploi du médicament. La paralysie ne se reproduisit plus.

L'observation suivante, due à Hartwig (3) peut être rapprochée des précédentes. Elle a trait à un homme de vingt-trois ans, à antécédents paludéens, frappé d'une paralysie spinale intermittente, à forme tierce. Depuis un an, tous les trois jours, il est pris de paralysie débutant par les pieds, remontant lentement jusqu'aux bras et au cou. Les mouvements réflexes et l'excitabilité faradique des muscles disparaissent. Il n'existe aucun symptôme d'ordre bulbaire, ni cérébral. Au bout de vingt-quatre heures, il y a un stade de sueur durant une demi-heure, et pendant lequel tous les symptômes s'amendent. Pendant deux jours, la santé est excellente, puis la paralysie recommence. Le sulfate de quinine, comme toutes les autres médications, n'a donné que des améliorations passagères.

(1) Romberg. *Nervenkrankheiten*, p. 752 et 755.

(2) Cavaré. Observation d'une paralysie générale du sentiment et du mouvement affectant le type intermittent, *Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 89.

(3) Hartwig. Ein Fall von intermittirender Paralysis spinalis, *Centralbl. f. Chir.*, 1874, n° 25.

Ces déterminations médullaires de l'impaludisme paraissent régies, tout comme les déterminations cérébrales, par un processus vasculaire. Une thrombose passagère des vaisseaux par des hématozoaires, rend fort bien compte des cas de paralysie intermittente, si facilement curables par la quinine. Des altérations profondes des parois par le pigment peuvent, par les hémorragies ou les ramollissements qu'elles déterminent, expliquer des paralysies définitives qui s'observent parfois dans le paludisme. On conçoit aussi que des thromboses pigmentaires disséminées ou des lésions disséminées de ces artérites, qui ont été décrites dans le paludisme par Lancereaux, puissent réaliser le complexus symptomatique de la sclérose en plaques, et ceci est tout à fait en harmonie avec les idées qui, depuis les travaux de M. Marie, ont cours sur l'étiologie de cette affection. Ce processus vasculaire rend aussi très bien compte des cas de pseudo-tabes palustres. Enfin, il peut se faire que parfois le paludisme agisse simplement à titre de prédisposant, et se borne à ouvrir la porte à une nouvelle infection. L'observation de maladie de Landry à streptocoques, que nous avons observée au cours du paludisme, vient à l'appui de cette manière de voir.

III

Déterminations du paludisme sur les nerfs périphériques. — L'apparition d'une névrite périphérique au cours du paludisme constitue un fait exceptionnel. La plupart des classiques qui traitent du paludisme ou des affections du système nerveux, sont muets sur les névrites d'origine palustre. Boinet et Salebert sont presque les seuls à les décrire sommairement du reste : « En outre des atrophies musculaires, d'origine médullaire, disent-ils, on peut observer, dans le paludisme, une autre variété d'atrophies musculaires. D'origine périphérique, elles sont limitées à la zone d'innervation d'un nerf; elles s'accompagnent d'hyperesthésie cutanée et musculaire, de douleurs névralgiques... » Si on lit attentivement les observations de paralysies au cours de la fièvre intermittente, on voit que certaines paralysies attribuées à des lésions cérébrales ou médullaires ressortissent certainement à la néphrite périphérique. Dans le travail de Boinet et Salebert même, l'observation VII « mouvements athétosiques de la main droite, d'origine palustre » qui n'est pas rapportée à une névrite périphérique, doit certainement être rangée dans cette classe. Par contre, dans un certain nombre d'observations de polynévrites palustres, parues dans ces dernières années [observations de Bérillon (1), de Combemale (2), de Macnamara (3), etc.], l'étiologie palustre est bien discutable. En fin de compte, en ne retenant que les observations où tout à la fois la névrite

(1) Bérillon. Maladie de Raynaud d'origine palustre, *Semaine méd.*, 1886, p. 342.

(2) Combemale. Névrite paludéenne, *Progrès méd.*, 1892, n° 26.

(3) Macnamara. Névrite malarique et neuro-rétinite, *Brit. Med. Journ.*, 890, p. 1540.

périphérique et l'étiologie palustre soient bien nettes, on arrive à un total peu imposant.

L'observation citée plus haut, de Boinet et Salebert, a trait à un soldat paludéen qui est pris d'engourdissement avec fourmillements pénibles de la main droite. Bientôt, les doigts sont agités de mouvements continuels et involontaires de flexion et d'extension, pendant lesquels la pulpe du pouce passe à frottement doux sur la pulpe des quatre autres doigts. La sensibilité est très diminuée dans la zone du cubital. La main a perdu sa force; le malade est dans l'impossibilité de serrer un objet avec les doigts.

L'observation II, de Boinet et Salebert, où on voit un soldat de la légion atteint pendant un accès pernicieux de paralysie avec anesthésie, limitée à la partie interne de l'avant-bras et de la main du côté droit, paraît se rapporter aussi à une névrite périphérique. Ce mémoire renferme enfin une observation de névrite du nerf crural et deux du nerf sciatique.

Le cas de Singer est moins probant. Il s'agit d'un homme de vingt-six ans qui, à Singapour, contrée malarique, est pris d'un accès intense de fièvre. Quelques jours après, des troubles sensitifs et moteurs apparurent dans les membres inférieurs et, peu à peu, une paralysie complète se développa. En même temps survinrent des troubles analogues dans les membres supérieurs et une paralysie des nerfs faciaux. Aucun symptôme cérébral. La marche se rétablit peu à peu, puis la paralysie du facial droit; la sensibilité redevint normale. Seul, le facial gauche était paralysé et présentait la réaction de dégénérescence. M. Singer affirme qu'il s'est agi, dans ce cas, d'une polynévrite paludéenne (1).

En 1895, M. le médecin-major Catrin (2) a présenté, à la Société médicale des hôpitaux, un bel exemple de polynévrite paludéenne. Il s'agit d'un paludéen de vingt-huit ans qui, en revenant à lui après un accès pernicieux, s'aperçoit que sa jambe et son pied droits sont en partie paralysés, et que, depuis le genou jusqu'à l'extrémité des orteils, il y a anesthésie, analgésie, thermalgésie. Il y avait en même temps des douleurs dans les nerfs sciatiques. Puis les douleurs cessent; la sensibilité revient, sauf au pied droit qui reste paralysé et anesthésique, et, peu à peu, ce pied se déforme en flexion avec impossibilité de l'extension et degré prononcé de varus. En même temps, il y avait de vives douleurs lorsque le pied reposait à terre et une hyperesthésie très intense des faces plantaire et dorsale. A la Société médicale des hôpitaux, cette hyperesthésie si marquée en imposa à M. Marie pour une hyperesthésie hystérique, mais ce malade fut représenté quelques mois plus tard à la Société, porteur de troubles trophiques, tels que le diagnostic de névrite périphérique palustre s'imposait.

Deux autres observations de névrite périphérique d'origine palustre ont été publiées récemment, l'une par M. le médecin principal Jourdan (3), l'autre, par M. Regnault (4). A ces quelques faits (5), nous pouvons en ajouter un nouveau que nous avons observé au Val-de-Grâce, dans le service de M. le professeur Richard. Il s'agissait d'un jeune rapatrié de Madagascar qui contracta les fièvres palustres à Marololo, et qui, dans la convalescence d'un accès pernicieux, fut atteint d'une névrite bilatérale du nerf cubital. L'affection avait débuté par des douleurs vives irradiées le long de ce nerf; des tremblements fibrillaires étaient apparus ensuite dans les muscles que ce nerf innerve à la main, puis ces muscles s'étaient atrophiés. Lorsque le malade entra au Val-de-Grâce, l'atrophie était très prononcée; il y avait de l'anesthésie, de l'analgésie et de la thermalgésie dans tout le territoire cutané du cubital. Les deux mains étaient également le siège de sensations de picotements, de fourmillements, de chaud et de froid, caractéristiques de la névrite périphérique. Le malade quitta l'hôpital, très amélioré par la quinine et l'électricité.

Remarquons, en terminant, qu'une névrite périphérique d'origine palustre peut se montrer chez un malade porteur de lésions centrales, de nature également paludéenne. Un malade de Vincent qui, au cours d'accès pernicieux, fut atteint, à différentes reprises, d'aphasie et de paraplégie, présenta de plus une paralysie des muscles internes de l'avant-bras qui paraît relever de la névrite périphérique. Les mouvements étaient à peu près nuls dans le petit doigt et l'annulaire. Il y avait abolition complète de la sensibilité à la partie interne de l'avant-bras et sur les auriculaire et annulaire du même côté. Cette paralysie disparut au bout d'un mois. Enfin, il ne faut pas quitter l'étude des déterminations du paludisme sur les nerfs périphériques, sans signaler dans cette affection la fréquence des névralgies.

Quelle est la pathogénie de ces névrites périphériques palustres? Les lésions vasculaires que nous avons rendues responsables des déterminations du paludisme sur la moelle et sur l'encéphale doivent-elles être invoquées ici et les névrites sont-elles consécutives à des lésions médullaires ou ganglionnaires qui, elles, reconnaîtraient pour cause des artérites ou des thromboses? Ou bien l'hématozoaire du paludisme fabrique-t-il des produits solubles susceptibles d'impressionner les nerfs? Telles les névrites périphériques des tuberculeux doivent, d'après des travaux récents (1), être attribuées à l'action sur le nerf lui-même des toxines fabriquées par le bacille de Koch. En l'absence d'autopsies et d'examens anatomo-pathologiques, il est impossible de résoudre ces questions et on en est réduit à faire des hypothèses.

IV

Névroses d'origine palustre. — Nous comprendrons sous ce terme les accidents nerveux d'origine palustre qui ne sont imputables à une lésion ni du cerveau, ni de la moelle, ni des nerfs périphériques, mais dont la détermination anatomique, si elle existe, est encore à trouver. Il nous suffira de mentionner la relation que quelques auteurs ont cru saisir entre le paludisme et la chorée, le tic convulsif de la face, l'épilepsie, le béri-béri. Mais nous nous étendrons plus longuement sur l'hystérie, la neurasthénie et l'aliénation mentale d'origine palustre.

La première observation d'hystérie palustre est due à

(1) Singer. Affections du système nerveux après la malaria, Soc. méd. de Prague, 1887, Anal. in *Sem. med.*, 1887, p. 238.

(2) Catrin. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1895.

(3) Jourdan. *Arch. de méd. milit.*, 1896.

(4) Regnault. Polynévrite paludéenne, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 fév. 1896.

(5) Depuis la rédaction de cet article, deux nouvelles observations de polynévrite paludéenne ont été produites. Elles sont dues à MM. les médecins de première classe Métin (*Arch. de méd. nav.*, oct. 1896) et Abatucci (*Arch. de méd. nav.*, déc. 1896).

(1) Carrière. Névrite périphérique dans la tuberculose pulmonaire, *Arch. clin. de Bordeaux*, 1896, nº 9.

Vigla (1) et remonte à 1848. Elle a trait à un homme de vingt et un ans qui, atteint depuis quatre mois de fièvres intermittentes, se mit à présenter du météorisme, des palpitations et des attaques nerveuses. Celles-ci survenaient tous les quinze jours, s'accompagnaient de perte de connaissance et de convulsions et étaient précédées d'une sensation de boule qui de l'estomac remontait à la gorge. D'autres observations ont été publiées plus tard par Breuillard (2), par Marmisse (3) et Ricoux (4). Guinon (5), dans sa thèse sur les « Agents provocateurs de l'hystérie », étudie longuement l'hystérie palustre. En 1893, M. le professeur Teissier (6) consacre une leçon à cette affection et il inspire à notre camarade de l'armée Lejonne (7) une excellente thèse sur ce sujet. Citons encore la thèse de Clément (8) : « Paludisme et hystérie, » et, en 1895, une très curieuse observation présentée, par M. le médecin-major de première classe Lemoine (9), à la Société des hôpitaux.

Si on veut décrire, d'après tous ces faits, l'hystérie paludéenne, on voit qu'il importe tout d'abord de distinguer entre le paludisme chez les hystériques et l'hystérie d'origine palustre. Autrement dit, il faut envisager successivement le paludisme comme agent provocateur et comme agent modificateur de l'hystérie.

Lorsqu'un hystérique devient paludéen, il est fréquent que le paludisme imprime à l'hystérie une allure spéciale. Celle-ci consiste d'ordinaire en ce que les manifestations nerveuses revêtent le caractère d'intermittence bien connu des accidents palustres. Les attaques affectent souvent alors le type tierce. D'autres fois, il arrive que les désordres nerveux se produisent conjointement avec l'accès fébrile. Ceci n'est point fait pour surprendre; en dehors même de toute atteinte de paludisme, la périodicité dans le retour des accidents hystériques est fréquente. Aussi est-il tout naturel de voir un phénomène hystérique emprunter chez un paludéen la forme intermittente.

Dans d'autres cas, il n'existait aucune tare hystérique, avant l'atteinte de paludisme. L'hystérie est franchement consécutive aux accidents palustres et on est en droit d'admettre de la part du paludisme un véritable rôle provocateur. Cette hystérie palustre vraie se présente d'ordinaire sous le même aspect que l'hystérie vulgaire. Les phénomènes paroxystiques et inter-paroxystiques sont à peu de chose près les mêmes dans les deux cas. Quelquefois, cependant, les crises sont intermittentes et on peut voir aussi la crise nerveuse remplacer l'accès de fièvre. L'hystérie paludéenne aurait de plus une tendance à faire des attaques incomplètes, c'est-à-dire sans les quatre périodes classiques réunies. Dans les 8 observations contenues dans la thèse de Clément, 3 fois elle a réalisé l'union de deux de ces périodes et 5 fois une seule période seulement. Cependant c'est la périodicité plutôt que les attaques incomplètes qui permettent de faire un diagnostic. Chez le malade présenté, par M. le médecin-major Lemoine, à la Société des hôpitaux, il existait un symptôme tout spécial, qui paraît intimement lié à la nature palustre de l'affection. C'était une zone hystérogène profondément située dans la région hépatique sous le rebord costal. La pression à ce niveau déterminait une crise de hoquet, d'éructation et de météorisme d'une durée de dix minutes, après quoi le malade était fatigué pour le reste de la journée.

Le pronostic de l'hystérie paludéenne n'est pas grave et elle guérit le plus souvent quand elle ne s'implante pas chez un sujet trop débilité.

Enfin, une question intéressante et fort discutée est celle de savoir par quel mécanisme le paludisme provoque l'hystérie. Les théories de l'asthénie, de l'anémie, de la congestion, les théories réflexes ne sont plus admises aujourd'hui et deux hypothèses demeurent en présence, celle de l'auto-suggestion, admise par Guinon et l'école de la Salpêtrière, et celle de l'intoxication, défendue par Grasset et admise par Teissier. Pour Guinon, le paludisme agirait pour produire l'hystérie tout à fait comme le traumatisme. L'hystérie chez les paludéens résulterait de ce que le paludisme atteint un cerveau à perception troublée qui spécule sur ce paludisme. Ce paludisme devient la cause d'un grand nombre d'idées d'impotences fonctionnelles, d'infirmités variées qui sont acceptées sans contrôle et voilà constituée l'attaque hystérique et des symptômes inter-paroxystiques très divers. Il est certain que cette auto-suggestion explique fort bien le cas d'hystérie à forme intermittente chez les paludéens; mais peut-être rend-elle moins bien compte des symptômes qui n'affectent pas de périodicité.

Les partisans de la théorie de l'infection font valoir que toutes les maladies infectieuses sont, grâce aux produits solubles sécrétés, des agents provocateurs de l'hystérie. Le paludisme étant une maladie infectieuse, l'hématozoaire peut fabriquer des poisons qui agiront comme les produits solubles des autres micro-organismes. D'où point n'est besoin de recourir pour l'hystérie palustre à une théorie spéciale. Ce poison palustre se localise sur les divers appareils de l'économie. Chez les névropathes, il se localise plus spécialement sur le système nerveux, et cette localisation nerveuse peut faire naître la névrose paludéenne. Pour Teissier et Lejonne, les paludéens dont l'affection est compliquée de troubles rénaux et hépatiques seraient tout comme les névropathes prédisposés à l'hystéro-paludisme. Le rein qui, dans le paludisme, est touché dans un tiers des cas, dit Lejonne, peut conserver, même après la cessation des accès, des stigmates de cette altération transitoire, ainsi qu'en témoigne l'albuminurie passagère qu'on constate très souvent chez les anciens paludéens. Les lésions qui en sont la conséquence doivent entraîner un certain degré d'insuffisance rénale; celle-ci facilite la rétention dans le torrent circulatoire de substances toxiques qui, par leur séjour prolongé dans le sang, déterminent une irritation permanente du système nerveux. Et, dans le paludisme, cette rétention est encore augmentée et facilitée par les altérations du foie dont le champ d'action destructive sur les poisons organiques est amoindrie.

Tous les traités classiques sont muets sur la neurasthénie d'origine palustre et c'est seulement dans une clinique du professeur Teissier, dans la thèse de Lejonne et dans un très intéressant article de M. Triantaphyllidès (de Batoum) que

(1) Vigla. *Gaz, des hôpit.*, 24 nov. 1848.
(2) Breuillard. Th. de Paris, 1870.
(3) Marmisse. Hystérie à forme intermittente, *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1876.
(4) Ricoux. Fièvre intermittente larvée à forme hystérique, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1878.
(5) Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*, Th. de Paris, 1889.
(6) Teissier. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, in *Bulletin méd.*, 1893.
(7) Lejonne. *Influence du paludisme sur le développement des névroses*, Th. de Lyon, 1893.
(8) Clément. *Paludisme et hystérie*, Th. de Montpellier, 1894.
(9) Lemoine. Soc. méd. des hôpit., 1896.

nous la trouvons décrite. En 1889, M. Teissier avait eu l'occasion d'observer onze cas de neurasthénie d'origine palustre; dix autres observations se trouvent consignées dans la thèse de Lejonne (1890). Mais toutes ces observations ne sont pas également probantes; un intervalle bien long s'est parfois écoulé entre la dernière atteinte de paludisme et l'apparition de la neurasthénie; souvent un doute plane sur le rôle possible du chagrin, du surmenage, etc. M. Teissier range cette neurasthénie palustre dans la classe des neurasthénies toxiques, consécutives aux maladies infectieuses, et il suppose que, dans l'impaludisme, les altérations des reins et du foie viennent augmenter l'accumulation des déchets dans la circulation. Dans les observations de Teissier et de Lejonne, la neurasthénie consécutive au paludisme ne présente aucun caractère clinique spécial. On note plusieurs fois la coexistence de la neurasthénie et de l'hystérie.

M. Triantaphyllidès décrit sous le nom de neurasthénie palustre un état très différent. Pour lui, la neurasthénie serait l'une des formes que revêt, au Caucase, le paludisme larvé, très fréquent dans cette région. De même que le paludisme se manifeste parfois uniquement par des névralgies, des céphalées, de même la neurasthénie pourrait être l'unique et souvent primitive manifestation de l'impaludisme. En quatre années et demie, M. Triantaphyllidès n'a pas réuni moins de cinquante de ces observations.

Les facteurs ordinaires de la neurasthénie n'entrent ici nullement en jeu. Il n'y a lieu d'incriminer ni le climat, ni le surmenage, ni les troubles digestifs. Le germe palustre suffit à lui seul à créer la maladie.

Pour admettre la nature palustre de la neurasthénie, ce n'est ni sur les accès de fièvre antérieure qu'il faut s'appuyer, ni sur l'état du foie ou de la rate, mais sur l'examen du sang.

Sur 50 malades observés par M. Triantaphyllidès, 23 n'avaient aucun antécédent palustre, 27 autres n'avaient plus eu d'accès fébriles depuis des années. Sur ces 27 malades, 8 avaient les organes absolument normaux, 17 présentaient un peu d'engorgement du foie et de la rate.

Quarante et un de ces malades, par contre, avaient des plasmodies intraglobulaires, quelques-unes pigmentées, mais la plupart privées de pigment. M. Triantaphyllidès estime que le diagnostic de neurasthénie palustre ne peut être sérieusement basé que sur la recherche de ces plasmodies. Les symptômes de cette neurasthénie palustre sont ceux de la neurasthénie vulgaire. Tout au plus pourrait-on signaler comme caractères un peu spéciaux la fréquence des troubles vaso-moteurs, l'intensité de l'amyosthénie et une certaine périodicité, dans l'apparition des symptômes. Un point important est aussi la parfaite curabilité de cette forme d'impaludisme. Lorsque la maladie est prise au début, une à quatre injections de 1 gramme de sulfate de quinine peuvent amener la guérison. Les cas invétérés ou les récidives sont plus rebelles.

Les troubles mentaux d'origine palustre sont peu fréquents et M. Meilhon (1) constatait récemment l'extrême rareté de l'aliénation mentale chez les Arabes qui fournissent, comme on sait, un énorme contingent de paludéens. Le délire peut s'observer cependant dans plusieurs circonstances au cours de l'impaludisme. Il fait souvent partie de la symptomatologie de l'accès pernicieux, qui peut même se traduire presque uniquement par du délire; d'où « l'accès pernicieux à forme délirante » qui est admis par la plupart des auteurs. Ce délire peut aussi apparaître comme épi-phénomène au cours des accès normaux de la fièvre intermittente ou comme complication pendant la convalescence de l'impaludisme. MM. Berthier, Lemoine et Chaussier (1) ont décrit de plus une « folie palustre » proprement dite, sorte de délire vrai, continu, lié à l'impaludisme chronique. Ils signalent aussi dans le paludisme chronique la fréquence des hallucinations de l'ouïe. Malheureusement, dans les observations présentées par ces auteurs, les antécédents sont souvent bien complexes et les symptômes antérieurs de malaria peu nets.

Enfin, M. le médecin-major Catrin (2) se demande si le paludisme ne joue pas un rôle étiologique dans la genèse de cet engourdissement cérébral, de ce fatalisme stupide qui s'observent en pays paludéen. Cet état d'esprit si spécial ne se rencontre pas seulement, en effet, chez l'Arabe où des considérations religieuses pourraient l'expliquer, mais il se retrouve chez les Dombistes, les Solognots en un mot chez les habitants de toutes les régions qui ont été ou sont encore la proie du paludisme.

(1) Meilhon. L'aliénation mentale chez les Arabes, *Ann. méd.-psychol.*, 1896.

(1) Berthier, Lemoine et Chaussier. *Ann. méd.-psychol.*, 1886, p. 177.
(2) Catrin. *Paludisme chronique*, p. 81.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Lecture des copies. — Séance du 3 mars : MM. Mosny, 19; Nageotte, 18; Laffitte, 17; Leredde et Polguère, 16.

Séance du 5 mars : MM. Lion (G.-C.), 20; Bruhl, 19; de Grandmaison et Plicque, 18; Lévi (L.), 16.

— MM. les docteurs E. Besnier, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, et J. Simon, ancien médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, sont nommés médecins honoraires des hôpitaux et hospices de Paris.

— M. le docteur Picard, médecin-inspecteur des enfants du premier âge dans le IIe arrondissement de Paris, est nommé officier de l'Instruction publique.

— Un concours spécial, pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris, sera ouvert le lundi 10 mai 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 5 avril, à midi, et sera clos définitivement le vendredi 23 du même mois, à trois heures.

— M. Gley, agrégé, commencera ses conférences de physiologie, dans l'amphithéâtre de l'École pratique, le mardi 9 mars 1897, à quatre heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Toulouse fait à Sainte-Anne, le mercredi et le samedi, à neuf heures et demie, des conférences sur les causes de la folie.

— M. le docteur Bérillon, médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, directeur de la « Revue de l'hypnotisme », commencera le mardi 9 mars, à cinq heures du soir, à l'École pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les Applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme. Il le continuera les samedis et mardis suivants à cinq heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 15 au 20 mars 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 15 MARS. — Dissection, épreuve pratique : MM. Tillaux, Retterer et Sebileau.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Terrier, Delens et Varnier ; — (2e partie) : MM. Fournier, Marie et Gilles de la Tourette ; — M. Humbert, suppléant.

MARDI 16 MARS. — Dissection, épreuve pratique : MM. Polaillon, Quénu et Hartmann.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Guyon, Maygrier et Nélaton ; — M. Gilbert, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Pozzi et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Dieulafoy et Letulle ; — (2e série) : MM. Grancher, Debove et Marfan ; — M. Ménétrier, suppléant.

MERCREDI 17 MARS. — Dissection, épreuve pratique : MM. Marchand, Poirier et Walther.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Peyrot, Delbet et Broca ; — (2e série) : MM. Humbert, Ricard et Sébileau ; — (2e partie) MM. Landouzy, Chauffard et Gaucher ; — M. Wurtz, suppléant.

JEUDI 18 MARS. — Dissection, épreuve pratique : MM. Rémy, Poirier et Thiéry.

3e examen (2e partie) : MM. Joffroy, Hutinel et Charrin.

4e examen : MM. Pouchet, Gilbert et Thoinot ; — M. Chantemesse, suppléant.

VENDREDI 19 MARS. — Dissection, épreuve pratique : MM. Humbert, Poirier et Sebileau.

4e examen : MM. Potain, Thoinot et André ; — M. Heim, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire ; — M. Widal, suppléant.

SAMEDI 20 MARS. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Berger, Quénu et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Panas, Raymond et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Tarnier, Polaillon et Hartmann ; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Debove et Roger ; — M. Achard, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 17 MARS, à une heure. — M. Dayot. Des pansements de l'otorrhée ou pansements simples (MM. Tillaux, président ; Terrier, Delens, Lejars). — M. Raimondi. Les kystes des ligaments larges (MM. Terrier, président ; Tillaux, Delens et Lejars).

JEUDI 18 MARS, à une heure. — M. Hazarabédian. Étude comparative de la castration double et de la résection des canaux déférents dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate (MM. Guyon, président ; Le Dentu, Pozzi et Albarran). — M. Kisseloff. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (MM. Le Dentu, président ; Guyon Pozzi et Albarran). — M. Legrand. Des imperforations de l'œsophage (MM. Tarnier, président ; Berger, Polaillon et Bar). — M. Sicard. Des tumeurs cartilagineuses des fosses nasales (MM. Berger, président ; Tarnier, Polaillon et Bar). — M. Mermet. Étude expérimentale sur l'absorption et la diffusion cornéennes (MM. Panas, président ; Cornil, Nélaton et Wurtz). — M. Gros. L'hydrophtalmie ou glaucome infantile (MM. Panas, président ; Cornil, Nélaton et Wurtz). — M. Dubos. Contribution à l'étude des tumeurs primitives multiples des os (sarcomes, lymphosarcomes, myélomes) (MM. Cornil, président ; Panas, Nélaton et Wurtz).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 février 1897, ont été promus dans le cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Teissier.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Richard, Noquet, Picqué, Berbez et Stœber.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Timal, Bailly, Rochet, Lacaze-Dori, Gaboriaud.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Giraud, Bruyelle, Hedon, Dunac, Malapert du Peux, Lauth, Adenot, Cristofini, Castagné, Martin, Chastenet, Barbier, Bonnard, Bordas, Gaudier, Doyon, Benoit, Damain, Le Tanneur, Beaumé et Meusnier.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Rotillon, Longbois, Moulin, Caix, Gougelet, Guiraud, Houel, Hamel, Baron, Ruyssen, Breillot, Delastre, Barbaud, Fouchard, Lanchamp, Devis, Meriot, Dumas, Fabre, Maqué, Nicouleau, Monteuuis, Theuvard, Landry, Lebrun, Debu, Bidot, Vrain, Oudar, Proux, Malaingre, Piquard, Fourrier,

Coroenne, Issaurat, Recamier, Rafin, Begue, Plichon, Auvergniot, Henne, Sous, Dupré, Hamon et Morel.

— M. Riche, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, est nommé membre du Conseil supérieur des habitations à bon marché, en remplacement de M. le docteur Rochard, décédé.

— Il y a quelque temps, nous rapporte le *Lyon médical*, une femme fut inculpée d'avortement et arrêtée sur le rapport d'un médecin légiste qui avait conclu dans le sens de l'accusation.

Deux jours après son arrestation cette femme accouchait en prison, poursuivait le médecin légiste en dommages-intérêts, et le tribunal civil de Saint-Nazaire, malgré les conclusions contraires du ministère public, condamna le médecin à 1000 francs de dommages-intérêts.

Une erreur semblable a été commise, il y a une vingtaine d'années, par un officier de santé et une sage-femme qui avaient reconnu chez une prévenue des traces d'un avortement récent. Condamnée à trois mois de prison, la femme accoucha d'un enfant vivant et bien à terme; les délais d'appel n'étant pas expirés, elle fut acquittée par la cour de Nancy, si nos souvenirs sont exacts.

— L'Association médicale mutuelle (fondation Lagoguey) a tenu son assemblée générale annuelle dimanche, 7 mars, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Descout, vice-président.

L'Association compte aujourd'hui tout près de 400 membres. Elle a en caisse plus de 200000 francs. Arrivée à sa dixième année d'existence, elle se trouve dans une situation prospère.

Elle a procédé, dans cette séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1897. M. Rondeau est nommé président honoraire, M. Descout est élu président, MM. Peyrot et Laborde vice-présidents. M. Signez est maintenu dans ses fonctions de secrétaire général, et MM. Fissiaux et Hennocque dans celles de trésoriers.

— Le huitième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes français s'ouvrira à Toulouse, le lundi 2 août 1897, sous la présidence de M. le docteur Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton.

Ordre du jour : 1° PATHOLOGIE MENTALE. — *Diagnostic de la paralysie générale.* — Rapporteur : M. le docteur Arnaud, médecin de la Maison de santé de Vanves.

PATHOLOGIE NERVEUSE. — *L'hystérie infantile.* — Rapporteur : M. le docteur Bézy, chargé du cours de clinique infantile à la Faculté de médecine de Toulouse.

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS. — *Organisation du service médical dans les asiles d'aliénés.* — Rapporteur : M. le docteur Doutrebente, médecin directeur de l'asile de Blois.

2° Lectures, présentations, travaux divers; 3° Visite de l'asile d'aliénés de la Haute-Garonne; 4° Assemblée générale de l'Union des aliénistes français; 5° Excursions; 6° Impression et distribution des travaux du Congrès.

Prix de la cotisation : 20 francs. Adresser, dès maintenant, les adhésions, les cotisations et toutes communications au secrétaire général du Congrès, M. le docteur Victor Parant, allées de Garonne, 17, Toulouse.

— La Société française d'ophtalmologie tiendra sa session annuelle, du 3 au 6 mai 1897, à Paris, hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente. — Ordre du jour : « Rôle de l'auto-infection dans les affections oculaires. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boyron (d'Amagne), Campassens (de Saint-Germé), J. Guinand (de Saint-Étienne), Isabel (d'Avranches) et Mourier (de Baugy).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Régates internationales de Cannes et de Nice. Vacances de Pâques. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re classe de Paris à Nice, valables pendant 20 jours, y compris le jour de l'émission, vià Dijon, Lyon, Marseille, 182 fr. 60.

Faculté de prolongation de deux périodes de 10 jours, moyennant un supplément de 10 p. 100 pour chaque période.

Billets délivrés du 13 mars au 20 avril 1897 inclusivement et donnant droit à un arrêt en route, tant à l'aller qu'au retour.

On peut se procurer des billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et de Paris-Nord; dans les bureaux-succursales de la Compagnie P.-L.-M., ainsi que dans les Agences de voyages Cook et fils, Voyages économiques, Wagons-lits, Gaze et fils, Lubin, Société française des Voyages Duchemin et Desroches.

— *Excursion en Tunisie et en Algérie* organisée avec le concours de la Société des « Voyages Duchemin ». Départ de Paris le 14 mars, retour à Paris le 14 avril 1897.

Itinéraire : Paris, Marseille, Tunis, Sousse, Kairouan, Hammam, Meskoutine, Constantine, Batna, Biskra, Sétif, Kerrata, gorges du Chabet-el-Ackra, Bougie, Alger, Blidah, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, 1150 fr.; 2e classe, 1050 fr.

Ces prix comprennent : les billets de chemins de fer; le transport en bateaux et en voitures, le logement, la nourriture, sous la responsabilité de la Société des Voyages Duchemin.

Les souscriptions sont reçues dans les bureaux de la Société des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont, Paris.

— *Fêtes de Pâques à Rome.* — Billets d'aller et retour de Paris à Rome (vià Mont Cenis), valables pendant 30 jours.

Prix : 1re classe, 255 francs ; 2e classe, 180 fr.; 3e classe, 118 fr.

Billets délivrés du 4 au 15 avril 1897 inclusivement, à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux succursales de la Compagnie, ainsi que dans les agences Cook et fils, Voyages économiques, Wagons-lits, Gaze et fils, Lubin, Société française des Voyages Duchemin et Desroches.

Les voyageurs peuvent se procurer, à Rome, des billets d'aller et retour dont la validité n'expirera qu'avec celle de leur billet Paris-Rome : au prix de 40 fr. 20 en 1re classe, 28 fr. 15 en 2e classe, et 17 fr. 70 en 3e classe pour Naples; au prix de 45 fr., en 1re classe, 31 fr. 50 en 2e classe et 19 fr. 30 en 3e classe, pour Naples-Pompéi ou vallée de Pompéi.

Transport gratuit de 30 kilogrammes de bagages sur le parcours français. Aucune franchise n'est accordée sur le parcours italien.

— *Semaine Sainte à Rome.* — Train à prix réduits de Paris à Rome, donnant droit, au retour, à cinq arrêts au choix permettant de visiter les villes suivantes : Turin, Gênes, Plaisance, Bologne, Pise et Florence.

Prix du voyage (aller et retour) : 100 fr. en 2e classe ; 65 fr. en 3e classe.

Aller : départ de Paris, le 12 avril à 2 h. 25 soir; arrivée à Rome, le 14 avril à 9 h. 17 matin. — Retour : au gré des voyageurs, dans un délai de 3 semaines, par tous les trains ordinaires (y compris les express) et comportant des voitures de la classe du billet.

On pourra se procurer des billets pour ce train, à dater du 10 mars : à la gare de Paris, 20, boulevard Diderot; dans les bureaux succursales de la Compagnie; au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris Saint-Lazare (general ticket office); à l'agence Cook et fils, 1, place de l'Opéra; à l'agence Gaze et fils, 2, rue Scribe; à l'agence Lubin, 36, boulevard Haussmann; à l'agence des Wagons-Lits, 3, place de l'Opéra et Grand-Hôtel, boulevard des Capucines; à la Société française des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont; à l'agence des Voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, faubourg Montmartre.

Toutes les gares et stations de la Compagnie du Nord délivreront également, à partir de la même date, des billets pour ce train de plaisir.

Nota. — Les voyageurs qui désireront visiter Naples pourront se procurer, à Rome, des billets d'aller et retour à prix réduits moyennant : 40 fr. 20 en 1re classe, 28 fr. 15 en 2e classe et 17 fr. 70 en 3e classe.

derrière le grand droit gauche et même pourra s'avancer dans la région de l'hypocondre ou de la fosse iliaque gauches. Le mésocôlon sera alors court et fixera le cæcum dans cette position médiane, comme dans l'observation VI.

Sur les cent quatre opérations pratiquées par Fowler pour appendicite, trois fois cette disposition anormale de l'appendice existait et les phénomènes prédominaient à gauche.

L'inflammation atteignant un appendice dans cette situation déterminera, au moins au début, des symptômes localisés à gauche (Obs. IV, V, VI et X).

Enfin l'appendice né du cæcum, situé dans la fosse iliaque droite ou plus ou moins reporté vers la ligne médiane, peut se diriger transversalement à gauche et se terminer dans la fosse iliaque gauche. Cette déviation de l'appendice est normale ou due à des adhérences. Si l'inflammation se cantonne dans l'extrémité de cet appendice, on comprend que les phénomènes douloureux siègent au point qu'elle occupe et qu'il puisse se développer autour d'elle, ou au niveau d'une perforation, un foyer de péritonite enkystée. C'est à des cas de ce genre que se rapportent l'observation XVI et les cas schématisés par Harris (1). Ici encore, le processus inflammatoire pourra aboutir à la perforation de l'appendice avant que des adhérences protectrices suffisamment solides se soient produites et il en résultera une péritonite généralisée rapide ; le point de départ des phénomènes douloureux aura été l'hypocondre ou la fosse iliaque gauches.

B. Dans certains cas, la péritonite iliaque droite consécutive à une appendicite ne reste pas limitée en ce point. L'inflammation et la suppuration peuvent, en effet, se diriger en dehors, en haut ou en dedans et en bas vers le petit bassin. Elles peuvent même gagner la fosse iliaque et l'hypocondre gauches. On a alors affaire à ces formes de *périsigmoïdite* que décrit Obratzoff (2), et on comprend que les phénomènes morbides soient, à un certain moment, plus développés à gauche qu'à droite (Obs. XII et XVII). Sur vingt-quatre cas, Obratzoff a observé neuf fois cette propagation des lésions vers l'S iliaque, et dans huit de ces cas les lésions gauches (péri-sigmoïdite) prédominaient notablement sur les lésions droites (pérityphlite).

En dehors de ces faits dans lesquels on peut suivre la marche de la propagation de l'inflammation, il en est d'autres dans lesquels on observe à gauche un abcès paraissant indépendant du foyer appendiculaire droit primitif, et qui doit cependant reconnaître la même étiologie (Obs. XIII).

Peut-être quelques-uns de ces cas doivent-ils être rangés dans les abcès à distance dont la pathogénie n'est pas encore élucidée (3).

C. Dans certains cas de péritonite généralisée consécutive à la perforation d'un appendice situé en position normale et enflammé ou à la rupture d'un abcès développé autour de lui, les lésions peuvent présenter leur maximum dans la fosse iliaque gauche, bien que leur point de départ soit à droite. Ainsi dans l'observation II il est noté que les exsudats fibrino-purulents étaient surtout abondants à gauche; dans les observations III, XIV et XVIII, il y avait en ce point une grande quantité de pus.

Dans ces différents cas l'importance des lésions à gauche explique la prédominance des symptômes dans la même région. Par contre, il est un certain nombre de cas où on ne peut en trouver de raison plausible, qu'il s'agisse de péritonite purulente généralisée, comme dans les observations I, IX et XI, ou de simple injection de tout le péritoine, comme dans l'observation XV.

II

Symptômes. — La division que nous avons adoptée au point de vue anatomo-pathologique s'applique aussi à la symptomatologie. Nous pourrons, en effet, nous trouver en présence de :

Signes d'inflammation localisée à gauche.

Coexistence de phénomènes inflammatoires à droite et à gauche,

Et enfin prédominance de symptômes à gauche avec phénomènes de péritonite généralisée.

A. *Signes d'inflammation à gauche.* — Il s'agit d'une véritable appendicite gauche, et les phénomènes que l'on est habitué à voir évoluer à droite, quand l'appendice est en situation normale, se retrouvent ici avec cette différence de localisation. Nous ne ferons donc que signaler l'apparition ordinairement brusque de la douleur et sa localisation en ce point, puis les phénomènes de réaction péritonéale limitée en cette région.

Tout peut alors rentrer dans l'ordre; dans d'autres cas, le processus morbide aboutit à la formation d'un abcès enkysté (Obs. IV, VIII, XVI), qui secondairement pourra, par sa rupture, déterminer la production d'une péritonite généralisée. Celle-ci, d'ailleurs, succédera parfois immédiatement à la perforation appendiculaire.

B. *Coexistence de signes d'inflammation à droite et à gauche.* — La symptomatologie en est un peu variable. Le siège de la douleur spontanément accusée par le malade ou provoquée par la palpation est au début quelquefois à gauche, mais le plus souvent à droite (Obs. XII, XIII, XVII). Puis, tout en continuant à exister des deux côtés, elle acquiert son maximum dans la région gauche de l'abdomen. De même, la tuméfaction due à la réaction péritonéale présente un maximum à gauche.

Cette bilatéralité des phénomènes, avec maximum à gauche, était bien nette dans les observations VII, XII, XIII et XVII.

Voici comment Obratzoff décrit la symptomatologie de cette forme d'appendicite : après avoir fait remarquer que l'appendicite peut s'étendre à la fois en haut et en bas et donner lieu à une pérityphlite et à une périsigmoïdite concomitantes, il s'occupe surtout des cas où cette dernière prédomine. « Les symptômes sont plus tardifs que dans la pérityphlite, ne se montrent que cinq à neuf jours après le début de l'affection. Outre les phénomènes subjectifs, miction et défécation douloureuses, douleurs autonomes dans la fosse iliaque gauche, on a ici des signes physiques des plus nets : saillie de la paroi, matité au-dessus du pubis, allant de la fosse iliaque gauche, transversalement, ou, le plus souvent, obliquement en haut et à droite, et, arrivée sur le bord externe du grand droit de l'abdomen du côté droit, descendant jusqu'au pubis, le long de ce même bord. Le point le plus culminant de la saillie abdominale se trouve à deux travers de doigt de l'ombilic, toujours près du bord

(1) Harris. Loc. cit., fig. 4.
(2) Obratzoff. *Wratch*, in *Médecine mod.*, 1895, p. 409.
(3) Piard. Th. de Paris, 1896.

externe du muscle droit de l'abdomen du côté droit. Parfois, ce point culminant se trouve sur la ligne médiane, et la saillie rappelle, par sa forme en poire, la vessie distendue. Sans parler du cathétérisme décisif en ce cas, le son n'est pas à la percussion d'une matité franche comme dans la distension vésicale. C'est plutôt un mélange de matité et de tympanisme.

A la palpation, souvent gargouillement comme dans la pérityphlite; la périsigmoïdite se distingue par l'épaississement et la dilatation de l'anse du côlon, donnant à la palpation la sensation d'un bourrelet résistant, très douloureux. L'S iliaque, étant dilatée jusqu'à 8 et 9 centimètres de diamètre, ne descend pas directement dans le petit bassin, mais forme une anse rappelant par sa forme un Ω, et direcment appliquée contre la paroi abdominale, d'où saillie, résistance, matité et douleurs au-dessus de l'arcade pubienne et la fosse iliaque gauche; d'où ce tableau clinique paradoxal de l'appendicite de la fosse iliaque gauche, tandis qu'à droite les symptômes sont relativement très peu marqués.

De même que dans la pérityphlite l'inflammation ne remonte pas jusqu'au côlon transverse, la périsigmoïdite ne s'étend pas jusqu'au côlon descendant. On peut constater par la percussion nettement le passage d'un segment d'intestin résistant, douloureux et mat, à un autre segment dilaté, tendu, mais indolore, et donnant le son sonore du côlon descendant. Il n'y a pas de raison pour admettre de différence quantitative ou qualitative du contenu de ces deux segments intestinaux qui sont en continuation directe l'un avec l'autre. Il faut donc admettre que la matité de l'S iliaque est due à l'épaississement de ses parois et du péritoine pariétal et à l'exsudat inflammatoire.

Outre les signes physiques, identiques dans la pérityphlite et la périsigmoïdite, la ressemblance des deux processus devient plus frappante par la formation de bosselures en chapelet le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen.

La durée de la périsigmoïdite est plus longue que dans les formes précédentes, de trois semaines à deux mois, parfois de trois à quatre mois.

Tout ce qui a été dit à propos de l'extension de la périappendicite simple, peut être répété pour l'appendicite perforante : même matité dans la fosse iliaque droite, ou plus ou moins généralisée; même sensation de résistance, même passage au cæcum et au côlon ascendant (pérityphlite suppurée) ou à l'S iliaque et à l'anse sigmoïde du côlon (périsigmoïdite suppurée). Mais l'appendicite perforante a une tendance à la généralisation de la péritonite. »

C. *Prédominance des symptômes à gauche, avec péritonite généralisée.* — Nous observons ici tous les signes d'une péritonite généralisée, mais les douleurs sont beaucoup plus intenses à gauche à un certain moment, qu'elles aient débuté en ce point (Obs. I, III, IX, XIV) ou à droite (Obs. II, XI et XVIII).

Dans un cas la douleur qui avait débuté sans localisation précise a fini par acquérir nettement son maximum à gauche (Obs. XV).

De même, le ballonnement abdominal peut avoir son maximum dans l'hypocondre ou la fosse iliaque gauches.

(*A suivre.*)

NOTE

SUR LA CONSERVATION DES INSTRUMENTS EN ACIER

Par M. le docteur MARÉCHAL (d'Angers).

Au mois d'octobre 1893, j'ai placé, dans les solutions suivantes, une montre en nickel, ouverte, des vaccino-styles, des bistouris et des aiguilles de Pravaz en acier, ces instruments étant à l'état de neuf et bien polis :

1° Solution aqueuse de bicarbonate de soude à 2 p. 100;
2° — — carbonate — —
3° — — borate — —
4° — — benzoate — —
5° — alcoolique de benzoate — —
6° { Alcool à 95 degrés, 5 grammes; Borate de soude, 1 gramme;
7° Alcool à 95 degrés;
8° Eau simple.

A la date du 1er mars 1895, les instruments, ainsi que la montre, sont absolument intacts à tous les points de vue, dans les six premières solutions; le sulfocyanure de potassium n'y révèle d'ailleurs aucune trace de fer. Au contraire, les objets sont complètement oxydés dans les solutions nos 7 et 8.

J'en conclus que l'on peut conserver, à l'abri de toute altération, des objets quelconques en acier, cuivre ou nickel, dans les solutions sus-indiquées, pendant un temps indéfini. Il semble même que des traces de sel alcalin suffisent, puisque la conservation est complète dans la solution n° 6, bien que le borate de soude soit insoluble dans l'alcool absolu. (*Journ. de pharm. et de chim.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mars 1897. — Présidence de M. DELENS.

DISCUSSION SUR LE GOITRE EXOPHTALMIQUE

M. SCHWARTZ communique l'observation d'une jeune malade, atteinte d'un petit goitre exophtalmique, qui donnait lieu à des accidents tellement graves de la maladie de Basedow, qu'il fallut intervenir chirurgicalement. M. Schwartz pratiqua donc l'extirpation partielle intranucléaire de ce goitre; mais il eut une telle hémorragie qu'il se préparait à faire la thyrodectomie totale, comme le seul moyen hémostatique efficace, quand il eut l'idée de recourir à une irrigation avec une solution d'antipyrine. L'hémorragie s'arrêta. Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, la malade présenta encore des accidents très graves de tachycardie qui furent enrayés par de fortes doses de bromure de potassium, 6 grammes par jour.

Environ trois semaines après l'opération, cette malade était guérie, non seulement de son goitre, mais aussi de la tachycardie et des autres troubles. Elle ne présente plus actuellement aucun accident.

M. TUFFIER présente deux malades qu'il a opérées de goitre exophtalmique. La première est une jeune femme qui commençait à présenter des accidents au milieu de l'année 1894. Chez elle, ce fut bien nettement la tumeur thyroïdienne qui apparut la première, et ce ne fut que consécutivement qu'apparurent les accidents exophtalmiques et la tachycardie. Ces accidents devinrent si intenses qu'ils nécessitèrent l'opération. Le 13 février 1895, M. Tuffier pratiqua une thyroïdectomie partielle. Cette femme est aujourd'hui complètement guérie de tous ses accidents.

L'autre malade est une femme de trente ans qui fut opérée le 30 janvier dernier, dans les mêmes conditions que la

première, c'est-à-dire beaucoup plus pour parer aux accidents de tachycardie qu'au goitre lui-même. M. Tuffier pratiqua également chez cette malade une hémithyroïdectomie partielle.

Cette malade a été opérée il y a un mois. Elle présente encore quelques accidents de la maladie de Basedow, mais très atténués. Il y a lieu d'espérer que, comme la première malade, l'état de cette malade s'améliorera avec le temps.

M. PONCET appelle l'attention sur les accidents aigus, souvent graves, auxquels il a donné le nom d'accidents de faux basedowisme, qu'on observe maintes fois après les opérations sur le goitre, quelle que soit, d'ailleurs, cette opération. On constate souvent, en effet, des accidents nerveux très accentués, une élévation de la température, une véritable fièvre thyroïdienne. Ces accidents peuvent être d'une extrême gravité et aller jusqu'à entraîner la mort. C'est ainsi que M. Poncet a observé une malade du service de M. Brissaud, chez laquelle il a pratiqué une exothyropexie, et qui a succombé une quinzaine de jours après l'opération, à des accidents de ce genre. Ce cas de la Salpêtrière est le premier fait de basedowisme aigu mortel, qu'ait observé M. Poncet. Depuis, il a souvent constaté des accidents graves, mais non mortels. Dans ces cas, l'intoxication chirurgicale, l'anesthésie chloroformique n'ont rien à voir. Ce sont bien des accidents d'intoxication d'origine thyroïdienne.

Donc, tout en admettant que les goitres exophtalmiques peuvent bénéficier de ces opérations, M. Poncet croit qu'il faut y apporter la plus grande prudence et la plus grande réserve et il n'oserait, après ce qu'il a vu, opérer un malade atteint de maladie de Basedow grave, au moins sans prendre la précaution de sectionner préalablement les grands sympathiques et de réséquer le ganglion cervical supérieur. Dans six ou sept cas relevés par M. Jaboulay, à Lyon, il n'y a pas eu de récidive de basedowisme, chez les malades auxquels on avait fait cette opération préalable.

RAPPORTS

Fistule mastoïdienne gauche. — M. BROCA fait un rapport sur une observation adressée par M. Braquehaye (de Bordeaux). Voici cette observation :

Le nommé P..., vingt-sept ans, est entré, le 13 août 1896, dans le service de M. le professeur Demons, pour une fistule mastoïdienne gauche. Le début de la lésion remonte à une otite moyenne bilatérale, survenue à l'âge de dix-sept ans, probablement à la suite d'une amygdalite. L'écoulement persista avec des intermittences, jusqu'à lâge de vingt ans. A cette époque, à la fin de novembre 1888, survint une poussée douloureuse à gauche, bientôt suivie d'un volumineux abcès rétro-auriculaire. L'incision simple fut pratiquée et se cicatrisa rapidement, mais l'abcès récidiva, si bien qu'en huit mois le malade dut subir vingt coups de bistouri. Lassé de ce traitement, il entra, pour la première fois, le 27 juillet 1889, dans le service de M. Demons, dont M. Braquehaye était alors l'interne. A cette date, un trajet fistuleux qui perforait l'apophyse fut évidé à la curette, et la guérison était obtenue à la fin de septembre. Mais alors reparut l'otorrhée qui avait cessé tant que l'apophyse était restée ouverte ; et, en janvier 1890, s'ouvrit spontanément un nouvel abcès mastoïdien, et depuis la suppuration a constamment eu lieu à la fois par la fistule et par le conduit. Cela continua de la sorte jusqu'au 1er août 1896 : à cette date, douleurs violentes, abcès rétro-auriculaire qui fut incisé le 10 août. Le pus s'écoula en abondance, et le malade ne fut soulagé que le lendemain, après issue d'une grosse masse cholestéatomateuse, qui évidemment obstruait l'orifice osseux. Toutefois, la température restait au-dessus de 38 degrés, lorsque, le 13 août, le malade entra pour la seconde fois à l'hôpital Saint-André. Pour compléter l'étude de l'examen local, il reste à ajouter que l'audition à gauche était nulle.

Le 22 août, M. Braquehaye pratiqua la trépanation de l'apophyse de la caisse selon les règles qu'il a apprises et déjà mises plusieurs fois en pratique sous la direction de M. Broca. Il ouvrit l'antre au lieu d'élection, sans tenir compte de la fistule osseuse qui siégeait à 1 centimètre au-dessus de l'épine de Henle. Les cellules, l'aditus étaient très spacieux. Il ne restait pas trace des osselets.

Les suites opératoires furent très simples et la vaste cavité ouverte derrière l'oreille était épidermisée à la fin de novembre. L'audition est restée abolie ; il n'y a pas de paralysie faciale.

Un fait digne de remarque est qu'au fond de l'oreille, probablement au niveau de la base de l'étrier, existe un petit point rouge, saillant, dont l'attouchement, depuis le premier pansement, a toujours provoqué des vertiges avec tendance à la syncope. Ces phénomènes sont même notés lorsque le malade laisse la cavité exposée à l'air ; aussi y met-il en permanence un petit tampon d'ouate.

M. Broca n'a pas l'intention, à propos de cette observation, de discuter la pathogénie du cholestéatome. D'après les cas qu'il a observés, il croit qu'il s'agit d'une complication de certaines vieilles otites suppurées, et que, comme dans le cas de M. Braquehaye, l'inflammation de la caisse est le fait initial : ce qui, dans le cas actuel, doit conduire à cette interprétation, c'est le début par une otite aiguë bilatérale, après une amygdalite.

Ce qui est certain, c'est que les otites ainsi compliquées sont fort graves : si l'on n'était intervenu radicalement, on peut affirmer que le malade dont il s'agit était, à échéance plus ou moins proche, condamné à mort. C'est, d'ailleurs, le sort habituel des vieux otorrhéiques avec complications mastoïdiennes.

En présence de ces lésions, une action chirurgicale s'impose donc, et l'observation nous montre ce qu'on doit attendre de l'incision simple, dite de Wilde, ou même de la trépanation limitée à l'apophyse. L'une et l'autre, dit-on, donnent des succès, mais, si on suit de près les malades pendant quelque temps, on devient plus sceptique. Voyez le malade de M. Braquehaye : l'incision simple s'est cicatrisée, et l'on aurait pu chanter victoire, mais la récidive n'a pas tardé. Ici, les nouveaux accidents ont été trop rapides, trop répétés pour laisser place à l'illusion ; mais souvent la récidive tarde assez pour que le chirurgien croie à la guérison, comme on a pu y croire pendant plusieurs mois après l'évidement de la fistule osseuse.

En réalité, ces malades ne doivent être considérés comme guéris qu'après suppression de l'écoulement purulent par le conduit. Tant qu'il persiste de l'otorrhée, ils sont exposés à des complications mastoïdiennes ou intracraniennes graves ou même redoutables. Aussi doit-on, comme l'a fait M. Braquehaye, attaquer la lésion initiale, c'est-à-dire l'ostéite de la caisse.

A cette manière de faire on oppose parfois : 1° la perte de l'audition ; 2° la fréquence de la paralysie faciale par section de nerf. Aucune de ces objections n'est fondée.

Les osselets sont souvent tombés d'eux-mêmes ; quand ils sont encore en place, leur ablation n'a pas d'inconvénients. M. Broca a opéré un nombre considérabte de malades dans ces conditions, et, au point de vue de l'audition, le résultat a été parfois nul, souvent favorable, jamais défavorable.

Quant à la paralysie faciale, elle est quelquefois inévitable, dans certains cas de séquestre, de carie étendue, etc. ; mais ces cas sont exceptionnels et, d'autre part, la vie y étant directement menacée, on est en droit d'exposer le sujet à une infirmité incontestablement désagréable. Et il convient d'ajouter immédiatement que, si l'on opère à temps, dans un os qui n'est pas encore malade de tous côtés,

on doit éviter à coup sûr cet accident fâcheux. Un chirurgien, habitué à ces interventions, ne coupe pas le facial en ouvrant l'aditus de la caisse.

De l'origine des rétrécissements du rectum. — M. G. MARCHAND fait un rapport sur un travail de M. Verchère, qui appelle l'attention sur la période prémonitoire du rétrécissement du rectum. Chez trois femmes, en période secondaire de la syphilis, M. Verchère a trouvé des ulcérations syphilitiques du rectum, coïncidant avec un rétrécissement rectal. Ce rétrécissement semble donc succéder à ces érosions et ulcérations syphilitiques.

Le traitement spécifique a une grande influence sur ces lésions, partant sur le rétrécissement.

Donc, il faut rechercher, de parti pris, les ulcérations du rectum chez les individus atteints de syphilis secondaire; elles n'appellent pas l'attention du médecin, elles ne donnent pas de troubles fonctionnels. M. Verchère a trouvé, accompagnant les ulcérations, un épaississement des parois rectales, donnant la sensation d'un rétrécissement et s'accompagnant de contracture du sphincter.

Cet épaississement de la paroi rectale est-il le début d'un rétrécissement, ou n'est-ce qu'un indice d'une rectite concomitante?

M. Marchand voudrait qu'on fît, dans ces cas, l'examen histologique de cette paroi rectale.

M. Verchère cherche à établir aussi dans son travail que le condylome est le premier signe du rétrécissement rectal. Le condylome anal, en pénétrant dans le rectum, produit des lésions scléreuses de la paroi rectale et donne un rétrécissement. M. Verchère cite six observations à l'appui de cette assertion.

Pour M. Marchand, le condylome peut coïncider avec le rétrécissement, mais il ne lui reconnaît pas une valeur causale. Le condylome, en effet, n'a pas la même structure que le rétrécissement.

DISCUSSION SUR LES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

M. ROUTIER, à propos de la communication de M. Berger, fait connaître les résultats de sa pratique sur ce sujet. Il fait tout d'abord observer que les fistules vésico-vaginales post-puerpérales sont, aujourd'hui, beaucoup plus rares qu'autrefois, ce qui doit être attribué à une pratique plus habile et surtout plus antiseptique des accoucheurs. M. Routier s'est trouvé en présence de cas très complexes. Il n'a jamais pu, par exemple, attirer la fistule au-dehors pour l'opérer. Quand il s'agit de fistules d'origine chirurgicale, un simple avivement suffit généralement. Les fistules vésico-vaginales, d'origine obstétricale, sont généralement beaucoup plus complexes. Il faut faire entrer en ligne de compte l'attrition des tissus, les brides cicatricielles qui rendent l'intervention beaucoup plus difficile.

Il est un premier précepte sur lequel insiste M. Routier, c'est qu'il faut faire de larges débridements. Il faut éviter avec soin de mettre des corps étrangers dans la vessie; ces corps étrangers, alors même qu'il ne s'agirait que de la muqueuse vaginale, donnant lieu à des calculs. C'est ainsi que, chez une malade chez laquelle M. Routier avait fait une colpocléisis, il y a eu des calculs et la fistule a récidivé. De même, il se produisit des calculs chez une malade opérée quinze fois par M. Verneuil sans succès. M. Routier a refait deux tentatives chez cette même malade, et il n'est plus resté qu'une fistulette qui a fini par se fermer complètement.

M. Routier n'a jamais eu recours aux dilatateurs de Bozemann, il les remplace par de larges débridements qui ont quelquefois l'inconvénient de donner lieu à des hémorragies. M. Routier a observé un cas où les bords de la fistule étaient tellement rigides qu'il était impossible de les libérer.

M. Routier est très partisan de la suture avec fils d'argent, comme M. Berger, mais il ne croit pas qu'il soit nécessaire de les choisir trop gros. Il les tord de façon, quand il doit les enlever, à pouvoir les détordre très facilement. Il fait un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée et place une sonde vésicale à demeure.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale (1).

La gynécologie, qui a été longtemps considérée comme une simple dépendance de l'obstétrique, est devenue de nos jours une branche importante de la chirurgie. S'il en est ainsi dans tous les pays, nulle part ce mouvement n'a été plus marqué qu'en France. En l'absence d'un enseignement spécial à la Faculté, c'est dans les services chirurgicaux des hôpitaux de Paris, que l'on va puiser les connaissances relatives aux maladies des femmes et à leur traitement.

Tous ceux qui s'en occupent d'une façon spéciale, et qui, par suite, sont devenus des laparotomistes exercés, ont été amenés à étudier particulièrement la chirurgie abdominale. Ainsi, par une pente naturelle, gynécologie et chirurgie abdominale se sont trouvées intimement associées et dans la pratique et dans la théorie.

La nouvelle « Revue » consacre cet état de choses. Placée sous la direction du docteur Pozzi, c'est-à-dire de l'un des chirurgiens des hôpitaux de Paris les plus versés dans cette double étude, elle doit faire une part égale à la gynécologie et à la chirurgie abdominale.

L'esprit dans lequel a été conçue cette publication est le même que celui qui a présidé à la rédaction du « Traité de gynécologie clinique et opératoire » de son directeur. Chirurgien français, il s'attache surtout à faire connaître les travaux français. Mais, persuadé que, de nos jours, l'horizon scientifique ne saurait être borné par des frontières, il s'efforce aussi de donner à la « Revue » un caractère international. Les travaux étrangers y sont largement analysés.

Le but de cette publication est non seulement de donner une idée complète du mouvement scientifique contemporain en France et à l'étranger, mais encore de contribuer, pour sa part, aux progrès d'une des branches de la chirurgie qui ont le plus bénéficié de l'ère nouvelle inaugurée par les travaux de Pasteur.

A propos de mon récent article sur le *Plissement de l'estomac*, M. le docteur O. Guelliot, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, a bien voulu me signaler une observation qui lui appartient. Elle a été pratiquée dix mois avant la mienne, le 3 octobre 1895, et a été publiée dans les « Comptes rendus du dernier Congrès de chirurgie » (page 433). Elle est perdue dans la relation d'une opération plus complexe, et il n'est pas étonnant qu'elle m'ait échappé. J.-L. F.

(1) Un vol. très gr. in-8° publié en fascic. bi-mensuels. Prix : 28 francs pour la France et 30 francs pour l'étranger (union postale). — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Dieulafoy a fait une communication sur la lithiase intestinale ou la gravelle de l'intestin. Cette question, après avoir été soulevée en 1873 à l'Académie même, par M. Laboulbène, est restée près de vingt ans dans l'ombre. S'appuyant sur de nombreuses observations personnelles, ainsi que les observations de MM. Alb. Mathieu, Oddo (de Marseille), Mongour, etc., M. Dieulafoy a pu constituer une histoire complète de cette affection et, comme il l'a dit, mettre la question au point. D'autant plus importante est cette question que l'affection, dont il s'agit, peut être très facilement confondue, soit avec la lithiase biliaire, soit avec l'appendicite. M. Dieulafoy a donc insisté avec raison sur le diagnostic différentiel de ces états, en particulier sur le diagnostic d'avec l'appendicite qui réclame, si souvent, l'intervention chirurgicale, tandis qu'elle n'a rien à voir dans le traitement de la lithiase intestinale. Chemin faisant, M. Dieulafoy a fait remarquer combien était rare l'appendicite chez les malades atteints de lithiase intestinale, et il trouve là une nouvelle preuve du bien fondé de la théorie du vase clos qui lui est si chère. Voici les conclusions de l'important travail de M. Dieulafoy :

« 1° Il y a une lithiase intestinale comme il y a une lithiase biliaire et une lithiase urinaire ;

2° La lithiase intestinale peut être formée de sable, de graviers et même de calculs ;

3° Ce sable, ces graviers, ces calculs sont composés de matière organique stercorale et de matière inorganique, dans laquelle les sels de chaux et de magnésie ont la place prépondérante. Les matières organique et inorganique sont associées en proportion variable ;

4° La lithiase intestinale est très souvent accompagnée d'entéro-colite muco-membraneuse ;

5° Au point de vue de sa pathogénie, la lithiase intestinale fait souvent partie de la diathèse goutteuse ; il y a une gravelle intestinale diathésique au même titre que la gravelle urinaire et la gravelle biliaire. Par contre, il y a des cas de lithiase intestinale qui ne peuvent pas plus être rattachés à la diathèse goutteuse que certains cas de lithiase urinaire et biliaire ;

6° La lithiase intestinale peut ne révéler sa présence par aucun symptôme spécial, mais le plus souvent elle donne lieu à des crises abdominales très douloureuses, véritables coliques intestinales lithiasiques, dont la durée et l'intensité sont variables ;

7° Ces coliques intestinales lithiasiques sont suivies de l'émission de sable, de graviers, de débâcles sableuses, avec ou sans matières glaireuses ou membraneuses ;

8° Les coliques intestinales lithiasiques ne doivent être confondues ni avec les coliques hépatiques ni avec l'appendicite. »

Les restaurations autoplastiques occupent une grande place, en ce moment, dans les préoccupations des chirurgiens. Dans cette même séance, M. Le Dentu a fait connaître les résultats de la staphylorraphie, de l'urano-staphylorraphie et de l'opération du bec-de-lièvre dans 40 cas de divisions acquises ou congénitales du palais. M. Berger a présenté une pièce propre à favoriser la prothèse du nez dans les réparations de cet organe, nécessitées par une destruction étendue de son squelette. Enfin, M. Péan a communiqué une observation de restauration du périnée, du vagin, de l'urèthre et du rectum.

Ce dernier a fait plusieurs communications. Il a présenté une observation d'ablation d'un fibro-sarcome remplissant le bassin. Il a présenté également plusieurs radiographies fort intéressantes, l'une, entre autres, relative à un projectile situé dans le rocher. Les services que rend tous les jours la radiographie ne se comptent plus.

Signalons encore plusieurs communications qui ont été faites dans cette séance extrêmement chargée : M. Routier a lu une observation de grossesse extra-utérine, d'ablation totale du kyste fœtal et d'hystérectomie abdominale totale suivies de guérison. M. Porak a fait un rapport sur une note de M. Barallier (de Jeugny) relative à une épingle de sûreté pour remplacer la ligature du cordon. Enfin, M. Manouvriez (de Valenciennes) a donné lecture d'un travail sur l'intoxication aiguë accidentelle par les vapeurs nitreuses résultant de l'échauffement spontané d'un engrais artificiel, composé de nitrate de soude, de lignite pyriteux et de déchets de laine gras. La conclusion de ce travail est qu'on ne devrait pas autoriser à associer, dans les engrais, au nitrate de soude des substances énergiquement réductrices, telles que les lignites pyriteux ou les déchets de laine gras.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les titres des candidats correspondants étrangers. La liste a été arrêtée comme il suit :

en première ligne, M. Emilio Coni (de Buenos-Ayres); en deuxième ligne, M. Petrini (de Galatz); en troisième ligne, M. Benedikt (de Vienne); en quatrième ligne, M. Janssen de Bruxelles).

DE LA PRÉDOMINANCE DES SYMPTOMES A GAUCHE DANS L'APPENDICITE (1)

Par MM. Termet et Vanverts,
Internes des hôpitaux de Paris.

III

Diagnostic. — On comprend les difficultés de diagnostic que suscite une semblable symptomatologie et les nombreuses erreurs qui en ont été la conséquence. Cette prédominance des symptômes à gauche déroute le médecin, et, dans la plupart des cas que nous rapportons, il dut rester dans le doute ou commit une erreur de diagnostic.

En effet, en présence de ce complexus symptomatique, on ne pense pas à l'appendicite, comme le fait remarquer M. Routier (2), ou on l'élimine de prime abord, surtout quand les phénomènes morbides sont exclusivement localisés dans la fosse iliaque ou l'hypocondre gauches. Des faits que nous avons passés en revue il faut conclure qu'on ne doit pas dans ces conditions rejeter la possibilité de l'appendicite et qu'il faut, au contraire, toujours y penser. C'est en se rappelant des cas de ce genre, précédemment observés, que Fowler (Obs. IV) et que l'un de nous (Obs. XV) purent établir le diagnostic d'appendicite.

Il est, en outre, des cas où la notion de l'existence antérieure et de la répétition de crises de douleurs abdominales doit attirer l'attention, surtout quand ces crises antérieures se sont localisées dans la fosse iliaque droite. C'est ce qui existait dans les observations III, IX, XV.

Quoi qu'il en soit, les difficultés du diagnostic varient suivant la forme à laquelle on a affaire :

A. En présence de phénomènes de péritonite généralisée avec maximum de la douleur et parfois de la tuméfaction à gauche, il faudra songer à l'appendicite, si la marche des accidents a été celle de cette affection. Nous avons vu qu'au début les accidents avaient souvent siégé surtout ou uniquement à droite; cette notion acquiert une importance considérable dans les cas qui nous occupent.

Souvent on s'est contenté de porter le diagnostic de péritonite généralisée d'origine inconnue (Obs. I, II, XI, XIV), ou on a pensé à la perforation de l'intestin (Obs. IX). Ajoutons que le diagnostic étiologique a ici peu d'importance, car, quelle que soit la cause de la péritonite généralisée, le traitement est toujours le même.

B. Si les symptômes douloureux et inflammatoires existent dans les deux fosses iliaques, mais avec maximum à gauche, le diagnostic sera ordinairement facile, car bien souvent, comme nous l'avons dit, les phénomènes auront débuté à droite, et ce n'est que secondairement qu'ils auront apparu et seront devenus prédominants à gauche. Ce diagnostic put être posé dans les observations XII, XIII et XVII.

C. Quant aux cas où les symptômes n'existent qu'à gauche, on comprend que le diagnostic en soit extrêmement difficile, surtout au début. En présence d'un malade qui accuse l'apparition brusque d'une douleur dans la fosse iliaque ou l'hypocondre gauches, alors que les signes de réaction localisée du péritoine ne sont pas encore appréciables et que la fièvre est nulle ou peu élevée, on ne pense pas à l'appendicite et on diagnostique un volvulus, une colique de plomb (Obs. VIII), une perforation de l'S iliaque, etc.

Quand l'empâtement apparaît dans cette région, accompagné d'élévation de la température, le diagnostic sera encore à faire avec toutes les causes d'inflammation ou de tuméfaction susceptibles de se développer en ce point : engorgement fécal (Obs. V), ostéomyélite de l'os iliaque, psoïtis, phlegmon du ligament large, etc.

IV

Traitement. — Dans la majorité des cas les difficultés du diagnostic n'auront pas d'influence fâcheuse sur la conduite à tenir.

En présence d'une péritonite généralisée d'origine quelconque, le seul traitement à mettre en pratique, si le malade est capable de le supporter, est la laparotomie. Le ventre étant ouvert, il sera tout indiqué de porter surtout les investigations vers le lieu où les phénomènes morbides prédominaient. Nous n'insistons pas sur les règles qui doivent présider à cette opération et qui ne présentent ici rien de spécial.

En présence de symptômes douloureux et inflammatoires siégeant dans les deux fosses iliaques, on pourra recourir à la laparotomie médiane ou à la laparotomie latérale, puis pratiquer ensuite, si on le juge utile, une contre-ouverture dans la fosse iliaque opposée (Obs. XIII et XVII) ou sur la ligne médiane (Obs. XII) pour assurer le drainage. On se comportera comme dans tous les cas de péritonite purulente enkystée, c'est-à-dire qu'on aura pour but de donner issue aux liquides septiques, tout en respectant les adhérences qui limitent le foyer.

Si enfin les symptômes sont localisés à la fosse iliaque gauche, deux éventualités peuvent se présenter : ou se développe rapidement une péritonite généralisée d'emblée par perforation directe de l'appendice dans la grande cavité péritonéale, auquel cas on fera la laparotomie médiane ; ou les symptômes restent localisés à gauche et on voit se développer progressivement une tuméfaction, indice de la réaction péritonéale ; puis les phénomènes s'amendent ou s'accentuent et, dans ce dernier cas, la suppuration se produit. Quand il y aura des signes de collection ou, au moins, de tuméfaction inflammatoire datant de plusieurs jours et en voie de progression, il faudra intervenir, car, qu'on pense ou qu'on ne pense pas à l'appendicite, il sera alors bien certain qu'on se trouve en présence d'une collection purulente, intra ou extrapéritonéale, qu'on devra ouvrir. On incisera donc au niveau du point où la tuméfaction sera maxima. Cette conduite fut suivie de succès dans les observations VIII et XVI.

V

En résumé, nous dirons que les phénomènes morbides qu'on est habitué de voir évoluer, et qui évoluent, en effet, dans la majorité des cas, au niveau de la fosse iliaque droite, peuvent se développer en d'autres points de la cavité abdominale et, en particulier, dans l'hypocondre et la fosse iliaque gauches. Ces symptômes peuvent être localisés en

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 274.
(2) Routier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 15 oct. 1890, p. 630.

ces régions ou seulement y prédominer. Il faut être prévenu de l'existence de ces faits pour éviter des erreurs de diagnostic qui cependant seront parfois inévitables.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I, résumée (ROUTIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 630). — Homme de vingt-trois ans, pris brusquement de douleurs dans l'hypocondre *gauche* le 9 juin 1890, à la suite d'un dîner fort simple. Le lendemain, le médecin croyant à une indigestion fit purger le malade; la purgation fut vomie. Le 11 juin la douleur se réveille en se généralisant à tout l'abdomen. Constipation depuis l'avant-veille.

M. Routier vit le malade le soir du 11 : facies anxieux, sueurs profuses, langue sèche; pouls petit à 120, température axillaire à 38°4; ventre ballonné et sonore partout. Le diagnostic fut péritonite, sans qu'on pût en préciser la cause.

On n'intervint pas. Une amélioration notable se produisit. Dans la nuit du 14 au 15 il y eut tout à coup des vomissements, de la douleur abdominale, trois selles diarrhéiques, et le malade mourut à quatre heures du matin.

Autopsie : Péritonite purulente généralisée. Perforation de l'appendice qui était complètement libre dans l'abdomen (1).

OBS. II, résumée (SCHWARTZ. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 638). — Femme de trente ans, prise le 27 septembre de coliques très vives, subitement, sans raison apparente, avec localisation dans la fosse iliaque droite, avec constipation. A la suite de l'administration de deux purgatifs, les coliques diminuent notablement, mais tout le ventre devient douloureux et se ballonne, en même temps que se déclarent des vomissements verdâtres et un hoquet continuel. Depuis quelques jours il existe de l'ictère.

Le 21 octobre, au moment où M. Schwartz est appelé à voir la malade, l'état est le suivant : facies tiré, hippocratique, un peu cyanosé, nez froid, pouls petit, battant environ 130 à la minute, température oscillant entre 38 et 39 degrés, tombée la veille à 36°5, respiration courte et fréquente, vomissements porracés, hoquet continuel. Le ventre est uniformément ballonné et tympanique. A un rapide examen on ne trouve nulle part d'empâtement ni de fluctuation. La fosse iliaque *gauche* est très douloureuse. MM. Schwartz et Routier portent le diagnostic de péritonite généralisée d'origine inconnue.

Laparotomie médiane : Anses d'intestin grêle très distendues, exsudats fibrino-purulents qui agglutinent les anses les unes aux autres et à la paroi et qui sont surtout abondants à gauche d'où sort, à un moment donné, une certaine quantité de liquide sanguinolent, par suite de la rupture d'adhérences. Le cæcum et l'S iliaque sont vides; subitement en plongeant plus avant dans la fosse iliaque droite, le doigt crève une poche pleine de pus fétide et de gaz et contenant deux pépins de citron. Incision au-dessus de l'arcade de Fallope qui permet d'arriver sur l'extrémité inférieure du cæcum et sur l'appendice iléo-cæcal. Celui-ci baigne dans le pus; il est absolument détruit au niveau de son extrémité et adhère très fortement à la fosse iliaque. On le lie et on le cautérise, puis on l'enlève en totalité. Lavage du péritoine par la plaie médiane. Fermeture complète de cette plaie; tamponnement à la gaze de la plaie de la fosse iliaque droite.

Mort à huit heures du soir.

(1) M. Routier (*Presse méd.*, 1895, p. 98) fait allusion à un second cas où le point maximum de la douleur siégeait dans la fosse iliaque gauche.

OBS. III, résumée (JALAGUIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 382; JACOB. Thèse de Paris, 1893, p. 64). — Enfant de dix ans et demi, ayant eu deux légères attaques d'appendicite il y a six mois et il y a un mois. Le 21 mars 1892, les mêmes accidents se reproduisent, les douleurs partent *du côté gauche* et irradient dans la verge. Reçu dans la soirée du 24 à l'hôpital Trousseau, M. Legroux le fait passer le lendemain en chirurgie.

Le diagnostic de péritonite généralisée ne faisait pas de doute : vomissements incessants; ventre uniformément ballonné et très douloureux, surtout *dans la fosse iliaque gauche;* facies grippé; pouls 120; température 38°5.

Laparotomie médiane. Grande quantité de pus dans la fosse iliaque gauche. Les anses intestinales visibles dans la plaie sont recouvertes de fausses membranes, d'autant plus jaunâtres et d'autant plus épaisses qu'on se rapproche du côté droit. En arrivant près du cæcum, on tombe sur une nouvelle collection purulente contenant une petite boulette fécale. Deux drains du côté du cæcum, deux dans le bassin où existait aussi du pus, un du côté gauche, etc.

Suites simples. Le 4 mai l'enfant était guéri et quittait l'hôpital le 14 mai.

OBS. IV, résumée (RYERSON FOWLER. *Med. News*, 25 novembre 1893). — Garçon de seize ans. Début par douleurs abdominales, nausées et vomissements. Le docteur Fowler le vit le deuxième jour. L'abdomen était distendu avec un empâtement un peu plus prononcé à *gauche*. On constatait une zone de sensibilité de trois pouces environ, au-dessous du grand droit *gauche*, commençant à l'ombilic et s'étendant en bas. Matité dans le flanc et la fosse iliaque *gauches*. La sensibilité était surtout aiguë dans la région lombaire *gauche*, s'étendant jusqu'au bord inférieur des côtes en arrière.

Le diagnostic d'*appendicite gauche* fut fait, et le même jour on fit la laparotomie médiane. Une grande quantité de sérosité purulente s'écoula du péritoine. On trouva une large cavité suppurée à gauche de la ligne médiane, répondant au siège de la matité constatée. La tête du côlon et le cæcum étaient déviés de leur position normale, recourbés à gauche et en haut vers l'ombilic, et perdus au milieu de fausses membranes adhérentes.

Le malade succomba le troisième jour.

L'autopsie montra l'appendice gangréné et perforé; le cæcum était situé à gauche de la ligne médiane, de niveau avec l'ombilic. Outre l'abcès péritonéal, il existait une deuxième cavité purulente communiquant avec la première et s'étendant en haut et en arrière dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

OBS. V, résumée (RYERSON FOWLER. *Med. News*, 25 novembre 1893). — Homme de dix-neuf ans, entré à l'hôpital avec les signes d'une péritonite septique, sept jours après le début de l'affection. Deux jours avant l'entrée à l'hôpital, le médecin avait constaté au-dessous du grand droit *gauche* une tumeur qu'il avait rapportée à un engorgement fécal. Au début les douleurs abdominales avaient été généralisées.

A l'incision de l'abdomen il s'écoula une grande quantité de sérosité purulente libre dans la grande cavité péritonéale. Le cæcum fut trouvé immédiatement derrière l'ombilic, regardant à gauche; l'appendice situé sous le grand droit gauche, juste au-dessous de l'ombilic. On n'enleva pas l'appendice à cause de l'état général du malade. Mort quelques heures après l'opération.

Autopsie : appendice gangréné et perforé, dans la situation ci-dessus décrite.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE

Frictions d'alcool créosoté comme antithermique.

Dans les pyrexies infantiles, telles que la broncho-pneumonie, la pleurésie aiguë avec épanchement et surtout la fièvre, dite prétuberculeuse, les frictions d'alcool créosoté à 10 p. 100 agissent, suivant M. Mache, d'une façon analogue à celle des badigeonnages au gaïacol. Voici comment l'on procède : une compresse de fine toile est imprégnée d'alcool créosoté ; avec cette compresse, on frotte légèrement la partie interne des cuisses, sur une étendue plus ou moins considérable, selon l'effet antithermique que l'on veut obtenir, puis on applique la compresse sur la région frictionnée. Chez des petits malades âgés de quatre ans et demi à six ans, M. Mache a employé pour chaque friction une cuillerée à dessert d'alcool créosoté. On peut répéter les applications sur les mêmes points, sans aucun inconvénient. (*Prov. méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars 1897. — Présidence de M. Caventou.

PRÉSENTATION

La prothèse du nez. — M. BERGER présente une charpente métallique fabriquée par M. le docteur Goldenstein, pour servir de support aux parties molles du nez dans les réparations de cet organe nécessitées par une destruction étendue de son squelette.

Cet appareil, construit sur le principe de ceux inventés par M. Claude Martin (de Lyon), présente sur ceux-ci un triple avantage :

1° Formé de deux pièces mobiles l'une sur l'autre, on peut régler sa longueur suivant les besoins de chaque cas particulier, et se servir d'un même modèle pour la réparation de pertes de substance très diverses;

2° Au lieu de s'implanter sur le squelette au moyen de chevilles enfoncées dans les os de la face, il s'adapte aux bords de la solution de continuité des os au moyen de fourches qui terminent ses branches et qui s'appliquent sur ces bords. On évite par là l'ostéite qui se développe au niveau des points où la charpente se fixe sur le squelette, l'ébranlement et le déplacement ultérieurs de l'appareil. Néanmoins, dans son premier appareil, celui dont s'est servi M. Berger dans le cas dont il va être question, la partie supérieure de la charpente était encore fixée sur le frontal par un enchevillement du fil de platine ;

3° Cette charpente, construite avec soin avant l'opération, s'adapte mieux aux parties molles, les soutient d'une manière plus égale, et permet d'éviter les ulcérations qu'ont parfois déterminées les pièces métalliques préparées par M. Martin.

M. Berger s'est servi de l'appareil en question pour remplacer la charpente du nez sur un sujet qui avait une destruction complète du squelette de celui-ci, produite par un coup de feu. Ce malade avait d'abord porté un appareil de M. Martin, qui avait produit sur la face dorsale du nez une assez large perforation, et qui, en se déplaçant, avait obstrué les narines.

L'appareil de M. Goldenstein, appliqué par M. Berger, fut mieux supporté; mais il n'empêcha pas la sous-cloison, tendue sur son bord inférieur, de se détruire.

La prothèse, faite au moyen de charpentes métalliques, peut rendre de réels services dans les cas de destruction du squelette du nez; néanmoins M. Berger pense qu'elle n'est qu'un pis-aller et qu'il ne faut l'employer que dans les cas où les méthodes autoplastiques sont impuissantes à faire disparaître une difformité.

M. DELORME appuie les critiques formulées par M. Berger contre l'appareil de M. Martin, en se basant sur trois cas.

Dans le premier cas l'appareil fut éliminé au bout d'un mois; dans les deux autres l'élimination eut lieu un peu plus tard, entre dix et quinze mois. Dans tous ces cas il y eut douleur et suppuration. Les résultats immédiats obtenus avec cet appareil sont très beaux, mais les suites sont mauvaises.

M. PÉAN insiste sur les bons résultats obtenus par M. Berger dans ses rhinoplasties avec la méthode italienne; c'est la voie à suivre. La prothèse ne rend de réels services que dans la restauration des os, quand on a conservé le périoste; elle permet de maintenir les os en place. Les pièces doivent être minces, fenêtrées, pour que les parties externes se greffent avec les parties profondes par les fenêtres.

COMMUNICATIONS

Sur 40 cas de divisions acquises ou congénitales du palais traités par la staphylorraphie, l'urano-staphylorraphie et l'opération du bec-de-lièvre. — M. LE DENTU a observé 46 faits de ce genre; il y en a 6 dont il n'a pas mené le traitement jusqu'au bout.

Ces 46 cas doivent être partagés de la manière suivante : 11 cas de fistules et de divisions acquises plus ou moins larges, d'origine opératoire ou pathologique; 35 cas de fissures congénitales plus ou moins étendues, avec ou sans bec-de-lièvre concomitant.

Sur ces 35 cas, 25 ont été traités complètement; 4 très peu accentués, réduits à une division du bord alvéolaire du maxillaire supérieur, n'ont pas eu besoin d'un traitement autre que l'opération du bec-de-lièvre; 4 n'ont eu qu'un commencement de traitement; enfin 2, jugés inopérables, ne figurent dans ce tableau qu'à titre d'argument en faveur du traitement opératoire et de sa possibilité dans l'immense majorité des cas. De ces deux cas, il y en a même un que M. Le Dentu ne considérerait certainement plus aujourd'hui comme inopérable.

I. *Divisions acquises.* — Les 11 cas de cette première série comprennent 2 fistules de la base du voile, 2 perforations ou pertes de substance assez étendues de ce dernier, 2 divisions opératoires pour extraction de polypes muqueux ou myxo-sarcomateux de l'espace naso-pharyngien, 1 perforation assez large, 4 perforations plus étendues, dont 1 considérable du palais osseux.

M. Le Dentu a obtenu 8 guérisons complètes, dont 2 après deux opérations; il y a eu 1 échec partiel par désunion, 1 autre par gangrène d'un lambeau, et 1 échec total dans un cas de fistule.

II. *Fentes congénitales.* — Il y a plusieurs catégories : 1° les fentes du voile ou vélo-palatines sans bec-de-lièvre; 2° les fentes du voile ou vélo-palatines accompagnées de bec-de-lièvre.

Le premier groupe comprend 10 cas opérés, 2 cas non opérés, dont l'un aurait pu être traité avec succès par une intervention chirurgicale. Sur les 10 cas opérés, il y a 10 succès complets, dont 9 du premier coup, 1 seul après un échec partiel qui a nécessité une deuxième intervention.

3 de ces interventions ont été des staphylorraphies, 7 des urano-staphylorraphies, dont plusieurs pour des fissures à peu près complètes du palais.

Le deuxième groupe comprend 15 cas, dont 12 avec bec-de-lièvre unilatéral plus ou moins compliqué, 3 avec bec-de-lièvre bilatéral.

9 fois, M. Le Dentu a tenté la réunion de toute la brèche palatine au moyen d'une seule opération, et il a réussi; 6 fois il a procédé en deux temps à la restauration, mais il aurait certainement pu, dans plusieurs de ces cas, l'obtenir en une seule fois.

13 fois il a obtenu une guérison complète, 2 fois il a persisté une petite communication entre la bouche et les fosses nasales, immédiatement en arrière où à une très courte distance des dents incisives.

M. Le Dentu a observé sur ces 25 cas de staphylorraphie et d'urano-staphylorraphie, tous guéris finalement, sauf la petite défectuosité signalée plus haut, certains accidents qui n'ont pas compromis le résultat définitif.

En résumé, sur 36 staphylorraphies ou urano-staphylorraphies, pour divisions congénitales ou acquises du voile et du palais osseux, il compte :

31 succès complets ;

3 petits échecs partiels à peu près inévitables, étant donné l'existence d'une fissure du bord alvéolaire imparfaitement ou non corrigée ;

2 échecs complets (divisions acquises).

Il reste à parler de deux petits groupes de 4 cas chacun, qui doivent être envisagés à part.

Le troisième groupe comprend les fissures alvéolaires peu étendues.

Les fissures alvéolaires incomplètes n'ont pas besoin d'être traitées directement. L'opération du bec-de-lièvre a suffi pour corriger la difformité.

Dans un quatrième groupe, se placent quatre cas de grande division vélo-palatine compliquée de bec-de-lièvre unilatéral (une fois) ou bilatéral (trois fois), dont il a seulement commencé le traitement.

M. Le Dentu est resté fidèle aux règles tracées par Trélat et il s'est contenté d'ajouter à son appareil instrumental des formes de rugine et une aiguille qui lui ont paru faciliter certaines des manœuvres délicates de l'urano-staphylorraphie. Sans repousser la manière de faire de J. Wolff et de son collègue M. Polaillon, qui pratiquent l'opération en deux séances, séparées par un ou plusieurs jours, il ne croit pas nécessaire d'y recourir dans la généralité des cas. Il serait cependant disposé à s'y rallier dans les cas où il constaterait que son opéré est très fatigué par l'opération, qu'il a perdu beaucoup de sang, qu'une hémorragie secondaire est à craindre, et que les lambeaux, devenus très pâles après leur détachement, sont menacés de gangrène. Alors il pourrait être préférable de remettre la suture à un autre jour.

Ablation d'un fibro-sarcome remplissant le bassin. — M. PÉAN présente une malade à laquelle il a enlevé par la voie pubio-périnéo-vagino-sacrée, et par le procédé du morcellement, un fibro-sarcome de la région ischio-pubienne remplissant le bassin.

Restauration du périnée, du vagin, de l'urèthre et du rectum. — M. PÉAN fait sur ce sujet une communication que nous publierons ultérieurement.

Radiographie du crâne. — M. PÉAN présente une épreuve radiographique, faite par M. Mergier sur le crâne d'un homme de cinquante ans et qui a permis de reconnaître une balle de revolver dans le rocher et de l'extraire.

« On voit, ajoute M. Péan, que, grâce à la radiographie, on est parvenu à montrer avec exactitude le siège des projectiles du crâne, région qui semblait encore, il y a quelques semaines, échapper à l'observation radiographique. Dans ces derniers temps, la radiographie nous a également permis de voir nettement à l'œil nu l'intérieur de la cavité thoracique et même une énorme tumeur du foie qui occupait à la fois la partie supérieure de l'abdomen et la moitié inférieure de la plèvre droite. »

De l'épingle de sûreté pour remplacer la ligature du cordon. — M PORAK fait un rapport sur un travail de M. Baralier (de Jeugny) tendant à remplacer la ligature du cordon ombilical par l'épingle de sûreté. Ce procédé peut rendre quelques services, mais ne présente, en réalité, aucun avantage sérieux sur quelques-uns des nombreux moyens conseillés pour la ligature du cordon.

Grossesse extra-utérine, fœtus retenu trois mois. Ablation totale du kyste fœtal; hystérectomie abdominale; guérison. — M. ROUTIER communique l'observation d'une femme de trente ans, qui avait, il y a dix ans, accouché normalement. Le 10 janvier 1896, elle eut ses règles pour la dernière fois; quatre mois et demi après elle sentait remuer et rien ne pouvait faire soupçonner une grossesse anormale. Le 8 novembre 1896, elle eut des vomissements violents. Le 12 novembre, les douleurs de l'accouchement commencèrent, mais l'utérus fut trouvé vide; on diagnostiqua une grossesse extra-utérine avec fœtus mort. Après une quinzaine de jours la malade, rétablie, conservait seulement une tumeur abdominale.

Les symptômes étaient ceux d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit. M. Routier enleva le kyste fœtal en entier, il pesait 5275 grammes; la grosseur était développée dans les annexes droites retournées en arrière, variété tubo-ovarienne sous-péritonéale. Après l'extirpation, l'utérus qui adhérait au kyste se montre saignant comme une éponge par toute sa face postérieure. On fut conduit ainsi à faire l'hystérectomie abdominale totale comme moyen hémostatique et à fendre longuement la paroi postérieure du vagin laissé ouvert pour drainer convenablement le petit bassin.

L'opération fut compliquée par l'ouverture accidentelle de la vessie qui fut suturée immédiatement et la section de l'uretère, qui fut d'ailleurs sans dommage, car l'urèthre comprimé par le kyste fœtal avait dû s'oblitérer et le rein ne sécrétait probablement plus. Les suites opératoires furent donc simples, quoique la convalescence ait été troublée par l'expulsion de lombrics par la bouche.

M. Routier met en garde les chirurgiens contre les difficultés de l'extirpation totale de ces kystes fœtaux : quand on attaque une grossesse ectopique de plus de cinq mois, il est bon de se contenter de l'ouverture du kyste, de l'ablation du fœtus et du drainage de la poche comme l'a conseillé M. Pinard, en laissant surtout le placenta en place si l'enfant est encore vivant.

Lithiase intestinale. — M. DIEULAFOY présente plusieurs échantillons de gravelle ou de sable intestinal. Quelle est cette lithiase intestinale jusqu'ici si peu étudiée? Telle est la question que M. Dieulafoy se propose de mettre au point.

C'est à l'Académie même, le 18 novembre 1873, que, pour la première fois, cette question a été traitée par M. Laboulbène. Le travail de M. Laboulbène était basé sur des observations des plus nettes et que résume l'orateur; M. Laboulbène isola ce sable des matières et le fit examiner par M. Méhu, qui y reconnut l'existence de deux éléments : un élément organique stercoral et un élément inorganique constitué par des sels de magnésie, de chaux et de silice.

Depuis ce travail de M. Laboulbène, il n'avait plus été question de la lithiase intestinale. Les livres de pathologie interne, pas plus que les cliniques, n'en font mention. Cette affection est-elle donc si rare? Non, mais il faut savoir la rechercher. M. Dieulafoy cite l'exemple d'une femme de cinquante ans, que, depuis plus de deux ans, il considérait comme atteinte de coliques hépatiques, alors qu'en l'examinant attentivement, il reconnut qu'elle était affectée de lithiase intestinale. Elle présentait des crises absolument semblables aux crises de coliques hépatiques.

Autre exemple : un enfant de treize ans, qu'on crut d'abord atteint d'appendicite et était également atteint de lithiase intestinale.

M. Mathieu, en mai 1896, a présenté, à la Société médicale des hôpitaux, deux observations fort intéressantes de sable intestinal. (Voir *Gaz. des hôp.*, 1896, p. 625.)

Il a constaté, comme l'avait fait M. Méhu, que le sable intestinal était composé de deux éléments : un élément organique stercoral et un élément inorganique constitué par du phosphate de chaux et de la magnésie. Ces calculs diffèrent donc des calculs biliaires en ce qu'ils ne contiennent pas, comme ces derniers, de cholestérine.

Il était logique de penser que des calculs d'origine hépatique, après leur passage dans le canal intestinal, pourraient revêtir à la fois les caractères des calculs hépatiques et ceux des calculs intestinaux. Jusqu'ici, on n'en a pas rencontré d'exemples. On n'a pas vu de ces calculs mixtes.

M. Dieulafoy se demande si cette lithiase intestinale n'est pas sous la dépendance d'un état diathésique. Dans la plupart des cas, l'entéro-colite muco-membraneuse précède, accompagne ou suit l'apparition du sable intestinal, mais si l'on y regarde de plus près, on voit que presque tous les malades qui en sont atteints sont des arthritiques. Ils ont, en même temps, soit de la gravelle urique, soit des hémorroïdes, des migraines, de l'eczéma. On constate, en outre, chez certains de ces malades, une alternance très nette entre ces divers accidents et l'apparition du sable intestinal. M. Dieulafoy cite l'exemple d'un arthritique, qui a vu tous ses accidents habituels disparaître à partir du moment où il a eu de la lithiase intestinale. On retrouve aussi l'hérédité dans cette affection. Récemment, il a reçu dans son cabinet la mère et la fille, toutes deux goutteuses et ayant chacune, à peu près au même âge, présenté de la lithiase intestinale.

Pour M. Dieulafoy, il n'est donc pas douteux que la lithiase intestinale est d'origine goutteuse. M. Mathieu, se basant sur la composition des calculs intestinaux, a émis des doutes sur leur caractère goutteux, et il a conclu que ces calculs ne présentaient rien de diathésique. Cependant, un goutteux pourrait bien faire des calculs phosphatiques.

M. Dieulafoy passe à l'étude des symptômes. C'est d'abord du météorisme, un état nauséeux, un malaise général; bientôt apparaît une douleur intestinale vive, d'abord au niveau du côlon ascendant : on croit alors à une appendicite, puis vers l'union du côlon ascendant au côlon transverse, vers la région hépatique ; on croit alors à une colique hépatique ; enfin, dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs du ventre s'accompagnent d'irradiations douloureuses de tous côtés. Elles apparaissent par crises, absolument comme les coliques hépatiques. Il est donc bien important de savoir distinguer ces crises lithiasiques intestinales, des crises d'appendicite, des crises hépatiques. Il faut rechercher le sable dans les selles et faire analyser chimiquement ce sable.

Ici, M. Dieulafoy, faisant le diagnostic différentiel de la lithiase intestinale et de l'appendicite, fait observer qu'il est exceptionnel de voir ces malades, atteints de lithiase intestinale, présenter des crises d'appendicite, cela vient à l'appui de sa théorie du vase clos, comme cause principale de l'appendicite.

M. Dieulafoy insiste sur les caractères distinctifs des deux affections : dans l'appendicite, quand on examine le côté droit du ventre, le muscle se défend, la peau présente des actes réflexes. Le tympanisme, dans l'appendicite, n'apparaît que le second ou le troisième jour, tandis qu'il apparaît d'emblée dans la lithiase. Ce diagnostic est d'autant plus important à établir, que tandis que dans l'appendicite il faut, le plus souvent, ouvrir le ventre, dans la lithiase l'intervention chirurgicale n'a rien à faire.

Le traitement de la lithiase consiste seulement en grands lavements. Il faut calmer les douleurs avec les préparations opiacées. Comme traitement général, le régime paraît n'avoir pas une grande importance. On a vu, en effet, la lithiase apparaître aussi bien chez les individus soumis au régime carné, que chez ceux soumis au régime végétarien ou au régime lacté. Le traitement général est cependant celui de la goutte. Ces malades peuvent se trouver bien des eaux de Plombières, de Vichy, de Châtel-Guyon, de Capvern.

M. Dieulafoy termine par les conclusions suivantes. (Voir au Premier-Paris.)

M. LABOULBÈNE remercie M. Dieulafoy d'avoir si bien étudié une question qu'il a effleurée il y a déjà longtemps.

Intoxication aiguë accidentelle par les vapeurs nitreuses résultant de l'échauffement spontané d'un engrais artificiel. — M. MANOUVRIEZ (de Valenciennes) rapporte quatre observations d'accidents qui se sont produits dans une fabrique d'un engrais composé d'un mélange à parties égales de nitrate de soude, de lignites pyriteux, dits cendres hollandaises, et de déchets de laine gras pulvérisés. Les déchets gras s'échauffèrent suffisamment pour favoriser la transformation du sulfure de fer par les lignites en sulfates acides qui, se trouvant en présence du nitrate de soude, s'emparèrent d'une partie de l'oxygène de ce sel, d'où dégagement de vapeurs nitreuses.

Quatre personnes furent malades, deux succombèrent.

Chez les victimes, l'autopsie montra une désorganisation profonde de tous les éléments constitutifs des organes et du parenchyme.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Lecture des copies. — Séance du 8 mars : MM. Dupré et Lamy, 19; Deschamps, 18; Pignol, 17.

— Par décret, en date du 7 mars 1897, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Bienvenue et Grosse.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Lorin.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs de Bonnescuelles d'Orgères, Legrand, Bertrand, Blondeau, Hugues, Sérullaz, Souillart, Grandou, Jeannin, Bree, Davin, Pannier, Galibert, Dufilh, Laisney, Pillon, Fragnand, Boel, Caillaud, Mahé, Bodin (E.-M.), Bodin (L.-G.), Touillon, Bourdier, Houssay, Fieux, Fossati, Sassier, Houdinet, Tahier, Champenois, Chassy, Félix, Cogrel, Lecœuvre, Roche, Castets, Blazy, Cahuzac, Guilpin, Bourg, Latour, Hardouin, Faney, Virely, Combret, Flammarion, Helle, Defaux, Castaing, Bertrand, Allard, Gauchet, Darteyre, Herlemont, Guichard, Jacquemet, Malzac, Barreyre, Granboulan, Seeligmann, Clavaud-Ribourgeon, Bernard, Sterne, Lecomte, Nevejan, Lefebvre, Gamblin et Hanus.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Ladroitte, Villard, Gourrier, Schwartz, Tousten, Cossin, Paillotte, Mugniery, Chobaut, Dufournier, Barre, Bitot, Thibaud, Manificat, Delavalle, Boix, Claverie, Damaye, Rochon-Duvigneaud, Gazel, Madon et Lebon.

— Par décret, en date du 9 mars 1897, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Comme, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — M. Labadens, médecin de première classe de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er mars 1897, M. le docteur P. Potier (de Paris) a été nommé officier de l'Instruction publique.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



N° 30. — SAMEDI 13 MARS 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 13 MARS 1897. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les méningites cérébrales hémorragiques.

Par le docteur F. DE GRANDMAISON.

Le 3 août 1896 au soir, on amenait à l'hôpital Broussais un homme de soixante ans, recueilli sur la voie publique et plongé dans un coma complet, qui persistait encore le lendemain, au moment où je pus l'examiner. Le malade avait alors tous les signes extérieurs d'une hémorragie cérébrale très étendue dont le siège pouvait être localisé à l'hémisphère droit. La face était paralysée à droite; à chaque mouvement expiratoire, la respiration bruyante et stertoreuse soulevait la commissure labiale paralysée; les yeux, déviés du côté paralysé, semblaient, suivant l'expression consacrée, regarder la lésion cérébrale; les membres droits résistaient encore, mais les gauches étaient complètement privés de mouvement et, quand on les soulevait, retombaient inertes sur le lit; il y avait enfin de l'incontinence des urines et des matières fécales. Le jour même, le malade succombait sans avoir recouvré connaissance.

L'autopsie promettait d'être banale; je pensais, m'en rapportant aux syndromes cliniques, qu'on constaterait les lésions d'une hémorragie cérébrale vulgaire, compliquée peut-être d'inondation ventriculaire. Grande fut ma surprise en constatant que les vaisseaux de l'encéphale n'étaient rompus en aucune façon et que l'hémorragie siégeait exclusivement dans l'épaisseur des méninges, limitée d'une part par la dure-mère et de l'autre par l'arachnoïde, se séparant sans difficulté de la pie-mère. Celle-ci, demeurée normale, pouvait être suivie, s'enfonçant dans les sillons et recouvrant les circonvolutions cérébrales.

Cette trouvaille d'autopsie m'engagea à revoir ce qui avait été écrit sur les hémorragies méningées et à colliger quelques faits analogues à celui que j'avais sous les yeux; alors j'ai cru faire œuvre utile en réunissant ces documents pour en faire le sujet d'une Revue générale sur les méningites hémorragiques. Bien que de telles observations ne soient pas monnaie courante, il me paraît utile cependant de chercher à établir leurs caractères; aujourd'hui surtout où la chirurgie cérébrale est autorisée à des interventions souvent suivies de résultats merveilleux, quand la craniotomie est pratiquée à temps et s'inspire des indications précises, que lui fournit la connaissance actuellement presque complète des localisations cérébrales.

I

D'une manière générale, les méningites n'ont pas de symptômes propres; elles les empruntent aux relations qu'ont les méninges avec les centres nerveux; le fait est si vrai qu'il est classique de distinguer les méningites de la base et celles de la convexité, précisément parce que dans ces inflammations les centres encéphaliques sont diversement atteints dans leurs fonctions ou leur conductibilité. Les méningites hémorragiques ne sauraient faire exception à cette loi générale; bien que sous ce nom on désigne surtout les altérations de la dure-mère, plus communément appelées *pachyméningites*, l'arachnoïde et surtout la pie-mère peuvent être le siège d'un processus anatomique aboutissant à l'effusion sanguine. Il est donc indispensable, au début de cette étude, de demander à l'anatomie descriptive un enseignement qui nous permettra d'établir les notions générales destinées à diriger nos recherches.

L'encéphale est entouré par trois enveloppes membraneuses, les *méninges*, qui sont, en allant de dehors en dedans: la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère; chacune d'elles joue un rôle différent.

La *dure-mère* est l'enveloppe protectrice; sa texture est fibreuse; par sa face externe, elle adhère aux os du crâne dont elle constitue le périoste; sa face interne est lisse, brillante, humide, on considère qu'elle représente le feuillet pariétal de la séreuse arachnoïdienne. Nous ne suivrons pas cette méninge dans son trajet entre les hémisphères, sur la protubérance et le cervelet, en un mot, entre les différents segments de la masse encéphalique : nous ferons seulement remarquer qu'elle sert de support à de nombreux vaisseaux : les sinus veineux, véritables canaux charriant du sang noir, et les artères méningées, qui dessinent à sa surface externe d'élégantes arborisations. Les sinus ne jouent qu'un rôle effacé dans la production des méningites hémorragiques, nous n'y insisterons pas; mais les artères méningées, qui arrosent par leurs ramifications des territoires très déterminés, doivent être bien connues dans leur distribution, quand il s'agit de localiser le siège d'un foyer hémorragique et de décider s'il y a lieu d'intervenir chirur-

gicalement. Elles sont au nombre de trois : 1° l'artère méningée *antérieure*, petite branche des ethmoïdales, qui arrose la région orbitaire de l'encéphale; 2° l'artère méningée *moyenne*, la plus importante, branche de la maxillaire interne, elle se distribue à la convexité des hémisphères et donne naissance à trois branches allant la première à la région frontale, la deuxième à la région rolandique, la troisième à la partie postérieure de la face externe des hémisphères; 3° l'artère méningée *postérieure*, branche de la vertébrale, qui se distribue à la tente et à la dure-mère cérébelleuses. De ces trois vaisseaux, c'est l'artère méningée moyenne qui joue le rôle le plus important dans les hémorragies méningées; suivant que l'un ou l'autre de ses territoires sera le siège de l'hémorragie, l'indication opératoire variera, comme l'a fort bien indiqué M. Krœnlein [de Zurich (1)]. La dure-mère cranienne est constituée par deux feuillets : l'un, externe, fibreux, jouant vis-à-vis des os du crâne le rôle de périoste, contient de gros vaisseaux; l'autre, interne, également lamellaire, très peu vasculaire, est recouvert à sa partie profonde par le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Depuis Bichat, on admet que l'*arachnoïde* possède deux feuillets : un feuillet pariétal, qui recouvre exactement la face interne de la dure-mère; et un feuillet viscéral, attenant à la pie-mère, sans la suivre cependant dans ses divisions et ses prolongements à travers les aspérités et les dépressions cérébrales : M. Charpy (2) fait remarquer que Magendie l'a bien décrit en disant qu'il s'adapte exactement aux formes de la dure-mère et non à celles des organes nerveux. Anatomiquement donc, ce feuillet viscéral existe seul, puisque le feuillet pariétal n'est représenté que par la couche endothéliale, qui recouvre la face profonde de la dure-mère; il est formé d'un tissu conjonctif excessivement lâche et absolument dépourvu de vaisseaux. C'est pourquoi l'arachnoïde puise directement les principes de sa nutrition dans le liquide céphalo-rachidien, qu'elle a pour destination de répartir et de maintenir à la surface des masses nerveuses du crâne.

La *pie-mère* est la méninge vasculaire par excellence, elle soutient les vaisseaux encéphaliques, se prolongeant jusqu'à l'intérieur des ventricules pour y conduire des anses vasculaires. Par sa face externe, elle est lisse et répond au feuillet viscéral de l'arachnoïde auquel la rattachent quelques prolongements fibrillaires excessivement délicats; par sa face profonde elle se met en contact direct avec les centres nerveux, aussi est-elle très irrégulière et hérissée de prolongements plus ou moins fins, formant gaine aux ramifications artérielles qui pénètrent dans le cerveau.

Quelque fastidieuse qu'ait pu paraître cette digression anatomique, elle était indispensable pour permettre l'étude des méningites hémorragiques; nous pouvons en déduire dès maintenant un certain nombre de notions qui trouveront ultérieurement leur utilité.

Un premier fait s'en dégage, c'est que, malgré leur apparente intimité, les trois méninges forment physiologiquement des organes bien distincts. Comme les anatomistes, nous ne retiendrons de l'arachnoïde qu'un seul point, à savoir que son feuillet viscéral sépare très nettement la dure-mère de la pie-mère, limitant d'un côté l'*espace sous-dure-mérien* ou *sus-arachnoïdien*, et de l'autre, l'*espace sus-pie-mérien* ou *sous-arachnoïdien*. Cette division est d'ailleurs acceptée par les anatomo-pathologistes qui distinguent les hémorragies méningées en *sus-arachnoïdiennes* et *sous-arachnoïdiennes*.

De fait, une telle séparation est absolument logique; car la dure-mère et la pie-mère, toutes deux vasculaires, reçoivent leurs artères de deux sources bien indépendantes. Tandis que la dure-mère, arrosée par les artères méningées, se trouve rattachée à la circulation périphérique; la pie-mère emprunte sa vascularisation au cercle artériel de Willis, qui assure la circulation même de l'encéphale.

Cette dissociation, dans les origines vasculaires des deux méninges, nous permet de comprendre immédiatement pourquoi les hémorragies sus-arachnoïdiennes — *dure-mériennes* dirons-nous désormais, pour ne pas prêter à confusion — ne s'accompagnent pas habituellement d'altérations cérébrales, tandis que les hémorragies sous-arachnoïdiennes — ou plutôt *pie-mériennes* — s'associent presque toujours à des lésions des centres corticaux.

La structure différente des deux membranes nous explique encore pourquoi dans la dure-mère, membrane très riche en tissu conjonctif, l'inflammation est surtout caractérisée par des phénomènes de néo-vascularisation, tandis que la pie-mère, de texture extrêmement délicate, réagit bien plus par des phénomènes de dégénérescence, comme on peut l'observer dans la méningo-encéphalite diffuse, la méningite tuberculeuse, etc., que par la formation de foyers hémorragiques.

De cette même structure découle encore l'origine pathogénique différente des foyers hémorragiques dure-mériens et pie-mériens. Dans le premier cas, il s'agit d'une prolifération vasculaire aboutissant à la formation de foyers sanguins plus ou moins serrés entre les néo-lamelles de la méninge fibreuse; dans les seconds, l'hémorragie a le plus souvent pour origine la rupture d'anévrysmes miliaires qui, comme on le sait, se développent si facilement sur les artérioles cérébrales.

Nous basant donc sur l'anatomie normale et son enseignement, nous étudierons, avec les auteurs classiques, deux variétés de méningites hémorragiques :

1° *Les méningites hémorragiques dure-mériennes ou sus-arachnoïdiennes;*

2° *Les méningites hémorragiques pie-mériennes ou sous-arachnoïdiennes.*

Au cours de cette Revue, nous emploierons indifféremment le terme de méningites hémorragiques ou celui d'hémorragies méningées pour désigner le processus, que caractérise l'inflammation des méninges avec production de foyers sanguins.

II

Historique. — L'histoire des hémorragies méningées a été tracée de main de maître par M. Lancereaux dans son savant mémoire, publié en 1862 par les *Archvies générales de médecine* (3). Aujourd'hui, c'est encore cet article qui sert de fil conducteur dans l'étude des hémorragies méningées; nous lui emprunterons d'ailleurs les documents les plus intéressants de la question. Le premier, en effet, M. Lancereaux, par ses observations personnelles et grâce aux faits qui lui ont été fournis par son maître Guéneau de Mussy, met bien en évidence le rôle des néo-membranes méningées dans la production des hémorragies : c'était de sa part une tentative audacieuse, à une époque où l'on vivait sur les

idées de Baillarger, acceptées d'ailleurs par des médecins très autorisés, au nombre desquels il faut placer Baudet, Parchappe, Aubanel, Legendre, Rilliet et Barthez, Grisolle, pour ne citer que les plus illustres et les plus connus.

Baillarger (4), donc, avait soutenu que le sang épanché dans les méninges sort par exhalation de celles-ci, puis s'entoure d'une fausse membrane formée par l'organisation des parties périphériques du caillot sanguin. Suivant cette théorie, on admettait donc que le tissu entourant le coagulum n'était que le résultat de l'organisation de la fibrine contenue dans le plasma sanguin; une telle explication paraissait d'autant plus logique qu'elle était basée sur la connaissance même des phénomènes physiologiques qui président à la coagulation du sang à l'air libre.

Hardy et Béhier (5) furent les premiers à réagir contre les idées reçues, mais leur réaction fut incomplète; admettant, comme Baillarger, que l'épanchement sanguin était un produit d'exhalation, ils se séparaient de lui en disant que l'enkystement du coagulum était le résultat d'une exsudation plasmatique produite aux dépens du feuillet pariétal de de l'arachnoïde.

Calmeil (6), puis Cruveilhier (7), allant contre toutes les idées reçues, s'efforcent de prouver que la fausse membrane préexiste à l'hémorragie méningée et en est la cause productrice essentielle. Quoique nouvelle, cette manière de voir réunit vite les suffrages de quelques anatomistes et de médecins distingués comme Heschl (8), Virchow (9), qui crée l'expression de *pachyméningite*, Brunet (10), qui affirme avec insistance que les hémorragies méningées ont leur source dans des membranes de nouvelle formation. Charcot et Vulpian (11), avec leur haute autorité scientifique, fixent définitivement la théorie de la préexistence de la néomembrane à l'hémorragie et, grâce au mémoire de M. Lancereaux, cette doctrine devient classique.

Depuis, les recherches personnelles ont été restreintes; toutefois, la question a été complétée par des études anatomo-pathologiques, au nombre desquelles il faut surtout citer celles de MM. Cornil et Ranvier (12), ou reprise dans des travaux d'ensemble dont les principaux auteurs sont : MM. Jaccoud et Labadie-Lagrave (13), Archambault (14), Grasset (15), Luzet (16), Georges Guinon (17), etc.

III

Anatomie pathologique. — 1. *Étude macroscopique*. — L'anatomie normale nous a déjà permis de distinguer les méningites hémorragiques en *dure-mériennes* et *pie-mériennes*; l'anatomie pathologique nous autorise pleinement à conserver cette distinction. Nous allons voir que chacune de ces variétés a des caractères anatomiques tout à fait tranchés; aussi, prenant le fait pour acquis, nous les décrirons successivement.

A. *Méningites hémorragiques dure-mériennes*. — Suivant que le travail inflammatoire envahit la dure-mère par sa face cranienne ou arachnoïdienne, on dit avec Virchow qu'il y a *pachyméningite externe* ou *pachyméningite interne*. Dans les deux cas, la lésion méningée est essentiellement caractérisée par l'épaississement du tissu fibreux fondamental et par la production des hémorragies.

La *pachyméningite externe* est plutôt d'ordre chirurgical. Son origine se trouve bien plus dans des altérations diverses de la boîte cranienne ou des vaisseaux du diploé que dans la méninge elle-même; mais comme elle peut cliniquement revêtir les caractères de la pachyméningite interne, et comme elle est souvent justiciable des mêmes interventions opératoires, nous ne pouvons pas la rejeter de parti pris. La dure-mère est alors surtout épaissie dans sa portion périostique, qui adhère intimement aux os du crâne, dont elle peut être séparée par des foyers sanguins plus ou moins étendus. Ces adhérences expliquent les difficultés que souvent on éprouve à détacher la calotte osseuse au moment de l'autopsie.

Les mêmes difficultés ne se rencontrent pas dans la pachyméningite interne, qui représente le type le plus parfait de la méningite hémorragique. Dans ces conditions, avant que les enveloppes membraneuses ne soient séparées de l'encéphale, la dure-mère présente déjà des altérations de sa face externe. Par son aspect et sa consistance, elle rappelle les tissus fibreux les plus développés; le sinus longitudinal supérieur ne fait plus une saillie aussi marquée et les corpuscules de Pacchioni, beaucoup plus apparents, sont souvent hypertrophiés. Quand la méninge enflammée recouvre un épanchement sanguin assez volumineux, son tissu prend souvent un reflet bleuâtre et, dans quelques cas, apparaît comme parsemé de points hémorragiques : si alors l'hémorragie méningée est considérable et n'a envahi qu'un seul hémisphère, la partie de la dure-mère, qui recouvre le foyer sanguin, est refoulée, comme tendue, et présente un contraste frappant avec l'aspect du côté opposé.

Si nous décrivons avec tant d'insistance l'aspect des méninges au niveau de la convexité du cerveau, c'est que — comme l'a bien montré M. Lancereaux et comme nous l'avons observé dans le cas relaté au début de cette Revue — la pachyméningite hémorragique occupe surtout la face convexe des hémisphères. Elle est, au contraire, exceptionnelle à la base du cerveau; c'est là un point important à mettre en saillie, parce qu'il nous guidera plus tard dans l'étude symptomatique que nous ferons des hémorragies méningées.

Sectionnons maintenant la dure-mère; elle résiste au couteau et nous offre, à première vue, des modifications profondes dans sa texture. Son épaississement peut atteindre jusqu'à 2, 3 centimètres et plus; elle apparaît constituée par une série de feuillets fibreux adossés les uns aux autres, lamelliformes et se séparant assez facilement. C'est au sein de ces lames fibreuses qu'on trouve les épanchements sanguins, toujours enkystés et pouvant revêtir trois aspects différents suivant qu'on rencontre : des ecchymoses; un kyste sanguin, l'hématome de la dure-mère; ou enfin un vaste foyer hémorragique.

Nous allons étudier ces trois formes de l'hémorragie dure-mérienne, d'autant plus qu'elles représentent comme les trois étapes d'un même processus. Quelle que soit la forme de l'épanchement sanguin, il est à remarquer que son siège occupe le plus ordinairement les parties de la méninge qui recouvrent les régions psychomotrices, et plus spécialement la région rolandique, c'est-à-dire, comme le fait remarquer M. Krœnlein, le territoire de la méningée moyenne, la plus importante des artères méningées.

a. *Ecchymoses dure-mériennes*. — Le sang n'est pas collecté, mais quand on sépare les feuillets lamelliformes, qui, par leur présence, caractérisent la pachyméningite dure-mérienne, ceux-ci sont légèrement poisseux et présentent à l'œil nu l'aspect d'une membrane sur laquelle on aurait passé un

pinceau chargé de laque carminée, irrégulièrement étendue. On a sous le regard une véritable ecchymose d'épaisseur assez inégale. De telles ecchymoses sont, suivant les cas, plus ou moins larges, plus ou moins nombreuses, souvent superposées entre les néomembranes disposées sur plusieurs couches, qu'on retrouve d'ailleurs également autour des plaques sanguines.

b. *Hématome de la dure-mère.* — Ici, le sang est collecté; il forme un foyer dont les dimensions varient habituellement entre celles d'un pois et d'une amande; le sang est véritablement enkysté dans une capsule formée par les fausses membranes dure-mériennes. De tels kystes sanguins peuvent avoir une origine très ancienne; il n'est pas rare alors de trouver, à l'intérieur de la cavité kystique, un foyer sanguin en régression rappelant l'évolution des foyers de ramollissement cérébral. Son contenu alors est jaunâtre; à la périphérie, on constate des strates de fibrine, tandis que la partie centrale est à l'état de détritus rougeâtre et ramolli; l'hématosine s'est souvent diffusée à travers les fausses membranes, qui prennent alors une teinte brunâtre. De telles collections sanguines ont pu subir l'évolution fibreuse et ne sont souvent plus représentées que par un épaississement plus accentué au milieu du tissu fibreux, reste de la pachyméningite : la pigmentation des néo-membranes est souvent alors le seul vestige de l'épaississement résorbé.

c. *Vastes foyers hémorragiques.* — Dans ces cas, le sang est encore enkysté, mais le foyer hémorragique peut atteindre le volume du poing. On trouve alors, au niveau de la convexité des hémisphères, une large cavité ellipsoïdale, allongée dans le sens antéro-postérieur, entourée de toutes parts par des fausses membranes, reliées souvent entre elles, d'une paroi du kyste à l'autre, par des tractus fibreux plus ou moins épais. Au centre de cette cavité, le sang est épanché sous la forme d'un volumineux caillot rougeâtre, rappelant absolument les épanchements de l'hémorragie cérébrale.

Quelle que soit la forme revêtue par l'hémorragie dure-mérienne, la pie-mère est toujours intacte; elle n'a contracté aucune adhérence avec les fausses membranes, elle se détache sans la moindre difficulté des circonvolutions cérébrales et des scissures qui les séparent. En raison de l'intégrité de la membrane vasculaire, la substance cérébrale ne présente pas d'altérations proprement dites; mais sous l'influence des compressions qu'elle peut subir du fait des épanchements sanguins, elle est susceptible de se modifier dans sa conformation extérieure. Quand il n'existe que de simples ecchymoses, les déformations cérébrales sont à peine appréciables; dans les cas d'hématome de la dure-mère, elles sont déjà plus accentuées, les circonvolutions déprimées par le kyste sanguin paraissent atrophiées et refoulées en dedans. S'est-il enfin produit un épanchement considérable? La substance cérébrale paraît comme atrophiée, les circonvolutions sont refoulées et, même quand les méninges ont été détachées, la convexité encéphalique normale est représentée par une dépression cupuliforme plus ou moins profonde et plus ou moins large. Bien qu'habituellement la substance nerveuse conserve son intégrité, elle peut, dans certains cas, être plus ou moins envahie par la sclérose, d'après M. Lancereaux.

B. *Méningites hémorragiques pie-mériennes.* — Celles-ci, comme l'a bien indiqué Prus (18), siègent entre la pie-mère décollée et l'écorce cérébrale, souvent dans l'épaisseur même de la méninge. Leur origine est absolument différente de celle des hémorragies dure-mériennes : ici, le sang est enkysté dans des fausses membranes; là, le foyer sanguin ou les ecchymoses sont distribués sans limite précise et il n'est pas rare de voir le sang fuser dans les ventricules, grâce à la toile et aux plexus choroïdiens. Ces hémorragies se localisent de préférence à la base du cerveau. Elles entraînent toujours des altérations cérébrales plus ou moins étendues, soit qu'elles aient pour origine la rupture d'un anévrysme miliaire, soient qu'elles aient évolué en même temps qu'une lésion cérébrale, c'est ce qu'on peut observer dans la méningo-encéphalite diffuse, qui anatomiquement caractérise la paralysie générale.

2. *Étude histologique.* — A. *Altérations de la dure-mère.* — Le microscope permet d'étudier, et les fausses membranes, et les néo-vaisseaux qu'elles contiennent.

Les fausses membranes se produisent aux dépens du tissu conjonctif préexistant de la dure-mère; elles sont formées de tissu embryonnaire d'autant plus riche en cellules que les lésions inflammatoires sont plus récentes; épaisses et assez résistantes dans les méningites anciennes, les néomembranes sont friables et très fragiles dans les méningites récentes.

Les néo-vaisseaux, comme l'enseignent MM. Cornil et Ranvier, se développent sous la forme d'anses vasculaires, qui naissent des vaisseaux préexistants et s'entourent d'une enveloppe conjonctive. Dans les formations récentes, les néo-membranes affectent souvent l'aspect d'un tissu lacunaire, dans lequel les globules sanguins sont accumulés sous la forme de petits foyers limités par des aréoles conjonctives; tel était du moins l'aspect de la lésion dans le cas que nous avons pu étudier. Il est vraisemblable que la formation des anses vasculaires est précédée par l'apparition des cellules vaso-formatives, qui représentent alors le premier degré de la vascularisation nouvelle. Dans les cas où les altérations méningées sont déjà anciennes, les vaisseaux ont pu acquérir un certain volume; mais alors même ils sont très fragiles, réduits à deux tuniques, l'une externe conjonctive, l'autre endothéliale. Quand l'hématome est ancien, les foyers peuvent contenir des granulations graisseuses, de la cholestérine, des grains d'hématoïdine, des pigments sanguins, tous résidus du travail de régression subi par le foyer hémorragique.

B. *Altérations de la pie-mère.* — Celles-ci sont beaucoup plus rarement observées à l'état pur, parce qu'elles accompagnent habituellement des altérations cérébrales. D'une manière générale, son tissu fibrillaire, si fin et si délicat, est intensivement congestionné et plus ou moins épaissi; ses vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang et présentent souvent des lésions de dégénérescence, aboutissant quelquefois à la formation de petits anévrysmes miliaires.

IV

Symptomatologie. — A. *Hémorragies dure-mériennes.* — D'après ce que nous venons de dire, on comprendra facilement que les hémorragies méningées n'aient pas de symptômes propres. Elles se traduisent presque uniquement par les réactions de la substance cérébrale, sous l'influence de la compression méningée; les symptômes cliniques varient donc selon que la lésion est constituée par des ecchymoses, un hématome ou un foyer hémorragique étendu. Néan-

moins, comme ces trois degrés de l'altération méningée représentent trois étapes d'un même processus anatomique, nous pouvons conserver la division classique en trois périodes; chacune d'entre elles représentant un accroissement et une étendue de plus en plus accusés des phénomènes de compression. Les variétés du processus, M. Lancereaux les indique en disant que les symptômes varient suivant que :

1° Il existe des néo membranes récentes ou anciennes sans épanchement séreux ou sanguin;

2° Les néo-membranes renferment des épanchements plus ou moins abondants, mais produites peu à peu et comme graduellement;

3° Les néo-membranes sont le siège d'épanchements subits et abondants.

Première période (*développement des fausses membranes*). — La lésion peut demeurer *latente*, surtout si les néo-membranes se développent au voisinage d'une région cérébrale indifférente. Dans tous les cas, on ne rencontre, même quand les régions psychomotrices sont comprimées, que des symptômes excessivement vagues.

Parmi ceux-ci, le plus important, souvent le seul, est certainement la *céphalalgie*, dont Gendrin (19) a depuis longtemps donné les caractères : « Cette céphalalgie, qui correspond au siège de la lésion, ne s'accompagne d'aucun mouvement fébrile soutenu, elle ne coexiste ni avec le délire, ni avec des mouvements spasmodiques ou convulsifs, elle reste fixe et circonscrite dans une partie limitée du crâne. » Ajoutons que cette douleur est constante, peut être bilatérale et, si la lésion méningée rétrocède, est susceptible de disparaître ou du moins de devenir rémittente.

La céphalalgie s'accompagne quelquefois de vomissements, vertiges, insomnies, faiblesse musculaire, troubles de la parole, tout autant de signes trop inconstants et trop éphémères, pour qu'ils puissent autoriser un diagnostic sérieux, et surtout solide. L'apparition plus ou moins brusque d'attaques épileptiformes ou apoplectiformes, sur lesquelles ont tout particulièrement insisté MM. Jaccoud et Labadie-Lagrave, a une importance diagnostique beaucoup plus considérable.

Deuxième période (*hématome de la dure-mère*). — Dans une première phase, les malades ont plutôt de l'excitation cérébrale; ils sont bruyants, loquaces, atteints d'une activité exagérée, puis ces symptômes d'excitation se calment peu à peu et sont remplacés par des phénomènes de dépression.

Ils ont une tendance invincible au sommeil, puis progressivement, quelquefois à la suite d'attaques apoplectiformes incomplètes, s'installent du coma, de l'aphasie, des paralysies et des contractures, tantôt généralisées, tantôt, au contraire, limitées à un seul côté. Ces symptômes varient suivant que les fausses membranes sont unilatérales ou bilatérales, et suivant qu'elles compriment tel ou tel centre cortical.

Troisième période (*épanchement subit et abondant*). — Quand se produisent brusquement de vastes foyers hémorragiques, on a le tableau clinique de l'apoplexie cérébrale, ainsi que nous l'avons pu constater nous-même. Mais dans l'ictus apoplectique de l'hémorragie méningée, il y aurait toujours, d'après M. Jacobson, un intervalle de lucidité plus ou moins complète, souvent très court, avant l'établissement du coma; même alors les phénomènes de compression peuvent être assez étendus et assez rapides pour entraîner des accidents mortels presque immédiats.

L'hémorragie méningée est-elle considérable et comprime-t-elle une large surface de l'écorce cérébrale, plus spécialement la région rolandique? Le malade ne se réveille pas de son ictus apoplectique; il a de l'hémiplégie croisée, de la déviation conjuguée de la face et des yeux, il regarde sa lésion; sa bouche, animée de mouvements passifs à chaque effort respiratoire, lui donne l'aspect du fumeur de pipe; ses membres soulevés retombent inertes sur le lit, incapables de produire le moindre mouvement; ses réservoirs sont paralysés, il perd ses urines et ses fèces. La mort le saisit généralement dans le coma final sans qu'il ait recouvré la parole et le mouvement. Ce tableau clinique rappelle, presque trait pour trait, celui de l'hémorragie cérébrale à grand fracas; c'est lui que nous avons vu se dérouler chez le malade de l'hôpital Broussais.

L'hémorragie méningée est-elle moins copieuse? On a plutôt le syndrome du ramollissement cérébral procédant par petits foyers. L'ictus apoplectique est imparfait; la période de lucidité est plus longue; les paralysies sont plus limitées et moins complètes; les contractures sont souvent précoces. Dans ces cas, si le foyer hémorragique s'accroît par l'épanchement d'une nouvelle quantité de sang, chaque fluxion sanguine qui se reproduit est accompagnée d'une série d'attaques apoplectiformes.

Marche, *durée*, *terminaison*, *pronostic des hémorragies dure-mériennes.* — Rien n'est plus irrégulier que la marche des méningites hémorragiques dure-mériennes; elles peuvent persister des mois, des années, à la période de fausses membranes ou d'hématome. Suivant qu'une rétrocession se produit dans le processus phlegmasique ou qu'une nouvelle poussée inflammatoire vient accroître la lésion existante, les symptômes peuvent momentanément s'amender ou s'aggraver; dans ce dernier cas, l'aggravation, subite et rapide, peut entraîner la mort en quelques heures. Il n'est donc pas possible, avec de telles données, d'apprécier approximativement quelle peut être la durée de la pachyméningite hémorragique.

La guérison est-elle possible? Cliniquement, oui peut-être, si on en croit quelques faits rapportés par Fuchs et Testor, Bamberger, Bouillon-Lagrange : mais M. Lancereaux, discutant avec soin ces observations, fait remarquer qu'il n'y a pas guérison au sens absolu du mot. Les altérations méningées ne disparaissent pas; seulement, le tissu conjonctif qui les constitue, en passant à l'état adulte, revient sur lui-même, se resserre et diminue d'autant les phénomènes de compression cérébrale; il y a donc atténuation des symptômes, mais pas guérison, parce que la lésion anatomique persiste.

La mort est donc la terminaison la plus commune de l'hémorragie méningée dure-mérienne. Il est bien certain qu'une maladie infectieuse intercurrente peut hâter l'issue funeste; mais quand se produit une de ces hémorragies qui donnent lieu au tableau clinique de l'hémorragie cérébrale, la terminaison fatale est bien le fait de la lésion méningée.

B. *Hémorragies pie-mériennes.* — Nous serons brefs sur la symptomatologie de cette variété des méningites hémorragiques, parce qu'elles n'ont rien de caractéristique, rien de personnel, et qu'elles accompagnent presque toujours des altérations cérébrales plus ou moins profondes.

Suivant les cas, les hémorragies pie-mériennes, ou bien ne sont qu'un épisode de la méningo-encéphalite diffuse; leurs manifestations cliniques passent alors inaperçues au milieu des autres symptômes de la paralysie générale; ou

bien elles s'accompagnent des symptômes de l'hémorragie cérébrale, souvent de l'inondation ventriculaire, quand la méningorragie s'accomplit dans les parties ventriculaires de la méninge. Dans quelques faits exceptionnels, la lésion se localise exclusivement à la base du cerveau, on a alors les symptômes d'une méningite tuberculeuse et, plus spécialement, des paralysies oculaires.

V

Diagnostic. — Après tout ce que nous venons de dire sur l'obscurité des symptômes qui décèlent les méningites hémorragiques, on comprend facilement de quelles difficultés est entouré leur diagnostic. Nous n'essaierons pas de distinguer les signes fournis par les vastes hémorragies méningées de ceux de l'hémorragie cérébrale et du ramollissement; ce serait tenter un effort infructueux et du reste inutile. Mais nous nous permettrons d'insister sur les cas où la clinique traduit l'existence d'une ecchymose méningée ou d'un hématome.

Dans ces cas, le symptôme le plus important est certainement la *céphalalgie*, dont il faudra bien se rappeler les caractères, tels que les a donnés Gendrin; il faudra tenir grand compte des antécédents *alcooliques* du malade, nous verrons bientôt que M. Lancereaux leur attribue un rôle considérable; on devra chercher à savoir si se sont produits des *accès apoplectiformes ou convulsifs* intercurrents, qui sont pour MM. Jaccoud et Labadie-Lagrave de la plus haute importance.

Chez l'enfant cachectique, atteint de méningite hémorragique, le diagnostic est impossible avec la méningite tuberculeuse; d'autant plus que l'extrême fréquence de la tuberculose méningée, mise en regard de la rareté de la pachyméningite hémorragique, autorise une erreur dont les conséquences n'ont aucune gravité, puisque, dans les deux cas, le pronostic est presque fatal.

Chez l'adulte, la céphalalgie de la méningite hémorragique ne sera pas confondue avec la *céphalée des syphilitiques*, dont les accès sont surtout nocturnes, qui d'habitude se généralise à tout le crâne et s'accompagne enfin d'autres manifestations spécifiques.

Les troubles intellectuels, la tendance au sommeil pourraient faire penser à l'athérome cérébral, dont il faudra alors rechercher les autres signes et plus spécialement les altérations vasculaires superficielles.

Il faudra éliminer les différents *comas*, diabétique, albuminurique, urémique, par la recherche de la glycose, de l'albumine et l'examen approfondi des fonctions urinaires.

Dans l'anémie, la chlorose, l'hystérie, au cours de certaines affections chroniques des organes digestifs, on peut observer des *céphalalgies* dues à l'insuffisance globulaire du sang ou à différentes causes; il faudra ne pas les confondre avec la céphalalgie de la période initiale des méningites hémorragiques.

Les troubles intellectuels et nerveux, qui se produisent au début de l'aliénation mentale et à la période prodromique de la paralysie générale, peuvent être dus à des altérations méningées; c'est un fait qu'il faudra retenir, surtout si ultérieurement il survient dans les symptômes un amendement, qu'on pourra attribuer à la rétrocession des lésions méningées.

Il faudra enfin rechercher avec soin quels sont les membres atteints par la paralysie ou la contracture; il faudra analyser les symptômes observés au cours de certains états apoplectiques; ces réserves permettront souvent de diriger l'intervention chirurgicale et de procurer, momentanément du moins, un soulagement au malade. Dans cette circonstance même, il faudra n'agir qu'avec la plus grande prudence, car l'épilepsie traumatique ou syphilitique, les diverses tumeurs cérébrales, les gommes méningées peuvent être la source de nombreuses erreurs.

VI

Étiologie. — Les hémorragies méningées ne sont pas d'observation courante; de là vient l'insuffisance des documents recueillis sur leur étiologie.

Les auteurs s'accordent à reconnaître cependant qu'elles s'observent surtout aux deux âges extrêmes de la vie, chez l'enfant, avant quatre ans, et chez le vieillard, après soixante ans. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes.

Chez l'enfant nouveau-né, les manœuvres obstétricales, pratiquées sur la tête du fœtus pendant le travail; en faisant chevaucher les pariétaux et en les déplaçant plus ou moins brusquement, peuvent, d'après M. Kundrat (20), donner lieu à des hémorragies dure-mériennes. Elles siègent toujours à la convexité des hémisphères, sur les veines tributaires du sinus longitudinal supérieur, dans le voisinage des pariétaux déplacés.

L'alcoolisme jouerait, d'après M. Lancereaux, un rôle capital dans la genèse des méningites hémorragiques, ainsi que paraissent le prouver les expériences faites sur des chiens par Kiemansky et Heumann. L'alcool agirait alors comme dans la péritonite chronique : 1° par sa propriété sclérosante; 2° par les poussées congestives qu'il détermine. La coïncidence chez le même individu d'altérations cirrhotiques du foie et de lésions méningées hémorragiques viendrait à l'appui de cette manière de voir. M. Lépine (21) a rapporté l'intéressante observation d'un homme de vingt-neuf ans, alcoolique avéré, sujet à avoir des crises épileptiformes. Il fit une chute, à la suite de laquelle se développa une hémiplégie droite, accompagnée d'épilepsie jacksonnienne. Les symptômes guérirent après une trépanation faite dans la région rolandique, et suivie de l'évacuation d'une certaine quantité de sang.

Les traumatismes craniens, qui jouent un rôle capital dans la production des pachyméningites externes, paraissent hâter la formation des hémorragies, quand la pachyméningite interne a déjà acquis un certain développement.

Le rhumatisme, surtout dans sa localisation cérébrale, pourrait déterminer des altérations méningées, analogues aux altérations péricardiques, et susceptibles de se compliquer par des lésions hémorragipares. Dans le même sens pourraient agir le mal de Bright, la tuberculose chronique, etc.

Certaines maladies infectieuses aiguës, comme le charbon, l'érysipèle, peuvent causer des méningorragies; dans le travail de M. Lancereaux, le rôle étiologique de l'érysipèle est nettement signalé et, d'un autre côté, MM. Roger et Crochet (22) ont relaté un cas d'hémorragie méningée, d'origine charbonneuse.

Citons enfin l'aliénation mentale, la démence, la paralysie générale parmi les causes les plus fréquentes des hémorragies pie-mériennes.

VII

Traitement. — Il n'est pas dans la puissance d'une thérapeutique exclusivement médicale de pouvoir hâter la résorption des néo-membranes méningées; les iodures et les bromures, qui seuls peuvent être prescrits, ont une action des plus incertaines.

Le traitement chirurgical, au contraire, est appelé à donner des résultats plus satisfaisants, dans les cas surtout où il peut être appliqué au moment opportun. Un certain nombre d'interventions ont été pratiquées avec plus ou moins de succès par MM. Sharkey (23), Jacobson (24), Edmund Owen (25), Michaux (26), Bland Sutton (27), Hulke (28). Il est à remarquer que, dans ces diverses interventions, le succès opératoire a été complet quand l'hémorragie avait pour origine l'artère méningée moyenne. Il n'appartient pas à un médecin de donner les règles de l'intervention opératoire; mais en terminant, nous citerons les conseils que donne à ce sujet M. Krœnlein.

Dans les cas douteux, cet auteur veut qu'on trépane sur le trajet de l'artère méningée moyenne : soit au niveau de sa branche antérieure, dans la région frontale; soit à sa branche moyenne, à la scissure de Sylvius; soit sur sa branche postérieure, dans la région rolandique. Il va même jusqu'à conseiller de trépaner du côté de l'hémiplégie, si la craniotomie du côté opposé n'a pas fourni de résultats satisfaisants. Sur quatre opérations pratiquées d'après ses principes, M. Krœnlein a obtenu deux succès; il y a certainement là de quoi légitimer l'intervention qu'il conseille.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Krœnlein (de Zurich). *Semaine méd.*, 1885, p. 331. — (2) Charpy. *Traité d'anatomie humaine*, publié sous la direction de P. Poirier. — (3) Lancereaux. *Arch. gén. de méd.*, 1862-1863. — (4) Baillarger. Thèse de Paris, 1836. — (5) Hardy et Béhier. *Pathologie interne*. — (6) Calmeil. Dictionnaire en 30 volumes. — (7) Cruveilhier. *Atlas et Traité d'anatomie pathologique*. — (8) Haschl. *Pathologie anatomique*, 1855. — (9) Virchow. *Verandlung der phys. med. Gesellsh.*, in Wursburg, 1856. — (10) Brunet. Thèse de Paris, 1859. — (11) Charcot et Vulpian. *Gaz. hebd.*, 1860. — (12) Cornil et Ranvier. *Histologie pathologique*. — (13) Jaccoud et Labadie-Lagrave. *Dictionnaire Jaccoud*. — (14) Archambault. *Dictionnaire Dechambre*. — (15) Grasset. *Maladies du système nerveux*. — (16) Luzet. *Manuel de médecine*. — (17) G. Guinon. *Traité de médecine*. — (18) Prus. *Bull. de l'Académie de méd. de Paris*, 1855. — (19) Gendrin. Trad. du *Traité des maladies de l'encéphale d'Abercrombie*. — (20) Kundrat. *Semaine méd.*, 1890. — (21) Lépine. Acad. de méd., 1889. — (22) Roger et Crochet. Soc. méd. des hôp., 2 mars 1894. — (23) Sharkey. *Semaine méd.*, 1886. — (24) Jacob. *Semaine méd.*, 1886. — (25) Edmund Owen. *Semaine méd.*, 1888. — (26) Michaux. Congr. de chir., 1891. — (27) Bland Sutton. *Semaine méd.*, 1892. — (28) Hulke. *Semaine méd.*, 1893.

THÉRAPEUTIQUE

Le menthol dans le mal de mer.

M. Blondel a fait connaître, au nom de M. Morel-Lavallée, une note sur l'emploi du menthol dans le mal de mer : l'auteur a constaté, à plusieurs reprises, qu'on peut, dans ces cas, arrêter les vomissements en donnant de demi-heure en demi-heure une cuillerée à café de la potion suivante :

Menthol	10 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne .	20 —
Alcool	60 grammes.
Sirop simple	30 —

(*Bull. méd. de Paris.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mars 1897. — Présidence de M. Delens.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

M. Ricard. M. Berger, dans sa communication, a bien voulu appeler l'attention de la Société sur le procédé que j'ai l'habitude d'employer pour la cure des fistules vésico-vaginales.

Je ne veux point reprendre ici la description détaillée de ce procédé, ni l'analyse des observations que j'ai fait connaître au dernier Congrès de chirurgie, je désire seulement revenir sur quelques points particuliers.

Avant de pratiquer l'avivement, je recommande d'abaisser la fistule autant qu'il sera possible, à l'aide de deux pinces à fixer, solidement amarrées sur les bords de l'orifice. Très souvent, même dans les cas où l'on n'aurait osé l'espérer, on voit cet abaissement se produire et la fistule devenir accessible. Pour ne pas contrarier cet abaissement, il est indiqué de n'utiliser que de courtes valves vaginales. Les valves longues et larges, en distendant la muqueuse vaginale, s'opposent à son abaissement.

Le deuxième temps spécial, sur lequel j'insiste, est l'avivement par dédoublement, bien supérieur à l'avivement classique en surface d'après la méthode américaine. Ce dédoublement crée deux lambeaux mobiles, faciles à affronter par leur surface cruentée. La paroi vésicale est ainsi libérée et rendue flottante. Sur l'orifice de cette paroi, je ne place aucun fil, laissant la cicatrisation se faire spontanément, sous la protection de la suture vaginale. On évite ainsi des formations calculeuses secondaires dans l'intérieur de la vessie.

Cet avivement, sous forme de lambeau, n'a pour but que de donner aux surfaces à suturer le maximum de mobilisation, d'éviter toute traction sur les fils; c'est-à-dire mettre la suture dans les meilleures conditions de réussite. Cette mobilisation est, en effet, la condition indispensable du succès. C'est pour l'obtenir que Jobert désinsérait le cul-de-sac du vagin et décollait l'utérus de la vessie, et que notre collègue Routier, dans l'un de ses cas, a été jusqu'à pratiquer l'hystérectomie.

Ce dédoublement de la paroi vésico-vaginale ne sera pas toujours possible dans les cas très complexes où le vagin est transformé en un tissu de cicatrice inextensible et cloisonné d'adhérences; dans ces cas, il faudra discuter s'il ne convient pas d'aborder la fistule par la corde vésicale elle-même, en ayant recours à la taille hypogastrique. J'aurai, d'ailleurs, l'occasion de revenir sur cette question au sujet d'une observation de notre confrère le docteur Latouche (d'Autun).

Le troisième temps consiste dans la suture, pour laquelle j'emploie, comme M. Berger, uniquement des fils d'argent, plutôt forts que faibles. Le catgut me paraît infidèle dans la durée de sa résorption. La soie est trop facile à infecter, grâce à la capillarité de son tissu, dans un vagin dont l'asepsie pré-opératoire ne peut pas toujours être absolue. Je recours toujours à la torsion pour arrêter les fils, tordant chaque chef, comme Ollier, d'un nombre connu de tours, ce qui permet la détorsion facile lorsqu'il convient d'enlever les fils, vers le huitième ou le dixième jour.

Ce procédé opératoire n'est certainement pas applicable à toutes les fistules vésico-vaginales, mais il m'a paru l'être à la grande majorité d'entre elles. Les succès qu'il m'a donnés dans des cas où des opérateurs habiles avaient enregistré sept et huit échecs successifs, prouve que son efficacité va de pair avec la facilité habituelle de son exécution.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE trouve qu'en fait de traitement des fistules vésico-vaginales, on a exagéré l'importance de certaines méthodes, de même qu'on a exagéré le mérite des chirurgiens américains. M. Lucas-Championnière a vu Jobert de Lamballe pratiquer ces opérations avec beaucoup d'habileté. Les choses ne se présentent pas toujours de la même façon. Il y a des femmes chez lesquelles la réparation est très facile. Il y a des cas, au contraire, où l'on trouve de grandes difficultés. Les fistules vésico-vaginales voisines de l'urèthre sont généralement difficiles à guérir. M. Lucas-Championnière cite l'exemple d'une malade qui portait une fistule de cette sorte et qu'il avait, une première fois, bien guérie. Cette femme eut un second accouchement sans que sa fistule se rouvrît. Mais six ou sept mois après cet accouchement, la suture s'est desserrée par le fait d'un calcul, les urines de cette femme étaient souvent fort boueuses. Aussi M. Lucas-Championnière, avant de tenter, de nouveau, la réunion, proposa-t-il à cette malade, de se soumettre à un traitement préparatoire. Elle refusa et exigea que M. Lucas-Championnière lui fît une nouvelle opération. Comme il fallait s'y attendre, celle-ci échoua. M. Lucas-Championnière arriva alors à décider sa malade à aller faire une saison à Évian. Après cette saison, il l'opéra de nouveau et réussit à la guérir.

M. Routier a cité l'exemple d'une malade que M. Verneuil a opérée dix-sept fois. M. Lucas-Championnière a opéré vingt-quatre fois une même malade. Cette femme avait eu six accouchements sans accidents. Au septième accouchement, elle fut accouchée au forceps et fut complètement abîmée. La vessie se trouvait grandement ouverte. Une seule fois, M. Lucas-Championnière était parvenu à la fermer. Mais il y eut plus tard des accidents qui l'obligèrent à la rouvrir.

On a dit qu''il y avait beaucoup de fistules qu'on ne pouvait abaisser suffisamment pour les opérer facilement. M. Lucas-Championnière a vu certains chirurgiens de Vienne abaisser des fistules qu'on aurait cru tout d'abord inabaissables. M. Routier a fait cette très juste remarque qu'on voyait aujourd'hui beaucoup moins de fistules vésico-vaginales qu'autrefois, cela est parfaitement vrai, et cela tient probablement à ce qu'autrefois les femmes en travail étaient bien moins secourues qu'elles ne le sont aujourd'hui. Dans bien des localités, en effet, il n'y avait pas de médecins et les femmes accouchaient seules. Les choses ont bien changé à ce point de vue, et l'on trouve plus facilement des médecins qu'autrefois. C'est là, bien probablement, une des raisons qui font que les fistules vésico-vaginales sont aujourd'hui beaucoup plus rares.

M. BERGER partage l'avis de M. Ricard et pense, avec lui, qu'il y a tout avantage à pratiquer le dédoublement vésico-vaginal dont il a parlé. Mais il y a des cas où on trouve les plus grandes difficultés pour faire ce débridement. Il y a des brides cicatricielles qui s'opposent à la libération des tissus. Il y a même des cas où cette libération est absolument impossible.

M. QUÉNU est également de l'avis de M. Ricard, sur la nécessité de mobiliser la paroi vésicale de la paroi vaginale. Pour M. Quénu, la question des fils importe peu. Le catgut, la soie ou les fils d'argent peuvent atteindre le même but. Comme les orateurs qui l'ont précédé, M. Quénu reconnaît qu'il y a des cas dans lesquels on se trouve en présence de grandes difficultés. On peut également rencontrer de ces difficultés dans les fistules vésico-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale.

COMMUNICATION

Exploration intrastomacale. — M. DELAGENIÈRE (du Mans) communique l'observation d'une fillette de treize ans qui, après avoir avalé, par mégarde, de la potasse caustique, était atteinte d'un rétrécissement de l'œsophage, qui ne laissait plus rien passer. L'enfant était dans un état d'émaciation et de cachexie très prononcées. Elle ne pouvait plus rien avaler. Une bougie olivaire s'arrêtait à 14 centimètres de l'arcade dentaire. M. Delagenière proposa la gastrostomie. Il pratiqua cette opération le 15 juin. L'abdomen ouvert, il trouva un estomac rétracté, au point que le pylore et le cardia étaient accolés l'un à l'autre. M. Delagenière ouvrit alors l'estomac sur sa face antérieure et il eut quelque peine, l'estomac ouvert, à trouver les deux orifices. Il introduisit une sonde par le cardia dans l'œsophage, de bas en haut. Quant au pylore, il était englobé dans un tissu de cicatrice. Il fallut disséquer et réséquer cette cicatrice pour le mettre à jour. Il en résulta une plaie de la muqueuse stomacale, que M. Delagenière ferma par un surjet de soie fine. Il referma ensuite l'estomac, en faisant une suture muco-muqueuse et une suture séro-séreuse, puis il fit une gastrostomie en fixant une portion de l'estomac à la peau. La guérison post-opératoire fut très prompte et la petite malade s'alimenta rapidement par sa fistule. M. Delagenière entreprit ensuite le traitement du rétrécissement œsophagien, par la dilatation progressive, et la guérison est aujourd'hui complète.

M. Delagenière fait observer, à propos du cas de cet enfant, que lorsqu'on se trouve en présence de grandes difficultés pour reconnaître la nature des lésions, il ne faut pas hésiter à ouvrir l'estomac et à pratiquer l'exploration de sa cavité. Il faut pratiquer cette ouverture sur la face antérieure. On évitera très facilement l'infection du péritoine par les liquides de l'estomac, en opérant hors du ventre et en faisant une bonne occlusion de la cavité abdominale.

L'histoire chirurgicale de cette petite malade peut se résumer en trois mots : gastrotomie, gastroplastie et gastrostomie.

Panaris profond ou ostéo-myélite des phalanges. — M. KIRMISSON fait une communication sur ce sujet. Il rapporte l'histoire d'un petit garçon qui avait eu une ostéomyélite du tibia, puis une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. Cet enfant présentait une nouvelle localisation d'ostéomyélite sous forme de panaris profond d'un doigt. M. Kirmisson fit une incision jusqu'à l'os. Rien ne sortit. En pressant le doigt pour le tenir, il s'aperçut qu'il y avait sur le côté de l'ongle un petit point blanc, comme dans une tourgnole, il enleva l'épiderme à ce niveau, introduisit un petit stylet qui rejoignit aussitôt sa première incision. C'était bien à une ostéomyélite de la phalange qu'il avait affaire. Cet enfant guérit sans avoir de nécrose de sa phalange.

M. Kirmisson cite un autre cas analogue. Il résulte de ces faits que l'ostéomyélite des phalanges se révèle très souvent par une petite tache blanchâtre sur le côté de l'ongle, sur la face latérale du doigt; petite tache que l'on peut prendre très certainement pour un simple panaris superficiel. En présence de ces pseudo-tourgnoles, il faut pratiquer l'ouverture en enlevant l'épiderme et faire l'incision de façon à voir si l'os est en question.

PRÉSENTATIONS

Cholécystentérostomie chez un enfant de trois ans. — M. BRUN présente un enfant de trois ans qu'il a opéré, avec M. Hartmann, dans les conditions suivantes : Cet enfant présentait une tumeur sous le foie, que l'on prit pour un kyste hydatique. M. Brun ouvrit cette tumeur et reconnut qu'il s'agissait de la vésicule biliaire malade. Il la fixa à la

peau et établit une fistule biliaire. Il sortit par cette fistule de la bile normale. Les selles étaient décolorées, mais l'enfant n'avait pas d'ictère. Après quelque temps, voulant le débarrasser de sa fistule biliaire, M. Brun pratiqua chez cet enfant une cholécystentérostomie, en abouchant cette partie des voies biliaires, vésicule biliaire ou canal cholédoque dilaté, à une anse d'intestin grêle toute voisine et adhérente. Peu de temps après les selles se colorèrent et cet enfant est aujourd'hui complètement guéri.

Dilatation du cholédoque. — M. BROCA présente un dessin et des pièces anatomiques se rapportant à un enfant mort à l'hôpital Trousseau. Cet enfant avait une tumeur blanche du pied. Il avait, en outre, le ventre gros, et l'on croyait à une péritonite tuberculeuse. A l'autopsie, on vit qu'il s'agissait d'une tumeur au-dessous du foie. Au premier abord on crut à un kyste hydatique. C'était une dilatation énorme du cholédoque, qui représentait une poche grosse comme une tête de fœtus.

M. LE DENTU cite un cas analogue.

ÉLECTION

M. Hartmann est élu membre titulaire, après deux tours de scrutin, par 18 suffrages contre 8 pour M. Verchère et 8 pour M. Potherat.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique gynécologique (1), par MM. J.-A. DOLERIS et R. PICHEVIN.

Des deux volumes qui composent la *Pratique gynécologique*, le premier dû à M. Doléris est consacré à la pathologie et à la thérapeutique générales de l'inflammation de l'appareil génital de la femme; le second, écrit en collaboration par MM. Doléris et Pichevin, comprend l'étude des divers moyens d'exploration qui permettent d'établir le diagnostic en gynécologie, celle des différents troubles qui accompagnent les affections de l'appareil génital de la femme, la description et la technique de quelques méthodes thérapeutiques appliquées à la gynécologie.

Ils ne constituent donc point un traité de gynécologie proprement dit; mais bien plutôt une véritable *introduction* à la pratique des maladies des femmes.

La part grande qui revient dans la pathologie féminine à l'inflammation des divers segments de l'appareil génital légitime les longs développements que M. Doléris lui a consacrés. Qui dit inflammation dit infection; pour qu'il y ait inflammation, il faut un agent phlogogène, un microbe. Se basant dès lors sur la bactériologie, M. Doléris divise les inflammations en trois groupes, suivant l'agent étiologique qui leur a donné naissance : inflammation banale et suppurative simples, inflammation puerpérale, inflammation blennorragique.

Les microbes pathogènes de l'inflammation banale sont multiples; le streptococcus puerperalis est le microbe de l'inflammation puerpérale; le gonococcus de Neisser celui de l'inflammation blennorragique. Chacun d'eux fait l'objet d'une étude très complète, qu'accompagnent la description des lésions auxquelles il donne lieu, l'exposé des diverses formes cliniques que peut revêtir l'infection, la discussion des indications thérapeutiques.

Comme la division même du livre, les idées qu'il renferme sont pour la plupart très personnelles et marquées par une réelle originalité. Et c'est là certainement ce qui en rend la lecture fort attrayante.

Le chaud plaidoyer de M. Doléris en faveur de l'intervention précoce dans l'infection puerpérale et dans la rétention du placenta abortif mérite d'être lu et médité par tous les praticiens. Le premier, en France, M. Doléris a préconisé contre des adversaires ardents et autorisés l'évacuation hâtive de l'utérus, et a insisté, à maintes reprises, sur les bienfaits du curetage dans ces cas : chaque fois que, dans les suites de couches, il existe des phénomènes généraux ou locaux attribuables à l'infection, il faut procéder à la désinfection soigneuse du conduit génital par le curettage, l'avulsion des tissus infectés, l'écouvillonnage, l'application sur les surfaces nettoyées de topiques désinfectants et le drainage des cavités. Le même mode de faire est applicable, chaque fois que l'on se trouve en présence de la rétention de débris abortifs ou de rétention partielle du placenta après l'accouchement, afin de prévenir ces deux dangers toujours imminents : l'hémorragie et la septicémie. Pour l'avortement, on interviendra dès que la série des actes expulsifs est interrompue; pour l'accouchement, dès qu'il y a motif de suspecter la rétention, c'est-à-dire dès qu'une hémorragie grave survient à une date généralement éloignée de l'expulsion ou dès que les premiers phénomènes de septicité ont apparu. J'ai, pour ma part, d'autant moins de peine à souscrire à ces conclusions de M. Doléris que, si j'ai pu regretter dans deux ou trois cas d'avoir un peu trop temporisé, je n'ai point eu encore à me repentir d'avoir eu recours de bonne heure à la curette, sans trop m'attarder aux irrigations antiseptiques.

N'hésitant pas à faire appel, quand il le faut, aux ressources de la chirurgie, M. Doléris sait d'ailleurs aussi se montrer sagement conservateur. Je n'en veux pour preuve que les idées qu'il émet sur le traitement des inflammations pelviennes.

Loin de croire que « la gynécologie sera chirurgicale ou ne sera pas », il pense, au contraire, qu'en matière d'affections de l'appareil génital de la femme, les grandes opérations mutilatrices, tout en étant d'un merveilleux secours et quelquefois une ressource héroïque, n'en constituent pas moins le pire des remèdes : pour lui, elles ne doivent entrer en scène qu'après l'épuisement de tous les moyens conservateurs, à condition que la temporisation ne soit pas nuisible aux malades. De l'entraînement qui, au début, portait les gynécologistes à s'emparer un peu trop rapidement du bistouri pour ouvrir l'abdomen et enlever les annexes enflammées, certes, bon nombre sont déjà revenus. Mais qui n'a vu et n'a eu entre les mains des ovaires « un peu gros », et « congestionnés », des trompes « un peu épaissies », dont une intervention trop radicale et trop prompte venait de débarrasser la malade et qu'une thérapeutique moins hâtive eût pu guérir et conserver? Il est bon d'entendre une voix autorisée proclamer l'utilité d'un traitement avant tout conservateur et réparateur, que l'on n'abandonnera pour se décider au sacrifice d'organes aussi importants, qu'autant qu'il y a danger réel et incapacité fonctionnelle définitive.

S'il est bien moins original, le second volume a un intérêt pratique très grand. On y trouvera la description de tous les procédés d'exploration, tant fondamentaux que complémentaires, usités en gynécologie : c'est ainsi qu'à côté de la technique des divers modes de toucher, du cathétérisme utérin, de l'abaissement de l'utérus, de sa dilatation, du curage explorateur... vient un chapitre sur l'endoscopie vésicale et les renseignements — un peu restreints, il faut le reconnaître — qu'elle fournit au diagnostic gynécologique. Ce qui a trait au cathétérisme et à l'exploration des uretères est de lecture fort intéressante, en raison de la quasi-nouveauté du sujet.

---

(1) 2 vol. in-8°. Prix : 20 francs. — Paris, Rueff et Cie.

La partie consacrée à la séméiologie générale est tout à fait complète.

Enfin, la description et l'examen de l'électrothérapie, du massage, de la gymnastique, et de la balnéothérapie, appliqués à la gynécologie, terminent très heureusement ce second volume. Il faut louer la sagesse avec laquelle est appréciée la valeur de chacune de ces méthodes thérapeutiques, que des partisans trop exclusifs ont voulu appliquer à presque toutes les affections de l'appareil génital de la femme et dont ils ont vanté outre mesure les résultats. De ces méthodes, on doit user avec discernement, et, sans compter par trop sur leur efficacité, ne pas non plus les bannir complètement de la pratique gynécologique.

D[r] P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aujourd'hui ont eu lieu, en l'église Saint-Sulpice, les obsèques du docteur A. Bossu. Ce vénéré confrère, ancien directeur de l'*Abeille médicale*, a succombé dans sa quatre-vingt-neuvième année.

— Par décret, en date du 9 mars 1897, M. le docteur Mègre, à Yokohama, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 9 mars 1897, sont nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Lepage, en remplacement de M. Laveran, retraité ; maintenu à l'hôpital militaire du Dey, à Alger.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Mareschal, en remplacement de M. Lepage, promu; désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bourbon, en remplacement de M. Descargues, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 114[e] d'infanterie. — Lévêque, en remplacement de M. Brachet, retraité; maintenu au 100[e] d'infanterie. — Darré, en remplacement de M. Goubeau, retraité ; maintenu au 147[e] d'infanterie. — Maupetit, en remplacement de M. Mareschal, promu ; maintenu au 77[e] d'infanterie. — Blanchetière, médecin-major de première classe en non-activité pour infirmités temporaires, en remplacement de M. Sedan, retraité ; désigné pour le 163[e] d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Patte, en remplacement de M. Ferrand, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu à son poste de surveillant à l'École du service de santé militaire, à Lyon. — Lanusse-Croussé, en remplacement de M. Bourbon, promu, maintenu à l'infirmerie-hôpital de l'Ubaye. — Dormand, en remplacement de M. Lévêque, promu ; maintenu au 133[e] d'infanterie, à Belley. — Chabrut, en remplacement de M. Maupetit, promu; maintenu au 36[e] d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 10 mars 1897 :

M. le médecin principal de première classe Tachard est nommé directeur du service de santé du 11[e] corps d'armée.

M. le médecin principal de première classe Delorme est désigné pour l'emploi de médecin-chef à l'hôpital militaire du camp de Châlons.

M. le médecin principal de deuxième classe Corties, pour l'emploi de médecin chef à l'hôpital militaire de Toulouse.

MM. les médecins-majors de première classe Carayon, pour l'hôpital militaire de Rennes; Billot, pour l'hôpital militaire Saint-Martin; Gazin, pour le 61[e] d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de Tastes, pour le 92[e] d'infanterie; Baret, pour le 9[e] hussards; Vigelin, pour la direction du service de santé du 19[e] corps d'armée; Pruniéras, pour le 6[e] chasseurs d'Afrique; Donnadieu, pour le 143[e] d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Le Mitouard, pour le 129[e] d'infanterie; Mac-Auliffe, pour le 46[e] d'infanterie; Guichemerre, pour le 11[e] d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques obligatoires pour les étudiants en médecine, pendant le semestre d'été, sont :

Doctorat. — Nouveau régime : Première et deuxième années, physique biologique, histologie, physiologie.

Ancien régime : Deuxième année, histologie, physiologie; troisième année, physiologie; quatrième année, médecine opératoire.

Officiat. — Deuxième année, physiologie ; troisième année, physiologie; quatrième année, médecine opératoire.

Ces travaux auront lieu à partir du 15 mars 1897, aux jours et heures ci-après indiqués, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine.

1° Physique biologique, sous la direction de M. Weiss, agrégé, chef des travaux. Lundi, mercredi, vendredi, de une heure à trois heures.

2° Histologie, sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux. Tous les jours de une heure à trois heures

3° Physiologie (démonstrations pratiques), sous la direction de M. Laborde, membre de l'Académie de médecine, chef des travaux. Lundi et vendredi, de trois heures à quatre heures, dans la salle de démonstration de l'École pratique.

4° Médecine opératoire (voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 226).

MM. les étudiants seront convoqués par lettre individuelle, d'après l'ordre de la prise de l'inscription de janvier 1897 (deuxième et sixième : nouveau régime; sixième, dixième et quatorzième : ancien régime).

Il leur est recommandé : 1° de prendre régulièrement l'inscription d'avril, s'ils veulent être maintenus sur la liste d'appel; 2° de faire connaître leur changement d'adresse, s'il y a lieu.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion en Espagne, îles Baléares, Gibraltar, Maroc* (*Semaine Sainte à Séville*), organisée avec le concours de l'Agence des « Voyages économiques ». — Départ de Paris le 24 mars; retour à Paris le 29 avril 1897. — Itinéraire : Paris (gare de Lyon), Barcelone, l'île Majorque, Palma, Soller, Manacor, Arta, escale à Ibiza, le Grao, Valence, Alicante, Grenade, Malaga, Gibraltar, Tanger, Cadix, Séville, Cordoue, Tolède, Madrid, l'Escurial, Burgos, Saint-Sébastien, Paris.

Prix : 1[re] classe, 1475 francs; 2[e] classe, 1375 francs.

Ces prix comprennent : les billets de chemins de fer ; les transports en bateaux et en voitures, le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux des « Voyages économiques », 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, Paris.

— *Excursion des vacances de Pâques en Italie* organisée avec le concours de l'agence des « Voyages économiques ». — Départ de Paris, le 11 avril; retour à Paris, le 24 avril 1897.

Itinéraire : Paris, Gênes, Rome (Naples, Capri, Sorrente, Pompéi, le Vésuve (facultatif), Pise, Florence, Turin, Paris.

Prix : 1[re] classe, 475 fr.; 2[e] classe, 400 fr. — Prix de l'excursion facultative à Naples : 1[re] classe, 130 fr. ; 2[e] classe, 117 fr. 50.

Ces prix comprennent : les billets de chemins de fer; le transport en bateaux et en voitures, le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'Agence des « Voyages économiques », 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 22 au 27 mars 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 22 MARS. — Dissection, épreuve pratique : MM. Ricard, Delbet et Poirier.

2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer et Heim.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Terrier, Peyrot et Varnier ; — M. Sebileau, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (2e série) : MM. Tillaux, Humbert et Lejars ; — (1re série) : MM. Marchand, Delens et Walther ; — (2e partie) : MM. Hayem, Marie et Gilles de la Tourette ; — M. Chauffard, suppléant.

MARDI 23 MARS. — Dissection, épreuve pratique : MM. Rémy, Quénu et Retterer.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Grancher, Poirier et Thiéry ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Gley et Chassevant.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Guyon, Pozzi et Bar.

4e examen : MM. Debove, Chantemesse et André ; — M. Heim, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Polaillon et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Charrin et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Cornil, Marfan et Roger ; — M. Gilbert, suppléant.

MERCREDI 24 MARS. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Terrier, Poirier et Sébileau.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Richet, Humbert et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Pinard, Delbet et Walther ; — (2e partie) : MM. Fournier, Chauffard et Marie ; — M. Heim, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Delens, Lejars et Broca ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Gaucher et Gilles de la Tourette ; — M. Wurtz, suppléant.

VENDREDI 26 MARS. — Dissection, épreuve pratique : MM. Peyrot, Sebileau et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Ch. Richet, Rémy et Retterer.

4e examen : MM. Pouchet, Netter et Thoinot ; — M. Heim, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Delens et Broca ; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Gaucher et Widal ; — (2e série) : MM. Grancher, Landouzy et Wurtz ; — M. Humbert, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

SAMEDI 27 MARS. — Dissection, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Quénu et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Berger, Nélaton et Bar ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Hutinel et Letulle ; — (2e série) : MM. Cornil, Debove et Marfan ; — M. Heim, suppléant.

5e examen (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Laboulbène, Chantemesse et Roger ; — (2e série) : MM. Joffroy, Ménétrier et Achard.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Polaillon et Maygrier ; — M. Chassevant, suppléant.

Thèses de doctorat.

MARDI 23 MARS, à une heure. — M. Lemoine. De l'avortement criminel. Étude historique, sociale et médico-légale (MM. Laboulbène, président ; Raymond, Marie et Thoinot). — M. Ayasse. Étude historique et critique des procédés de restauration du rebord alvéolaire dans le bec de lièvre compliqué (MM. Laboulbène, président ; Raymond, Marie et Thoinot). — M. Marinesco. Main succulente et atrophie musculaire dans la syringomyélie (MM. Raymond, président ; Laboulbène, Marie et Thoinot). — M. Jocet. Des collections séreuses pelviennes (MM. Le Dentu, président ; Berger, Letulle et Hartmann).. — M. Grégoire. Contribution à l'étude thérapeutique du gaïacol (Injections et pansements au gaïacol dans les tuberculoses chirurgicales) (MM. Berger, président ; Le Dentu, Letulle et Hartmann). — M. Cournol. Contribution à l'étude de la présentation de la face (MM. Tarnier, président ; Dieulafoy, Maygrier et Achard). — M. Macé. La rate du nouveau-né au point de vue clinique (MM. Tarnier, président ; Dieulafoy, Maygrier et Achard). — M. Planche. La perlèche (MM. Dieulafoy, président ; Tarnier, Maygrier et Achard).

MERCREDI 24 MARS, à une heure. — M. Capmarty. Dilatation du cœur droit dans le cours des néphrites catarrhales à la suite de troubles dyspeptiques (MM. Potain, président ; Tillaux, Ricard et Widal). — M. Simoes. Des rétrodéviations mobiles. De leur traitement par l'opération d'Alquié-Alexander (MM. Tillaux, président ; Potain, Ricard et Widal).

Paris, le 15 mars 1897.

Le docteur X... (de Longwy) vient d'être condamné à 25 francs d'amende, avec application de la loi Bérenger, pour avoir refusé de se rendre à une réquisition du juge de paix à l'effet de constater les causes de la mort d'un individu qu'on venait de trouver noyé à 4 kilomètres de la résidence du docteur.

Notre confrère avait basé son refus sur les deux motifs suivants : 1° éloigné depuis longtemps des études médico-légales, sa conscience lui faisait un devoir de se récuser pour l'expertise qu'on exigeait de lui et il se déclarait incompétent; 2° le jour prescrit par la réquisition, des occupations professionnelles urgentes l'empêchaient de disposer de son temps.

Le tribunal n'a même pas examiné les excuses alléguées par notre confrère, et l'a condamné, sans discuter les arguments mis en avant pour sa défense.

Bien que le tribunal ait appliqué le minimum de l'amende (25 à 100 francs, art. 23 de la loi du 30 novembre 1892) avec bénéfice de la loi Bérenger, la condamnation prononcée ne semble pas moins démontrer que le tribunal n'admet aucun motif de refus, et oblige le médecin à déférer immédiatement aux réquisitions de la justice.

Il est vrai que l'article 475 paragraphe 12 du Code pénal est ainsi conçu : « Ceux qui, *le pouvant*, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service ou de prêter le secours dont ils auront été requis, dans les circonstances d'accidents, tumulte, naufrage, inondation, incendie ou autres catastrophes, ainsi que dans les cas de brigandages, pillages, *flagrant délit*, clameur publique, ou exécution judiciaire; » mais la nouvelle loi de 1892 ne prévoit pas ces exceptions, et, faute d'en spécifier aucune, semble dire que le médecin doit, en toutes circonstances, obéir aux réquisitions de la justice.

Aussi, nous croyons qu'en pareille occurrence, le médecin ne peut invoquer d'obligation personnelle, et bien que la simple raison commande de soigner plutôt un malade que de procéder à une autopsie, il est vraisemblable qu'aucun tribunal n'admettra cette excuse d'ordre professionnel.

Il n'en est pas de même de la question d'incompétence. Cet aveu d'incompétence est, de la part du médecin requis, un acte d'humilité pur et simple.

M. Brouardel, l'éminent légiste, dont l'opinion fait autorité, avait essayé, lors de la discussion de la loi, de faire valoir cette cause d'excuse. Elle ne fut pas admise et la Chambre passa outre, faisant obligation à tout docteur d'accepter les fonctions d'expert et d'obéir aux réquisitions de la justice.

La conduite du confrère requis nous semble, néanmoins, des plus nettes. Au reçu de la réquisition, si le confrère ne se croit pas compétent, il ne doit pas hésiter à exciper de son incompétence, mais en déclarant qu'il se tient prêt à obéir à la loi.

Si le juge persiste dans sa réquisition, le médecin doit faire son expertise, comme il croit devoir ou pouvoir la faire, mais, dans son rapport, il doit renouveler sa déclaration d'incompétence. Il se bornera à faire, de son mieux, l'examen requis, fera l'office d'appareil enregistreur, mais se gardera de poser des conclusions.

Tout porte à croire que, dans une affaire de quelque importance, la justice n'exigera pas d'un médecin un témoignage qui aurait si peu de poids dans les débats et fournirait tant d'arguments à l'avocat de la partie accusée.

A la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 12 mars, M. Comby est revenu sur la **colite muco-membraneuse des enfants**. Cette maladie, surtout chez les enfants du premier âge, procède le plus souvent d'une façon aiguë, s'accompagnant de phénomènes infectieux plus ou moins graves. Les rechutes sont fréquentes, dans l'intervalle, la constipation est la règle. Chez les enfants plus âgés, l'entérite muco-membraneuse tend quelque peu à se rapprocher du type que l'on observe habituellement chez l'adulte.

Pour M. Marfan, il y aurait une différence essentielle entre l'entérite muco-membraneuse aiguë des enfants, et l'entérite muco-membraneuse chronique des adultes. La forme que vient d'étudier M. Comby serait ce que les Allemands ont décrit sous le nom de colite folliculaire. M. A. Mathieu fait remarquer qu'on peut trouver chez les adultes des poussées aiguës analogues à celles que l'on observe chez les enfants. Tantôt il s'agit d'une crise initiale marquant le début de la maladie, tantôt d'une poussée aiguë survenant au cours d'une colite chronique.

Contrairement à l'affirmation de M. Dieulafoy, l'appendicite surviendrait quelquefois chez des malades atteints d'entérite muco-membraneuse; on en a rapporté des exemples bien nets. Récemment, dans un fait observé par M. Siredey, il y avait à la fois entérite muco-membraneuse, lithiase intestinale et appendicite. L'inflammation de la colite chronique muco-membraneuse peut donc se propager à l'appendice et susciter les accidents localisés si graves parfois de l'appendicite.

M. Marfan présente la moelle d'un enfant atteint de paraplégie aiguë; il y avait un tubercule isolé de la moelle avec hématomyélie.

M. Thibierge présente une jeune femme espagnole, originaire de Valence, atteinte de lèpre tuberculeuse et anesthésique. L'anesthésie et la présence des bacilles de Hasen, dans le derme lésé, ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie. Dans le cas présent, il s'agit d'une poussée aiguë, non fébrile, qui date de trois semaines. Valence et ses environs sont un des petits centres européens de la lèpre, il n'y a donc pas à chercher plus loin l'origine de la contagion chez la malade de M. Thibierge.

Un malade observé par M. Widal avait un durillon enflammé de la main, ce fut le point de départ d'une pyohémie à staphylocoques, à laquelle il succomba. Il y avait des abcès disséminés dans tous les parenchymes. A l'ouverture de l'estomac, on fut surpris de trouver un ulcère rond, grand comme une pièce de deux francs. Il atteignait le péritoine qui ne présentait cependant aucune trace d'inflammation. Dans la muqueuse stomacale on trouvait de petits foyers de gastrite interstitielle et, au niveau de ces foyers, d'assez nombreux staphylocoques. Pas de microbes dans les bords de l'ulcère. Cependant, M. Widal n'hésite pas à l'attribuer à l'élimination d'un foyer d'inflammation primitivement due aux staphylocoques et à l'autodigestion des tissus lésés. C'est ainsi qu'une perte de substance banale prendrait les allures de l'ulcère rond sous l'influence de l'action digestive du suc gastrique. Nous avons entendu

faire cette critique, qu'il pouvait s'agir d'une simple coïncidence, l'ulcère latent ayant préexisté à la pyohémie.

Un malade de M. Duflocq avait présenté un état infectieux grave et de l'ictère : ce ne fut qu'après la défervescence que l'on put percevoir à l'un des sommets du poumon un foyer de râles crépitants de retour. Il s'agissait donc d'une pneumonie centrale, restée latente pendant toute la durée de son évolution fébrile. Le sang, pris aseptiquement dans les veines céphaliques, donna naissance à une culture pure de pneumocoques; il y avait eu infection pneumococcique consécutive à un foyer de pneumonie centrale.

HOPITAL INTERNATIONAL. — M. Péan.

Fibro-sarcome de la région ischio-pubienne remplissant le bassin; ablation par la voie pubio-périnéo-vagino-sacrée à l'aide de notre méthode du morcellement.

Lorsque nous avons décrit, dans le second volume de notre *Traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, les affections chirurgicales qui prennent naissance dans le squelette pelvien, nous avons montré, dès cette époque, qu'on pouvait, sans trop de danger, enlever les tumeurs de cette région.

Depuis lors, de nouvelles tentatives ont été faites avec succès, spécialement par Kraske, qui n'a pas craint de réséquer, ainsi que nous l'avions proposé avant lui, le sacrum pour aborder les viscères qui l'avoisinent, et aussi par les obstétriciens et les gynécologues qui ont tiré, comme chacun sait, un si grand parti de la *symphysectomie* et de la *pubiotomie*.

Tous ceux, et nous sommes des premiers, qui ont pratiqué ces résections partielles des diverses pièces osseuses du bassin, ont décrit avec soin les règles de chacune des opérations qu'ils proposaient pour pénétrer jusqu'aux parties molles sous-jacentes.

Aujourd'hui, nous voulons montrer celle qu'il est préférable de suivre pour enlever sur l'un des côtés le squelette du détroit inférieur du bassin ainsi que les tumeurs qui s'y développent.

C'est pour ce motif que nous présentons la malade à laquelle nous sommes parvenu, grâce à un procédé opératoire que nous avons appliqué à maintes reprises depuis une trentaine d'années, à enlever une énorme tumeur fibro-sarcomateuse qui avait pris naissance dans l'ischion, la branche ischio-pubienne et le pubis, s'était étendue au muscle obturateur et avait refoulé de toutes parts les viscères du bassin. Ce refoulement était tel que le releveur de l'anus et le péritoine remontaient à l'ombilic et que la vessie, l'urèthre, l'utérus, le vagin, la vulve, le rectum étaient rejetés contre les parois osseuses du côté opposé.

Voici comment nous procédons à l'ablation de cette tumeur.

Nous faisons, à droite, depuis le pubis jusqu'au sacrum, une incision qui passe à travers la grande lèvre, le périnée, la fosse ischio-rectale, et qui nous permet de mettre à nu le pubis, l'ischion, le coccyx et le sacrum. Cette incision intéresse des tissus très vasculaires qui sont aussitôt pincés. Elle nous permet, en outre, de mettre à nu la partie inférieure de la tumeur au niveau de la fosse ischio-rectale. Dès que la tumeur est à découvert, nous pénétrons dans son centre de bas en haut par notre méthode de morcellement. Arrivé à la partie moyenne, qui est située à la hauteur de l'utérus, nous voyons qu'il serait difficile de continuer l'ablation sans nous exposer à léser les vaisseaux importants qui entourent la moitié supérieure de la tumeur. A ce moment il nous semble avantageux de nous donner plus de jour pour faciliter la manœuvre opératoire. Dans ce but, nous coupons d'avant en arrière la paroi latérale droite du vagin entre deux rangées de pinces à mors longs jusqu'à l'utérus. Grâce à l'élargissement obtenu, la manœuvre se trouve facilitée et nous pouvons enlever les parties les plus profondes de la tumeur sans blesser aucun organe et sans perdre de sang. Nous parvenons même, en nous aidant de la gouge et de l'emporte-pièce, à réséquer toute la portion de l'ischion, de la branche ischio-pubienne et du pubis qui est le point de départ de la tumeur.

A la suite nous réséquons le muscle obturateur interne qui est envahi.

De la sorte, nous pouvons enlever largement la tumeur et préciser le diagnostic.

Il s'agit d'un fibro-sarcome de l'ischion, ainsi que l'a, du reste, confirmé l'examen histologique fait par les soins de MM. Cornil et Brault.

Sans nul doute une pareille opération n'aurait pu être faite, sans le pincement préventif et temporaire des innombrables vaisseaux que nous avons dû ouvrir; et il n'est pas davantage douteux que si nous avions été obligé, comme le faisaient les chirurgiens d'autrefois, d'appliquer des ligatures au cours de l'opération, celle-ci eût été trop longue et aurait entraîné la mort de la malade, par hémorragie et shock opératoire. Chose remarquable et qui prouve combien est réelle la valeur de ce mode d'hémostase, c'est que, bien que n'ayant laissé aucune pince à la suite de l'opération, nous avons pu fermer la plaie sans avoir lésé aucun vaisseau. C'est qu'en effet, le pincement avait été singulièrement facilité par le morcellement et celui-ci avait permis d'enlever la tumeur en totalité sans blesser inutilement aucun organe, ce qui n'aurait pu s'obtenir par aucune autre méthode.

Quant au manuel opératoire employé (incision pubio-périnéo-vagino-sacrée), il est d'autant plus avantageux qu'il tire un grand secours de la voie vaginale; nous avons pu enlever ainsi bon nombre de tumeurs qui étaient masquées par le squelette et qui étaient développées dans le rectum, le vagin, l'utérus et les ligaments larges.

Chez l'homme, cette même incision nous a également donné d'excellents résultats, moins bons cependant que chez la femme, toutes les fois qu'il s'est agi d'enlever des tumeurs volumineuses, qui avaient pris naissance dans les os et dans les viscères du bassin.

Dans le cas actuel, nous avons fermé la plaie avec d'autant plus de soin, que nous avons vu, chez des malades auxquelles nous avions enlevé des tumeurs aussi volumineuses et même plus volumineuses de cette région et dont quelques-unes s'étendaient dans la fesse — nous avons vu, quelques années après, de grosses hernies se faire à travers le bassin jusque dans la région fessière, preuve que l'extrême distension du plancher périnéal est préjudiciable, et qu'il ne faut jamais attendre pour les opérer que les tumeurs aient acquis un pareil volume.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Descroizilles.

Étude sur une forme de laryngite aiguë de l'enfance simulant le croup d'emblée (1).

Par M. Hepp, interne des hôpitaux.

III

Observation I (personnelle). — *Laryngite aiguë avec tirage sans angine pseudo-membraneuse. Tubage. Guérison.* — F... (Armand), neuf mois. Entré le 14 novembre 1896, à la crèche, service du docteur Descroizilles.

Le 14 novembre 1896, on amène à la crèche, vers dix heures du matin, un enfant âgé de neuf mois, bien conformé, dans un état inquiétant de suffocation, le teint pâle, les lèvres livides et violacées, avec un tirage sus et sous-sternal très marqué.

L'examen du pharynx ne montre ni fausses membranes, ni rougeur bien accentuée, à peine une teinte plus vive des piliers postérieurs du voile du palais; il n'y a pas de ganglions cervicaux appréciables à la palpation et la mère nous apprend que la maladie date de dix jours environ, qu'elle s'est d'abord bornée à de la fièvre, du malaise, un peu de toux rauque, puis s'est aggravée depuis deux jours par l'apparition d'une dyspnée permanente, progressive, comme celle que nous observons, interrompue de temps en temps par des accès de suffocation.

L'auscultation de la poitrine ne révèle aucun trouble appréciable; le murmure vésiculaire est d'ailleurs peu perceptible, seul le bruit laryngien inspiratoire se transmet à toute la cage thoracique. La sonorité est partout normale; rien ne permet de préjuger une broncho-pneumonie, malgré la température élevée : 39 degrés dans le rectum.

L'histoire des antécédents du petit malade apporte peu d'éclaircissements. L'enfant, né à terme, bien constitué, a été élevé par la mère et nourri au sein jusqu'à deux mois; depuis cet âge, il boit du lait au biberon et n'a été malade qu'une fois, il y a deux mois environ, d'une attaque de faux croup, dont le souvenir n'évoque pas chez la mère de comparaison avec la dyspnée actuelle, ni comme allure, ni comme durée.

Symptômes et antécédents ne permettent pas de porter un diagnostic précis, à coup sûr; mais une indication nette se pose, celle de parer aux accidents menaçants d'asphyxie, et, à la prière de la mère qui, depuis deux jours, a vainement lutté contre cette dyspnée, le tubage est décidé et pratiqué séance tenante sans difficultés.

Il rétablit immédiatement la respiration de l'enfant qui, une heure après, présente un teint rose et une tranquillité parfaite, à la suite d'un bain sinapisé qui a stimulé son apathie.

15 novembre. Nuit tranquille; respiration parfaite, quelques accès de toux. Amélioration notable de l'état général. On a donné à l'enfant du lait et du rhum qui ont été bien absorbés.

A l'auscultation, râles ronflants et sibilants nombreux, râles muqueux plus rares disséminés dans la poitrine. Sonorité thoracique normale. Bain sinapisé.

Dans la gorge pas de fausses membranes, au cou pas d'adénopathie; aucune fausse membrane n'a été rejetée par expectoration. En raison de l'absence de ces symptômes, l'examen bactériologique n'est pas fait. L'examen d'une petite quantité d'urine recueillie a montré l'absence d'albumine.

16 novembre. L'amélioration persiste et s'accentue, l'enfant a le teint rose, mange bien et joue.

17 novembre. Défervescence complète. État général parfait. L'enfant est détubé après avoir gardé son tube pendant soixante-douze heures. A la suite de l'ablation du tube, la respiration, d'abord difficile, bruyante et un peu serratique avec tendance au tirage pendant un quart d'heure, reprend ensuite un rythme absolument normal.

21 novembre. Après trois jours de santé parfaite, l'enfant présente brusquement une nouvelle poussée fébrile avec agitation et abattement, mais sans dyspnée, sans toux, sans signes d'auscultation. Cette poussée fébrile est en rapport avec l'éruption simultanée des deux incisives supérieures latérales.

22 novembre. Chute de la température, un peu de diarrhée jaune. L'examen laryngoscopique est tenté par M. Cuvillier, vainement, en raison du jeune âge de l'enfant.

23 novembre. Apyrexie. Bon état général.

3 décembre. Sortie de l'enfant complètement guéri. Bien que l'examen bactériologique fasse défaut, l'absence de fausses membranes, d'adénopathie, d'albumine dans l'urine, le rétablissement rapide de l'enfant qui n'a jamais présenté de signes d'intoxication, nous font rejeter à son sujet le diagnostic de croup diphtérique, malgré les caractères de la dyspnée.

Obs. II (personnelle). — *Laryngite aiguë avec tirage, sans angine pseudo-membraneuse. Tubage. Guérison.* — B... (Maurice), quatorze mois. Entré le 2 décembre 1896, à la crèche, service du docteur Descroizilles.

2 décembre. Le 2 décembre, au moment de la visite à la crèche, on y amène un jeune enfant de quatorze mois, presque en état d'asphyxie.

C'est un bel enfant, grand et fort, qu'on nous présente le teint cireux, plombé, les lèvres livides et violacées, les yeux grands ouverts, mais le regard vague et indifférent avec une respiration fréquente, bruyante à l'inspiration, du cornage et du tirage sus et sous-sternal.

La mère nous apprend qu'elle et son mari sont bien portants, qu'ils possèdent deux autres enfants plus âgés, bien portants, mais toussant fréquemment, que l'enfant qu'elle nous amène jouit généralement d'une bonne santé, mais que depuis un mois environ, il a eu de la diarrhée et de la bronchite, vraisemblablement liées à des éruptions dentaires.

Depuis trois jours il est beaucoup plus malade et présente une dyspnée laryngée avec tirage et cornage, qui est apparue insidieusement, s'est accentuée peu à peu, est actuellement permanente, interrompue de temps en temps par des accès de suffocation.

Devant ces symptômes nous pensons immédiatement au croup, mais l'examen du pharynx nous montre à peine une légère rougeur et aucune fausse membrane, nous ne percevons, à la palpation du cou, aucun engorgement ganglionnaire.

Il faudrait donc admettre un croup d'emblée, opinion que ne contredirait pas, d'ailleurs, la température qui est à 38 degrés en hyperthermie très légère comme cela arrive souvent dans la diphtérie, ou penser à une laryngite striduleuse : avec cette dernière hypothèse ne cadre pas la dyspnée permanente depuis trois jours avec tirage progressif; toutefois le médecin qui a soigné l'enfant en ville ne pense pas à la diphtérie et ne l'envoie à l'hôpital en vue d'une opération, qu'après avoir épuisé la série des antispasmodiques, mais sans lui avoir fait d'injection de sérum antidiphtérique.

Quel que soit le diagnostic, un acte s'impose devant son état asphyxique, rétablir la perméabilité de ses voies respiratoires : le tubage est immédiatement pratiqué. Il restitue facilement à la respiration son rythme normal, calme instantanément le petit malade qui s'endort et dont le teint se

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 240.

colore, montrant ainsi que sa pâleur tenait uniquement à l'anoxhémie et non à une intoxication.

Dans la journée, vers quatre heures du soir : l'enfant rejette son tube dans un accès de toux : sa respiration redevient immédiatement serratique, le tirage reprend et augmente de sorte que. vers six heures du soir, il devient urgent de recourir à l'interne de garde pour introduire à nouveau le tube.

3 décembre. Nuit tranquille. Température 37 degrés. L'enfant respire normalement, son teint est rose, il a joué, pris sans difficulté son biberon, il tousse un peu.

Pharynx normal, pas d'adénopathie cervicale, à l'auscultation de la poitrine quelques sibilances disséminées; sonorité thoracique normale.

Deux tubes de sérum, ensemencés avec le mucus pharyngien et laryngien, ne présentent aucune colonie à l'étuve à 37 degrés. L'examen de la petite quantité d'urine recueillie ne montre pas d'albumine.

4 décembre. État entièrement satisfaisant. Dans la soirée de la veille le tube a été de nouveau rejeté dans une quinte de toux : mais malgré son absence le tirage ne s'est pas reproduit.

A la suite des cris de l'enfant, on observe pendant quelques minutes un peu de dyspnée caractérisée par une inspiration active et sifflante.

5 décembre. Apyrexie complète. Respiration normale. Excellent état général. Pas de fausses membranes pharyngées, pas de fausses membranes expectorées, pas de ganglions cervicaux. A l'auscultation, quelques râles muqueux disséminés.

10 décembre. L'enfant sort de l'hôpital entièrement guéri.

L'absence de fausses membranes, d'adénopathie cervicale, d'albumine dans l'urine, l'ensemencement négatif sur sérum, prouvent que cet enfant n'a pas eu le croup : il a pourtant présenté une dyspnée en tout semblable à celle du croup dans ses apparences cliniques et son évolution.

Depuis la rédaction de ce travail, nous avons revu les parents qui nous ont donné les meilleures nouvelles de leur enfant. Nous nous sommes enquis auprès d'eux des caractères que présentait la voix du malade au moment de son affection; ils nous ont appris qu'elle était entièrement éteinte et que ce symptôme était un de ceux qui les avaient le plus effrayés. Nous tenons à noter ce fait, car l'aphonie était si complète durant la période d'observation de la maladie que nous pensions que l'enfant ne parlait pas : la voix, d'ailleurs, n'est, paraît-il, redevenue complètement claire qu'après sa sortie de l'hôpital.

Obs. III (due à l'obligeance de M. Druault, interne des hôpitaux). — *Laryngite aiguë avec tirage. Bacilles diphtériques courts. Pas d'angine pseudo-membraneuse. Tubage. Guérison.* — X..., garçon, vingt mois, tubé en ville le 29 novembre 1896.

L'enfant, bien portant habituellement, a été pris, dans la nuit du 27 au 28 novembre, d'enrouement, de toux, de fièvre, de malaise général.

29 novembre. L'état est le même, la toux et la voix sont rauques, non éteintes; vers quatre heures de l'après-midi, apparaît une dyspnée laryngée avec cornage et tirage sus et sous-sternal qui s'accentue progressivement.

Malgré l'absence de fausses membranes dans le pharynx et d'adénopathie cervicale, M. le docteur Sevestre, qui soigne l'enfant, pense, devant ces symptômes, à un croup d'emblée et fait, à dix heures du soir, une injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

En même temps, il appelle M. Druault, interne des hôpitaux, qui, devant l'asphyxie menaçante, pratique le tubage à deux heures du matin.

30 novembre. Respiration normale, bon état général.

Le pharynx est rouge, mais il n'y a pas de fausses membranes. On entend un gros râle trachéal, et, dans les poumons, l'auscultation révèle des râles humides de bronchite qui prédominent à gauche. La température reste élevée, à 39 degrés.

1er décembre. La fièvre a diminué, l'état général s'améliore. Le pharynx présente une légère rougeur, mais il n'y a pas trace de fausses membranes.

Les cultures faites, au moment du tubage, en ensemençant des tubes de sérum avec le mucus pharyngé et laryngé, montrent des colonies discrètes de bacille diphtérique court.

2 décembre. Même état que la veille. Détubage à sept heures du matin : le tirage reprend aussitôt.

A midi, le tirage est très fort; il a augmenté au point qu'on n'a pas même pu laisser l'enfant dans son lit.

Retubage à midi et demi. L'enfant s'endort aussitôt.

3 décembre. Bon état. Très légère élévation thermique le soir.

4 décembre. Le tube est enlevé à sept heures et demie du matin. A huit heures, le tirage reparaît un peu, mais pour disparaître spontanément à neuf heures et demie.

Toutefois, à l'occasion et à la suite des cris, un peu de cornage et de dyspnée reviennent à plusieurs reprises dans la journée.

6 décembre. Apyrexie absolue, très bon état général, urine excellente. L'enfant a le teint rose; il joue. On n'entend plus que quelques gros râles de bronchite.

On n'a constaté, à aucun moment, aucune fausse membrane, ni dans le pharynx, ni dans le mucus rejeté au moment du tubage, ni dans les crachats déglutis, puis vomis, ni à la suite des quintes de toux.

La palpation du cou n'a permis de découvrir aucune adénopathie.

Il n'y a eu, à aucun moment, d'albumine dans l'urine.

Malgré l'existence de bacilles courts dans les cultures, ces divers caractères négatifs militent contre l'idée d'un croup diphtérique d'emblée. (*A suivre.*)

DE LA PRÉDOMINANCE DES SYMPTOMES A GAUCHE

DANS L'APPENDICITE (1)

Par MM. Termet et Vanverts,
Internes des hôpitaux de Paris.

IV

Obs. VI, résumée (Ryerson Fowler. *Med. News*, 25 novembre 1893). — Femme de vingt-cinq ans, qui fut prise brusquement de coliques violentes avec nausées et vomissements. Le ventre était douloureux partout, avec une douleur un peu plus marquée au niveau du bord externe du grand droit à *gauche*. On crut à une simple colique intestinale.

Quarante-huit heures après, en se levant pour uriner, la malade ressent une douleur vive à *gauche* de l'ombilic, suivie bientôt de douleurs généralisées avec collapsus intense et mort au bout de sept heures.

L'autopsie montra une appendicite perforante. Le cæcum était maintenu par un court mésocôlon, presque directement au-dessus du promontoire sacré; l'appendice, recourbé en haut et en dehors au-dessous du grand droit gauche, était épaissi, infiltré et perforé à la partie moyenne. Péritonite généralisée.

Obs. VII, résumée (Ch. Monod. *Bull. de la Soc. de chir.*, 3 octobre 1894, p. 636). — Enfant de six ans pris, le 18 juin 1892,

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 282.

de vomissements, fièvre, ballonnement du ventre, submatité dans le flanc droit; il y a aussi de la douleur à *gauche*. Quelques jours après il y a de la submatité dans les deux fosses iliaques. Le 24 juin, la tuméfaction, qui augmente depuis deux ou trois jours, est manifestement plus considérable à gauche qu'à droite; elle forme une saillie visible. En même temps, la douleur au palper est plus vive à gauche qu'à droite. Le 25 et le 26 le ventre n'est plus douloureux, sauf en un point à *gauche* de la ligne médiane.

En raison de la localisation des signes physiques qui n'est pas celle qu'on a l'habitude d'observer dans l'appendicite, on fait d'abord sur la ligne médiane, un peu à droite de celle-ci, une ponction exploratrice qui ramène du pus.

Incision le long du bord externe du muscle droit du côté droit. Évacuation de pus et de gaz. Le fond de la cavité, ainsi ouverte, est occupé par une anse intestinale couverte de grosses granulations sans caractère évident. « J'explore cette cavité avec le doigt, particulièrement à gauche, pour me rendre compte de la cause de la douleur accusée par le malade de ce côté. Je pénètre ainsi dans un second foyer bien limité, d'où s'échappe un nouveau flot de pus. » Du côté droit il n'y a pas, à proprement parler, de foyer limité, mais seulement un espace ménagé entre la masse intestinale et la paroi abdominale, dans lequel le doigt s'insinue. Toutes ces parties, et particulièrement la cavité gauche, sont touchées et nettoyées avec une éponge imbibée d'une solution d'oxycyanure à 1/200. Deux drains, l'un dans le foyer de gauche, l'autre sous la lèvre droite de la plaie.

Le lendemain l'enfant va bien, ne souffre pas. Le surlendemain il est pris de phénomènes méningitiques et meurt.

Obs. VIII, résumée (A. Frænkel. Soc. de méd. interne de Berlin, 5 janvier 1891). — Compositeur d'imprimerie qui fut pris de coliques abdominales et n'avait pas de fièvre. La fosse iliaque droite n'était pas douloureuse; les phénomènes douloureux étaient localisés à gauche. On pensa à une colique de plomb.

Peu à peu se développa une tuméfaction qui atteignit la région ombilicale et dépassa à droite la ligne médiane. Après une ponction exploratrice qui révéla l'existence du pus fécaloïde, on fit l'opération. L'abcès descendait dans le petit bassin et contenait un demi-litre de pus. Peu de temps après, la plaie livra sortie à des matières fécales.

Guérison complète.

Obs. IX, résumée (Vanverts. *Bull. de la Soc. anat.*, 17 avril 1896, p. 280). — Homme de cinquante-trois ans, ayant déjà eu deux crises d'appendicite.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, il est pris de douleurs violentes *dans la fosse iliaque gauche*, qui irradient ensuite dans tout l'abdomen. Au moment où nous le voyons (8 avril 1896) il est en pleine péritonite généralisée : météorisme abdominal généralisé, palpation du ventre douloureuse, avec maximum très net *dans la fosse iliaque gauche*, submatité dans les deux fosses iliaques et la région hypogastrique; visage grippé, température 39 degrés, pouls petit et rapide.

On porte le diagnostic de péritonite, due probablement à une perforation intestinale.

M. Potherat, remplaçant M. Monod, veut bien nous confier l'opération qui est aussitôt pratiquée; incision dans la fosse iliaque gauche; écoulement de sérosité purulente très fétide; la péritonite est généralisée sans trace d'enkystement en aucun point. L'état du malade étant très précaire, on ne prolonge pas les manœuvres.

Le malade meurt vingt-quatre heures après l'intervention.

A l'autopsie on reconnait l'existence d'une inflammation et d'une perforation de l'appendice qui, né du cæcum normalement, se dirige en bas et en dedans et disparaît bientôt dans une masse formée par des adhérences, le réunissant au rectum et à une anse de l'intestin grêle.

Obs. X, inédite (communiquée par M. Vouzelle, interne des hôpitaux). — Garçon de huit ans, présentant depuis deux jours des phénomènes de péritonite : vomissements, constipation, crises douloureuses abdominales uniquement à *gauche*.

A son entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, on constate les signes d'une péritonite généralisée, avec maximum de douleur dans la fosse iliaque gauche.

Le chirurgien de garde, M. Guinard, pratique une laparotomie latérale gauche : la péritonite est généralisée; dans la fosse iliaque gauche on trouve des débris de poche rompue. On y trouve également le cæcum et l'appendice qui est réséqué. Drainage.

L'enfant meurt le lendemain.

A l'autopsie on constate que du cæcum situé à gauche part le côlon ascendant qui se dirige obliquement de la fosse iliaque gauche vers l'hypocondre droit, où il se continue avec le côlon transverse, qui est normalement dirigé de droite à gauche. Le côlon descendant, l'S iliaque sont situés à leur place normale. Le mésocôlon ascendant présente une largeur considérable, surtout à sa partie inférieure, puisque sa ligne d'attache fixe à la paroi abdominale postérieure occupe sa situation habituelle.

Obs. XI, inédite (communiquée par M. Vouzelle, interne des hôpitaux). — Le nommé S..., garçon pharmacien, âgé de trente-six ans, fut pris le 16 septembre 1896 de douleurs vives dans la fosse iliaque gauche. On le soigna pour des coliques hépatiques, et en conséquence on lui administra plusieurs purgatifs, ce qui explique la diarrhée actuelle.

Il est amené à l'hôpital Andral le 21 septembre dans la matinée. On fait le diagnostic de péritonite généralisée et on l'envoie immédiatement à l'hôpital Saint-Antoine, où il arrive dans l'après-midi du même jour. A ce moment l'état est le suivant : Ballonnement du ventre, sonorité au niveau de la région hépatique, douleurs généralisées à tout l'abdomen, avec maximum dans l'hypocondre et la fosse iliaque gauches; facies grippé; température 40 degrés; pouls petit, à 120. Il est à noter que la palpation de l'abdomen est à peine douloureuse.

Le chirurgien de garde diagnostique une péritonite généralisée de cause inconnue et s'abstient d'intervenir.

Le lendemain matin M. Faure fait la laparotomie médiane : la cavité abdominale renferme un liquide séro-purulent fétide avec de nombreuses fausses membranes. Dans la fosse iliaque droite existe une poche probablement péri-appendiculaire, qui s'est rompue en avant et à gauche. En faisant la toilette de cette poche, on retire un calcul stomacal de couleur jaune clair.

La mort survient le soir à six heures.

A l'autopsie on constate une perforation de l'appendice.

Obs. XII, inédite. — Le nommé Henri P..., âgé de quinze ans, ouvrier en pianos, entre le 11 septembre 1896 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Monod, remplacé par M. Arrou.

De bonne santé antérieure, il ressentit, il y a dix jours vers onze heures du matin, de violentes douleurs abdominales. Il quitta son travail, rentra chez lui et dut s'aliter. Ces douleurs, qu'il ne peut localiser, persistèrent avec des vomissements et de la diarrhée continuelle. Au moment où on allait l'emmener à l'hôpital (11 septembre), il ressentit une violente douleur abdominale, qui aurait été plus violente à droite qu'à gauche.

L'état constaté à son entrée à Saint-Antoine est le suivant : ballonnement considérable du ventre; douleur nettement

plus violente à *gauche*; à la pression la douleur, qu'on réveille à gauche, est plus marquée que celle qui existe à droite; la douleur n'existe que dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen; pouls petit et rapide; facies grippé, température vespérale 38°4. Immédiatement au-dessus des arcades crurales existe de la submatité; un peu plus haut, dans toute la région sous-ombilicale, sonorité très superficielle.

Le 12 septembre, M. Arrou fait une incision au niveau de la fosse iliaque droite. On tombe sur une vaste collection de liquide séro-purulent, fétide et mélangé de gaz, s'étendant transversalement jusque dans la fosse iliaque gauche, mais paraissant limitée en haut par des adhérences. On pratique une seconde incision médiane. Lavage à l'eau bouillie. Drainage dans différentes directions.

La température monte le 13 septembre à 38°8 et 39°5, puis oscille entre 37 et 38 degrés pendant quatre jours et tombe à la normale. L'état général s'améliore progressivement.

Les drains sont diminués, puis supprimés.

Le 25 octobre, il ne reste plus que deux plaies bourgeonnantes superficielles.

Le 31 octobre, le malade sort de l'hôpital. La cicatrisation des deux plaies est complète. Il ne paraît pas y avoir de tendance à l'éventration.

Il est revu le 10 décembre. L'état général est excellent. Le ventre est souple, non douloureux. Les deux cicatrices sont suffisamment résistantes.

Obs. XIII, inédite (communication orale de M. le docteur Blum). — M. Blum a bien voulu nous communiquer le cas suivant qu'il a observé en ville.

Il s'agissait d'un jeune garçon de quatorze ans environ, soigné depuis quelques jours par le docteur Hanot pour des symptômes typhoïdes.

M. Hanot, trouvant la marche de l'affection anormale, fit demander M. Blum, qui, en examinant l'enfant, trouva de l'empâtement dans la fosse iliaque droite, conclut à une appendicite et conseilla une intervention qui fut d'abord refusée. On appela alors en consultation M. le docteur Bucquoy, qui fut d'avis que l'on devait intervenir. M. Blum fut alors rappelé. Mais, sur ces entrefaites, l'enfant avait été pris d'une violente douleur dans la fosse iliaque gauche cette fois, et M. Blum y trouva des signes d'une collection assez abondante, l'état de la fosse iliaque droite étant resté d'ailleurs sensiblement le même.

Une incision fut faite à droite et conduisit sur un foyer purulent, mais de très petite dimension. L'appendice fut réséqué et la cavité lavée et drainée. Une seconde incision, faite à gauche, conduisit également sur un foyer purulent, mais beaucoup plus considérable que le précédent. Lavage et drainage.

Les deux foyers ne paraissaient pas communiquer et le liquide de lavage ne passait pas de l'un à l'autre.

L'enfant guérit.

Obs. XIV, inédite. — *Péritonite suppurée généralisée avec prédominance des symptômes à gauche. Incision à gauche. Mort. Appendicite perforante à droite.* — L'un de nous, étant de garde, l'année dernière, à Lariboisière, eut l'occasion d'observer le cas suivant :

Le nommé Lise L..., âgé de vingt ans, marchand de vins à Saint-Denis, est apporté à l'hôpital, dans l'après-midi du 25 décembre, et est aussitôt admis salle Ambroise-Paré, service du docteur Reynier.

L'état du malade est très précaire. Il est si mal qu'on ne peut guère l'interroger. D'après les renseignements recueillis auprès de ceux qui l'accompagnaient, on peut savoir que les accidents ont débuté, quatre ou cinq jours auparavant, par une violente douleur dans la fosse iliaque gauche. Depuis, il n'y avait pas eu d'issue de matières fécales ni de gaz par l'anus.

A l'examen, facies péritonéal, grippé, nez pincé, yeux caves, langue sale, sèche et saburrale. Abdomen météorisé dans toute son étendue, mais présentant une légère saillie vers la fosse iliaque gauche. A la palpation, l'abdomen est douloureux dans toute son étendue, mais principalement dans la fosse iliaque gauche. Le diagnostic porté d'abord, le malade ne paraissant pas avoir de température, fut obstruction intestinale ou étranglement interne. M. Isch-Wall, assistant du docteur Reynier, fut prévenu. A son arrivée, la température du malade avait été prise et on lui avait trouvé de l'hyperthermie. Le diagnostic fut alors modifié et on pensa à une péritonite d'origine inconnue, mais relevant probablement d'une affection dans le voisinage de l'S iliaque.

Du chloroforme fut administré en très petite quantité à cause de la gravité de l'état du malade, et en raison de la prédominance des symptômes à gauche, une incision fut faite à gauche, qui conduisit sur un vaste foyer purulent, paraissant limité par des fausses membranes; on examina l'S iliaque sur lequel on ne trouva rien, et, en raison de l'affaiblissement rapide du malade, on ne poussa pas les recherches plus loin; la cavité fut lavée, drainée et la paroi suturée. Le malade fut reporté dans son lit, on l'entoura de boules d'eau chaude, on lui fit des piqûres de caféine et d'éther et des injections de sérum; mais, malgré tout, il mourut quelques heures après.

A l'autopsie, on trouva une péritonite suppurée généralisée, et on trouva également un appendice en situation normale, mais perforé.

Obs. XV, inédite. — *Appendicite à répétition. Poussée aiguë avec symptômes prédominants dans la fosse iliaque gauche. Opération. Guérison.* — Le nommé Paul C..., âgé de vingt ans, employé de commerce, entre le 23 mai 1896, salle Velpeau, service de M. le docteur Blum, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le malade entre à l'hôpital pour des douleurs très vives dans l'abdomen.

Trois ans auparavant, à l'occasion, dit-il, d'une absorption exagérée de glaces en plein été, il fut pris, pour la première fois, de douleurs analogues à celles qu'il éprouve actuellement, et il entra à l'Hôtel-Dieu. Il eut des coliques très violentes, accompagnées de douleurs vives, sans localisation bien nette, et quelques vomissements.

Il séjourna près de deux mois dans un service de médecine de l'Hôtel-Dieu, où il fut traité par des cataplasmes laudanisés et des lavements, accompagnés d'un régime alimentaire sévère. Il en sortit très amélioré; mais depuis, presque tous les mois, il était repris de crises de coliques très violentes et très douloureuses, sans localisations bien nettes, ces douleurs irradiant dans tout l'abdomen. Jamais de vomissements pendant cette période.

Dans les derniers temps qui précédèrent son entrée, l'état parut s'améliorer, et il y eut quatre mois de répit.

Au commencement de mai 1896 il fut repris, et cette crise dura trois semaines avant qu'il se décidât à entrer à l'hôpital. Il souffrait très violemment dans tout l'abdomen, sans localisation nette de la douleur. Constipation opiniâtre et, de temps en temps, vomissements.

Le 20 mai, recrudescence considérable des douleurs, mais qui, cette fois, se localisèrent très nettement dans la fosse iliaque gauche. Le malade se montre très affirmatif sur ce point, sur lequel il fut interrogé d'une façon précise et spéciale. Il indique du doigt comme siège du maximum de la douleur un point de la fosse iliaque gauche, correspondant au siège de l'appendice du côté opposé.

Vomissements violents de glaires blanchâtres.

Le 23 mai, à son entrée à l'hôpital, on ne constate pas de fièvre, mais le malade a le facies péritonéal; lèvres pâles, nez pincé avec battements des narines; respiration gênée; langue saburrale et un peu sèche, pouls bon et pas fréquent.

L'abdomen est très météorisé et sensible dans toute son étendue, mais relativement peu. En revanche, il y a dans la fosse iliaque gauche une zone très douloureuse, très restreinte, précédemment indiquée.

En raison de ces phénomènes, de l'âge du malade et de ses antécédents, et, malgré le siège anormal de la douleur, nous portons le diagnostic d'appendicite.

A la palpation, on ne trouve rien du côté du cæcum.

Le chirurgien de garde, M. le docteur Albarran, fut appelé, mais en raison du siège de la douleur et de la bonne qualité du pouls, préféra ne pas intervenir. Régime lacté. Glace sur le ventre.

Les choses restèrent en l'état avec une légère accalmie, la température se maintenant entre 37 et 38 degrés, jusqu'au jeudi 28. Dans la nuit du mercredi au jeudi, il fut repris d'une crise de douleurs très violentes pour laquelle on nous fit appeler à quatre heures du matin. Piqûre de morphine. A la visite du jeudi matin, le facies et l'état de l'abdomen rappelaient ceux du samedi précédent, et M. Blum résolut d'intervenir.

A cause du siège à gauche de la douleur, qui inspirait quelques réserves sur le diagnostic, on fit une laparotomie médiane, et on arriva sur un péritoine légèrement rouge et injecté, mais on ne trouva rien à gauche. A droite on examina le cæcum; pas d'adhérences ni de fausses membranes; l'appendice était un peu augmenté de volume, rouge, induré, et les vaisseaux en étaient fortement injectés. On le lia à la base et il fut réséqué.

Sutures sans drainage. Pansement.

Aussitôt après l'opération, le malade se sentit soulagé et son état s'améliora très rapidement. Dix jours après l'intervention il était complètement rétabli.

Le malade fut revu récemment (décembre 1896), six mois après l'intervention. Il n'avait jamais rien éprouvé depuis.

(*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Les diarrhées infantiles et leur traitement.

Les diarrhées infantiles varient beaucoup comme symptômes et comme gravité. Entre la diarrhée simple lientérique guérissant en deux ou trois jours, et les formes les plus graves du choléra infantile, on trouve en clinique tous les intermédiaires. Il suffira donc de décrire avec Lesage quatre formes principales : 1° la diarrhée simple, accidentelle; 2° la diarrhée bilieuse, intéressante par son traitement spécial; 3° la diarrhée verte bacillaire; 4° le choléra infantile.

I

La diarrhée simple est souvent causée par un refroidissement, un lait de mauvaise qualité (lait de vaches nourries de fourrages trop verts, de pulpes de betterave ou de pommes de terre).

Au moment du sevrage, un aliment nouveau mal digéré la produit souvent (viande insuffisamment fraîche, légumes à coque résistante). Les selles sont tantôt graisseuses, parsemées de flocons coagulés, tantôt jaunâtres, souvent putrides. Cette diarrhée, qui semble due au coli-bacille, peut être contagieuse, fait des plus importants pour l'hygiène des crèches, des asiles. Même dans ses formes les plus légères, elle peut, l'été surtout, se compliquer brusquement d'accidents de choléra infantile, d'accidents typhiques, méningitiques et, pendant l'hiver, de broncho-pneumonie. Elle doit donc être toujours traitée très énergiquement.

Au point de vue du régime, on recherchera tout d'abord, en cas d'allaitement naturel, si l'on ne doit pas incriminer soit la mauvaise qualité du lait de la mère ou de la nourrice, soit les tétées trop fréquentes. Lesage a montré la fréquence des gastro-entérites chez les nourrissons allaités par des femmes atteintes elles-mêmes d'accidents intestinaux.

En cas d'allaitement artificiel, on recherchera si le lait est bien stérilisé, si l'on observe une propreté suffisante (vase, biberons). On s'inquiètera, si ces conditions sont suivies, de la provenance du lait. Si parfois il suffit d'employer du lait plus soigneusement stérilisé, de remplacer le lait de vache par du lait de chèvre ou d'ânesse, l'allaitement au sein reste la suprême ressource dans toutes les diarrhées tenaces et graves. On devra particulièrement y revenir chez les enfants nourris d'abord au sein et sevrés trop tôt.

Comme traitement (en dépit des protestations étonnées de la famille), on insistera, avec Barthez et Sanné, pour commencer toujours par un purgatif léger, une demi-cuillerée à café d'huile de ricin avec un peu de jus d'orange, 2 grammes de sulfate de soude dans une cuillerée à dessert d'eau sucrée. A lui seul, le purgatif suffit assez souvent.

En cas d'échec, on emploiera les lavements d'amidon additionnés d'une demi-goutte à une goutte de laudanum, suivant l'âge. On les répétera au besoin deux à trois fois par jour.

Comme médicaments internes, on emploiera d'abord le bismuth ou les astringents. Voici une très bonne formule de Barthez et Sanné :

Eau de menthe.	60	grammes.
Sirop de ratanhia.	20	—
Teinture de cachou.	5	—
Gomme	9	—
Extrait de bois de campêche. .	2	—

Par cuillerées à café toutes les heures. Mais il faut toujours avoir recours à l'opium dans les diarrhées tenaces : une demi-goutte de laudanum de Sydenham, au début, en surveillant l'effet et donnant au besoin un peu de café noir (Jules Simon).

II

La diarrhée bilieuse s'observe : 1° dans le premier mois de la vie, coïncidant en général avec un peu d'ictère; 2° chez des enfants un peu plus âgés, à la suite de petites indigestions; 3° chez des enfants cachectiques, atteints de tuberculose du foie. L'aspect vert des selles peut rappeler l'aspect de la diarrhée verte bacillaire. Mais les accidents sont moins intenses. Dans les cas douteux, l'addition d'une goutte d'acide nitrique, sur les taches diarrhéiques, donne une teinte violette, puis rose, caractéristique.

Ce diagnostic est important, car ce traitement consiste avant tout dans les alcalins. Lesage recommande de donner le bicarbonate de soude par paquets de 25 à 50 centigrammes, dans un peu de lait à jeun, une ou deux heures avant les tétées. La dose totale en vingt-quatre heures ne dépassera pas 1 gramme de bicarbonate par kilogramme d'enfant. Elle ne dépassera pas, en aucun cas 5 grammes. La diarrhée bilieuse, liée à la tuberculose, résiste à peu près à tous les traitements.

III

La diarrhée verte bacillaire peut avoir une marche aiguë, rappelant, sauf les vomissements qui font presque complètement défaut, le choléra infantile. Elle peut alors tuer en

un ou deux jours. Même dans les formes moins intenses, les complications pulmonaires méningées ne sont pas rares. Elle peut passer à l'état chronique et tuer lentement par athrepsie. Ces diverses formes semblent liées à des degrés variables de la virulence du coli-bacille. La couleur verte spéciale ne semble due qu'à une transformation chromogène du coli-bacille.

Comme hygiène et traitement général, le traitement se rapprochera donc du traitement de la diarrhée simple. Mais il faut, de plus, employer l'acide lactique qui paraît jouir de propriétés antiseptiques spéciales (Hayem et Lesage).

Acide lactique . . . . 2 grammes.
Julep gommeux . . . . . . 100 —

Par cuillerée à café.

Depuis longtemps déjà, M. Descroizilles, partant de l'observation clinique seule, avait, en pareil cas, recommandé d'associer la solution chlorhydrique (1 à 2 grammes) au laudanum (I à II gouttes) dans un peu d'eau sucrée.

L'acide chlorhydrique jouit, en effet, lui aussi, de propriétés antiseptiques. Mais, au moins *in vitro*, ses propriétés sont moins énergiques que celles de l'acide lactique.

IV

Le choléra infantile débute souvent au cours d'une des diarrhées précédentes. Comme le choléra asiatique, il s'accompagne de vomissements répétés, de diarrhée intense profuse, presque aqueuse, ne renfermant pas toutefois, comme le choléra asiatique, des grains riziformes. Parfois, entre les selles décolorées, apparaissent quelques selles verdâtres et bilieuses. La paroi abdominale affaissée, flasque, est comme collée au rachis.

Rapidement apparaissent les deux symptômes cholériques : 1° l'algidité avec cyanose et refroidissement des extrémités, cette algidité périphérique n'excluant pas toujours une certaine élévation de la température rectale ; 2° le collapsus avec une inertie complète entrecoupée par quelques tressaillements légers, par des mouvements respiratoires énergiques rappelant parfois le tirage du croup pour lutter contre la dyspnée.

Même dans les formes relativement bénignes, après la période d'algidité, les complications (abcès, gangrène, hémorragie, thromboses veineuses) sont, au cours de la convalescence, nombreuses et graves.

Dès le début du traitement, il faut, malgré les vomissements, tâcher d'assurer l'alimentation.

Le bouillon de poulet léger est souvent mieux toléré que le lait. Le lait sera donné par cuillerée à café. On n'hésitera pas à ajouter, par cuillerée, IV à V gouttes de cognac et de rhum. Il est bien rare que l'enfant conserve la force de téter. Le lait maternel lui-même devra donc être donné à la cuiller.

Comme médicaments, c'est surtout à l'acide lactique, au mélange de solution chlorhydrique et de laudanum qu'on aura recours. Enfin, on s'attachera à lutter contre le collapsus par les stimulants soit internes (malaga, champagne, café, élixir ammoniacal anisé), soit externes (bains chauds, bains sinapisés, injections d'éther). [A.-F. PLICQUE, *Presse méd.*]

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de la prostate (1), par le docteur H. PICARD.

Ce petit livre de 270 pages est écrit pour le médecin et l'étudiant; il est simple, d'une lecture facile. L'auteur s'est écarté de toute théorie et de toute discussion d'école. Il a voulu faire un livre utile et faire profiter ses confrères de son expérience personnelle.

Malgré le petit volume de l'ouvrage, tout ce qui intéresse la prostate et les vésicules séminales y est décrit. Le traitement y est bien étudié et les méthodes les plus nouvelles y sont exposées.

Ce livre constitue une publication utile et répondant exactement au but que l'auteur s'est proposé.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, G. Carré.

Chirurgie de la face (1), par F. TERRIER, GUILLEMAIN et MALHERBE.

Ce sont des notions élémentaires sur la chirurgie opératoire de la face sous le résumé des leçons professées par M. Terrier à la Faculté de médecine, en 1894-1895. Elles ont été recueillies et mises au courant par MM. Guillemain et Malherbe. De sorte que sous sa modeste apparence, ce petit volume est fort documenté et fournit de nombreux renseignements, avec des indications bibliographiques, que les auteurs ont eu la sagesse de faire rares, mais utiles et précises.

L'ouvrage est divisé en trois parties : la première a trait aux maxillaires; la deuxième à la chirurgie des lèvres, des joues, de la bouche et du pharynx; la troisième est plus spécialement destinée à la chirurgie du nez, des fosses nasales et des sinus.

La chirurgie des nerfs de la face n'est pas décrite dans ce volume.

(1) In-8°, cart. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Lecture des copies. — Séance du 10 mars : MM. Gastou, Renon et Springer 18; Coffin et Roubinovitch, 17.

— Le jury du concours pour l'internat en médecine de l'hospice de Brévannes est définitivement constitué par MM. Duflocq, Faure et Jeanselme.

— La séance solennelle de distribution des récompenses de la Ligue nationale contre l'alcoolisme (Société française de tempérance) aura lieu le dimanche 28 mars, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le docteur A. Motet, membre de l'Académie de médecine, dans la salle des conférences de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Ordre du jour : Discours de M. le docteur Motet; compte rendu annuel du docteur E. Philbert, secrétaire général ; l'enseignement anti-alcoolique en France, par M. Marillier ; proclamation des lauréats.

— Parmi les lauréats du concours de 1896 de la Société française d'hygiène, nous relevons les noms suivants de confrères : *Médaille de vermeil* : M. le docteur Alexandre Faidherbe (de Roubaix).

Médailles d'argent (ex æquo) : MM. les docteurs Coindreau, médecin-major au 93e régiment d'infanterie, à la Roche-sur-Yon (Vendée), déjà lauréat du concours de 1892 ; et Bignami, à Alfaniello, province de Brescia (Italie).

Médailles de bronze : MM. les docteurs Foveau de Courmelles (de Paris); Bauzon (de Chalon-sur-Saône), déjà lauréat du concours de 1883 ; et Haan (du Havre).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question de l'appendicite, qui continue à occuper un peu de tous les côtés le monde chirurgical, a fait sa réapparition à la tribune de l'Académie. M. Reclus, dans un discours très serré, basé sur des faits bien observés, s'est appliqué à démontrer que l'appendicite n'était le plus souvent que l'aboutissant d'un grand nombre d'états pathologiques divers, parmi lesquels l'entéro-colite joue un rôle des plus importants. Il a combattu, par cela même, la théorie pathogénique du vase clos, qui se trouve ainsi battue en brèche à l'Académie aussi bien qu'à la Société de chirurgie et à la Société médicale des hôpitaux. Il a montré également que, contrairement à l'assertion émise par M. Dieulafoy dans la dernière séance, l'appendicite et la lithiase intestinale marchaient souvent de pair. M. Reclus, dans cette communication, n'a traité que la question de pathogénie. Nous aurions été désireux de connaître son opinion sur la question du traitement qu'il a laissée de côté. Espérons qu'il y reviendra. D'ailleurs, la discussion sur ce sujet est loin d'être close.

M. Joannès Chatin, à propos d'un rapport sur un cas de mort par fièvre typhoïde d'origine ostréaire, a, de nouveau, appelé l'attention de l'Académie sur la toxicité de certaines huîtres. Cette question préoccupe, à juste titre, les hygiénistes et, en Angleterre, le gouvernement a ordonné une enquête dont les résultats viennent d'être publiés. En France, paraît-il, il y a encore quelques parcs dont l'installation laisse à désirer. Aussi l'Académie a-t-elle demandé que ces parcs fussent soigneusement surveillés et que les huîtres provenant de localités suspectes fussent placées dans un courant d'eau pure de mer pendant une huitaine de jours avant d'être livrées à la consommation. Les bactériologistes ont démontré que cette simple précaution suffit pour arrêter le bacillus typhosus dans son développement. Il est à souhaiter que nos pêcheurs et nos éleveurs tiennent compte de ces sages prescriptions. D'après des renseignements fournis par M. Chatin père, le ministre de la Marine aurait déjà donné des instructions donnant satisfaction au vœu de l'Académie.

M. Cornil a donné lecture d'un travail sur le rôle de la fibrine dans les inflammations des séreuses et du tissu conjonctif. Signalons, enfin, une note de M. Malherbe sur l'évidement pétro-mastoïdien appliqué au traitement de l'otite moyenne sèche.

Nous trouvons, parmi les présentations, celle qu'a faite M. Huchard de la deuxième série du *Cabinet secret de l'histoire*, par M. Cabanès. Ce livre contient une série d'études fort indiscrètes, mais non moins intéressantes, sur un grand nombre de personnages historiques.

L'Académie a nommé deux membres correspondants étrangers : MM. Coni (de Buenos-Ayres) et Janssen (de Bruxelles). Elle s'est formée en comité secret, à quatre heures et demie, pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante au titre de correspondant national. La liste a été arrêtée comme suit : en première ligne, M. Debierre (de Lille) ; en deuxième ligne, M. Renout (de Saumur) ; en troisième ligne, MM. Vidal (d'Hyères) et P. Lemaitre (de Limoges) ; en quatrième ligne, MM. Marvaud (de Toulouse) et Bertin (de Nantes).

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL PUR D'UNE ARTÉRIO-SCLÉREUSE

(CHEZ UNE FEMME DE SOIXANTE-QUATORZE ANS)

Par MM. P. DALCHÉ, médecin des hôpitaux, et G. ROSENTHAL, licencié ès sciences, interne des hôpitaux.

Les altérations valvulaires du cœur chroniques d'emblée, de nature scléreuse, qui accompagnent souvent l'artériosclérose dont elles reconnaissent la pathogénie, ne sont plus aujourd'hui un sujet de discussion. Que leur siège soit à la valvule mitrale, ou qu'elles frappent les sigmoïdes aortiques, leur origine ne soulève pas de contestations.

Ces modifications de la texture et par suite du jeu des valvules reproduisent les syndromes cliniques que nous donne l'endocardite chronique, mais parmi toutes les lésions orificielles relevant de la sclérose, il en est une qui constitue une véritable rareté. C'est le rétrécissement mitral pur.

Blind a pu en réunir à peine une dizaine d'observations dans une thèse remarquable inspirée par Huchard, qui lui-même a insisté sur ce point de pathologie, dans son traité des maladies du cœur.

Le fait suivant, constaté chez une femme de soixante-quatorze ans, polyscléreuse, nous a paru assez intéressant pour être publié.

Observation.— P... Agnès, âgée de soixante-quatorze ans, autrefois employée de commerce, est entrée le 8 janvier 1897 à la salle Léger (infirmerie de l'hospice des Ménages), lit n° 14.

Antécédents héréditaires. Sa mère est morte de vieillesse. Son père est mort à quarante-trois ans, d'une maladie de cœur.

Un frère aîné est mort à quarante-cinq ans, d'une attaque d'apoplexie, un frère cadet est mort à quarante-trois ans.

Le mari de la malade est mort de tuberculose pulmonaire à marche rapide, qui a nécessité un séjour de six semaines seulement à l'hôpital. Du reste, c'était un éthylique et il vivait séparé de sa femme depuis longtemps, ce qui écarte toute idée de contagion.

Antécédents personnels. La malade a toujours joui d'une excellente santé, jamais elle n'a souffert d'attaques de rhumatisme articulaire aigu. Elle n'a eu ni scarlatine, ni fièvre typhoïde. Il y a dix ans (1887), elle fut atteinte d'une fluxion de poitrine qui l'obligea à garder le repos pendant trois semaines, mais la guérison fut parfaite, et il ne survint ni hémoptysies, ni phénomènes inquiétants. C'est la seule maladie infectieuse dont la malade ait gardé le souvenir. Réglée à seize ans (elle habitait en province à ce moment), elle le fut sans douleurs, ni troubles quelconques. Depuis, les menstrues très régulières duraient habituellement cinq jours ; elle étaient faciles, abondantes et n'obligeaient jamais cette femme à garder le repos. Jamais de pertes blanches, de douleurs abdominales, ou d'hémorragies dites supplémentaires (hémoptysies, épistaxis etc.).

Les règles ont disparu à cinquante-sept ans. La ménopause est survenue brusquement, sans crises, ni accident d'aucune sorte. Seule, l'abondance du flux sanguin avait depuis quelque temps un peu diminué. Les règles n'ont jamais reparu.

La malade a eu huit enfants. Une vit encore ; c'est une femme de trente-huit ans, bien portante. Les sept autres sont morts ; un de tuberculose pulmonaire, un de la variole (bien qu'il fût vacciné), un d'une affection du cœur ; les autres, de cause non connue. Les grossesses ont été normales, les accouchements ne se sont jamais accompagnés d'aucune complication.

Histoire de la maladie. — P... (Agnès) est entrée à l'infirmerie parce qu'elle se plaint du cœur. Elle ressent dans la région précordiale des douleurs pongitives, intermittentes, se manifestant plutôt la nuit que le jour, mais ne se propageant pas au bras. Quelquefois cette souffrance est accompagnée d'accès de palpitations, qui surviennent aussi parfois sans réveiller de sensation pénible. Jamais on n'a constaté que les jambes fussent enflées le soir.

Ces phénomènes n'existaient pas dans la jeunesse de la malade. Ce n'est que vers quarante ans qu'elle accuse un peu d'oppression. Les palpitations ont apparu à l'âge de soixante ans, il n'y a que quatre à cinq ans qu'elles sont très marquées, et depuis deux ans (janvier 95), elles deviennent insupportables. Jamais il n'y a eu de grandes crises d'étouffement, d'oppression, ou de douleurs, permettant de songer même à des attaques asthmatiques ou pseudo-asthmatiques. Jamais il n'y a eu d'angoisse ou d'anxiété éveillant l'idée d'angine de poitrine.

Comme caractères négatifs, rappelons que cette femme a eu une jeunesse absolument indemne de maladie, qu'elle n'a jamais été chlorotique, que jamais elle n'a toussé l'hiver, que jamais elle n'a eu des sueurs nocturnes ou de la perte de l'appétit.

Examen de la malade. — 12 janvier 97. La malade n'a pas de facies bien spécial. En dehors de quelques veinosités variqueuses sur les pommettes, nous ne trouvons rien de particulier. Elle n'a ni le facies congestionné des mitraux, ni la figure pâle des grands artério-scléreux.

L'appareil respiratoire est examiné tout d'abord. Il n'y a ni toux, ni expectoration, jamais d'hémoptysies ou de crachats sanglants. La sonorité est normale, les vibrations sont conservées, le murmure vésiculaire est souple et pénétrant. On note seulement un très léger degré d'expiration prolongée ; mais elle s'entend dans toute la hauteur du poumon, sans prédominance au sommet. Aux bases, aucun signe d'hypostase.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal, sensiblement en bas et en dehors du mamelon. La matité cardiaque paraît plutôt un peu agrandie, toutefois la percussion du cœur est difficile et ne donne pas un résultat absolument sûr à cause de l'emphysème concomitant. On ne perçoit pas de frémissement cataire. La palpation ne réveille aucune douleur.

L'auscultation est pratiquée sur la malade couchée, assise et debout après avoir marché.

La malade étant couchée, on entend à la pointe un roulement présystolique s'arrêtant franchement à la systole et sans souffle systolique. Le deuxième temps est dédoublé d'une façon constante — pas de souffle diastolique. A la base, on entend moins bien le dédoublement du second temps, et de plus on constate qu'il n'y a, aux foyers d'auscultation, ni souffle systolique, ni souffle diastolique. Les bruits normaux sont éclatants et se perçoivent dans la fossette sus-sternale au niveau de l'aorte transverse. L'auscultation de la pointe varie légèrement dans les autres positions. Quand on ausculte la malade assise ou debout au repos, on perçoit, en dehors des signes décrits, un souffle diastolique, qui vient compléter l'onomatopée classique du rétrécissement mitral. Après avoir fait marcher la malade, la netteté de ces signes s'accentue encore.

Le pouls est fort, bien marqué, un peu rapide. Les temporales sont légèrement sinueuses, la droite surtout est flexueuse ; leurs battements sont peu visibles.

L'appétit est ordinaire, la digestion bonne. La malade se plaint d'une constipation rebelle, qui ne cède qu'à des purgatifs donnés de temps en temps. Pas de clapotage stomacal ; la rate est difficilement limitée par la percussion, le foie est normal.

Appareil génito-urinaire. — L'absence de sucre et d'albumine est vérifiée par plusieurs examens successifs, mais l'acide nitrique donne la réaction franche de l'uro-hématine.

Pas de petits signes du brightisme. Ni saignements de nez, ni maux de tête, ni bourdonnements d'oreille, ni mouches volantes. Pas de « doigt mort ». Un peu de cryesthésie.

Système nerveux. — Intelligence, sensibilité tactile, douloureuse, thermique, réflexe normales. Motricité intacte. L'œil présente un léger degré d'exorbitisme ; il y a un peu d'œdème des paupières.

Notons enfin qu'aucun signe ne permet de songer à la syphilis, ou à l'éthylisme ; mais que de grands chagrins ont pu favoriser le développement de l'artério-sclérose.

En présence de ces phénomènes, nous avons conclu à l'existence d'un rétrécissement mitral pur. La preuve irréfutable, anatomique, l'autopsie nous manque. Mais ne sommes-nous pas en droit de conclure d'après la seule clinique ?

Il est à la vérité certaines affections qui peuvent faire illusion et amener des erreurs. Nous allons les passer en revue, en cherchant à préciser dans un diagnostic différentiel les caractères qui les séparent du cas que nous étudions.

Tout d'abord, nous devons songer au rythme mitral, simulé par l'insuffisance aortique, lorsque cette maladie s'accompagne du rétrécissement mitral fonctionnel sur

lequel les auteurs anglais ont appelé l'attention; et que Lespérance (de Montréal) a étudié dans sa thèse (1891).

Les commémoratifs de la maladie de Corrigan font défaut dans les antécédents de cette femme, pas d'étiologie infectieuse ayant pu déterminer l'endocardite des sigmoïdes. Il n'y a du reste aucun symptôme qui permette d'y songer. Le cœur a une hypertrophie moyenne, il n'existe pas de souffle diastolique à la base; tous les signes décrits, pouls capillaire, double ton de Traube, double souffle de Durosier, manquent. De plus, comment une malade de soixante-quatorze ans, atteinte d'insuffisance aortique, n'aurait-elle jamais eu de vertiges, de pâleur, jamais ressenti ces maux d'estomac, ou cette céphalée si spéciaux aux aortiques?

Pour les mêmes raisons nous ne saurions admettre l'insuffisance aortique de la maladie d'Hogdson, qui produit souvent, en outre, un souffle systolique de la base. L'une ou l'autre hypothèse n'expliquerait du reste pas le dédoublement du second temps. Les caractères du pouls, bondissant, présentant un crochet à la fin de la ligne d'ascension, crochet qui fait songer au pouls de Corrigan, nous obligeaient à insister sur ce diagnostic.

Cette hypertension artérielle, les phénomènes de sclérose que présente notre sujet, nous conduisent à discuter une autre interprétation. Ce rythme mitral que nous entendons, ne serait-il pas simplement le bruit de galop d'une néphrite interstitielle; d'autant que s'il n'y a pas d'albumine, nous avons signalé la présence d'uro-hématine dans l'urine?

La malade ne présente aucun des symptômes que M. Dieulafoy a groupés sous le nom de petits signes du brightisme, et l'absence d'albumine a été constatée à maintes reprises. Du reste, si le bruit surnuméraire du rythme de galop en se rapprochant du deuxième temps peut simuler le dédoublement de ce deuxième temps, s'il peut en se rapprochant du premier temps simuler le roulement présystolique, il ne peut en aucun cas simuler ce que l'on entend avec la plus grande netteté dans notre fait, c'est-à-dire à la fois le roulement présystolique et le dédoublement du deuxième temps, et le souffle diastolique.

Enfin, dans ce cas aussi, nous serions en présence d'un cœur plus notablement hypertrophié.

Nous écartons aussi le diagnostic de dédoublement physiologique du deuxième temps, à cause de sa constance; et parce que son existence ne saurait expliquer le roulement présystolique et les phénomènes douloureux.

Il n'y a franchement aucun signe qui permette de songer à l'anévrysme de l'aorte, à une péricardite récente ou ancienne. Toute hésitation deviendrait impossible si cette femme, au lieu de soixante-quatorze ans, en avait vingt; l'auscultation nous forcerait à porter, sans restriction, le diagnostic de rétrécissement mitral pur.

Si nous essayons maintenant de préciser la pathogénie de ce rétrécissement mitral, nous nous heurtons à une difficulté assez grande. Il ne peut être question ici d'une lésion consécutive à une endocardite aiguë passée à l'état chronique (rhumatismale, par exemple), car outre la rareté du rétrécissement mitral pur dans ce cas, nous n'avons relevé aucune notion étiologique infectieuse.

Faut-il admettre l'existence d'un rétrécissement mitral pur, maladie de Durosiez, rétrécissement d'évolution de la puberté, etc., etc., ou reconnaître l'étiologie prouvée par Potain et Teissier, c'est-à-dire l'existence d'une tuberculose atténuée et curable? Nous ne le croyons pas.

La malade n'avait pas dans sa jeunesse de rétrécissement mitral. Vainement nous avons insisté sur ce point dans son interrogatoire, il nous a été impossible de déceler des signes même vagues de chlorose, de dyspepsie, de dysménorrhée, de tuberculose, sous lesquels se masque le rétrécissement mitral. Et ce qui nous prouve bien qu'à cette époque son cœur était indemne de lésions, c'est l'histoire de ses couches.

L'adage de Peter n'a certes rien d'absolu, et on voit encore des jeunes femmes cardiaques être mères et nourrices sans tomber dans l'asystolie. Mais il est difficile, cependant, d'admettre que notre malade, avec une lésion mitrale, eût pu mener à bon terme huit grossesses et nourrir ses enfants sans aucun accident au moment des couches ou après. Il semblerait aussi étrange que la ménopause soit survenue sans complication, sans métrorragie ni palpitations; quelle singulière lenteur d'évolution faudrait-il en outre supposer à une lésion survenue à la puberté et ne gênant la malade qu'à soixante-dix ans! Du reste, des interrogatoires répétés nous apprennent que sa maladie a été tardive, les palpitations ne sont ressenties que depuis quatre ou cinq ans.

Cette apparition à un âge avancé n'est pas la seule anomalie que nous présente ce rétrécissement mitral. Notre observation expose des signes bien différents de ceux que l'on constate habituellement au cours de cette affection.

Le frémissement cataire fait défaut, ce phénomène si constant qui existe même dans le rétrécissement mitral fonctionnel de l'insuffisance aortique.

Le ventricule gauche est plutôt hypertrophié, alors que, dans la majorité des cas, son atrophie est de règle. Chez les jeunes sujets, cependant, le ventricule gauche a été trouvé quelquefois hypertrophié.

Les tracés sphygmographiques sont ceux d'une aortique, bien plutôt que ceux d'une mitrale (Blind, Huchard).

Enfin, pas de faux asthme, ni de congestion pulmonaire, ni d'hémoptysie, pas trace de surcharge veineuse.

Ces anomalies apparentes entre les signes d'auscultation et ceux que révèle l'examen général, nous amènent à admettre qu'il s'agit d'un rétrécissement mitral d'une nature particulière. Cette femme est une polyscléreuse; sa lésion d'orifice n'est qu'un épiphénomène au cours d'une maladie première, la sclérose du cœur, qui domine l'altération valvulaire et lui impose ses caractères propres. C'est à elle que nous devons rapporter l'hypertrophie du ventricule et l'hypertension artérielle du pouls. Elle accompagne la sclérose des artères, que l'on considère l'aorte (bruits éclatants à la base) ou les temporales sinueuses.

Si notre cas ne rentre pas dans les catégories de rétrécissement mitral des auteurs classiques, il se rapproche des observations que Blind a rapportées dans sa thèse.

Nous pouvons supposer, sous réserve, que la sclérose du myocarde, en ajoutant son bruit de galop au rythme mitral, vient en exagérer la netteté.

Quel est l'avenir de notre malade? Même en admettant l'intégrité du rein, bien incertaine malgré l'absence d'albumine, nous devons craindre que le rétrécissement mitral, qui joue maintenant un rôle effacé, ne devienne, à un moment, un facteur de gravité redoutable. Ce jour-là, la malade, portant un myocarde scléreux et dégénéré qui se laissera facilement fléchir, n'aura qu'une faible défense. Cependant, il est permis d'espérer que, dans le calme où vit cette femme, sans aucune fatigue corporelle, l'affection cardiaque va garder encore une évolution assez lente.

Ces diverses considérations ont, pour la plupart, été déjà

signalées par divers auteurs, et c'est à ce titre que notre fait nous a paru présenter quelque intérêt.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. DESCROIZILLES.

Étude sur une forme de laryngite aiguë de l'enfance simulant le croup d'emblée (1).

Par M. HEPP, interne des hôpitaux.

IV

OBS. IV (due à l'obligeance de M. René PETIT, interne des hôpitaux). — *Laryngite aiguë avec tirage sans angine pseudo-membraneuse. Tubage. Guérison.* — H... (René), garçon âgé de cinq ans, tubé en ville le 8 décembre 1896, par M. René Petit.

Enfant malade depuis le 6 décembre. Ce jour-là, il a été pris de toux, de malaise, de céphalée.

Très nerveux, il a déjà eu, depuis l'âge de trois ans, deux accès de laryngite striduleuse.

7 décembre. La toux devient rauque, la respiration fréquente, active. L'auscultation fait entendre dans la poitrine des râles ronflants et sibilants.

8 décembre. La toux est tout à fait rauque, aboyante, accompagnée, par moments, d'un certain degré de spasme, la voix reste claire. L'examen de la gorge montre une rougeur notable et une petite tache exsudative, grise, mince, sur l'amygdale gauche, paraissant formée par du mucus. Température 37°8.

Dans la journée, la dyspnée s'accentue, l'inspiration devient plus active, insensiblement le tirage s'établit vers le soir et augmente progressivement dans la nuit.

A ce moment, bien que la voix reste claire, le tirage est intense, sus et sous-sternal, semblant appeler le tubage.

Celui-ci est fait vers deux heures du matin, à la suite d'un violent accès de suffocation : il soulage immédiatement l'enfant qui s'endort tranquillement avec une respiration facile.

L'opération a été simple, facile, le tube n'a pas été arrêté par le moindre spasme glottique, et a pénétré tout de suite jusqu'à la trachée.

Ni avant, ni après l'opération, il n'y a eu le moindre rejet de fausse membrane; l'opération elle-même n'en a pas révélé; cependant, en raison des caractères bien tranchés de la dyspnée et de la présence sur une amygdale d'un exsudat douteux, on fait une injection de 20 centimètres cubes de sérum de Roux.

9 décembre. Les tubes de sérum ensemencés avec le mucus amygdalien sont restés stériles.

La nuit a été calme. Température 37°2 le matin; 38°6 le soir.

État général satisfaisant, mais la présence du tube gêne l'alimentation de l'enfant.

10 décembre. Nuit un peu agitée; mais apyrexie matinale; l'enfant est un peu fatigué par le défaut d'alimentation, mais la journée est calme.

11 décembre. État de santé très satisfaisant. Une deuxième culture sur sérum est restée absolument négative : il n'y a pas de bacille de Löffler.

Détubage le soir : le tube n'est recouvert que d'un peu de mucus, mais pas de fausse membrane, la gorge est saine.

Malgré l'ablation du tube, la respiration reste normale et la nuit se passe très bonne, sans dyspnée, à peine entend-on quelques rares accès de toux très courts.

12 décembre. Guérison complète.

23 décembre. La guérison s'est maintenue : on n'a observé aucun accident post-sérothérapique, l'état général est excellent.

OBS. V (due à l'obligeance de M. le docteur WATELET). — *Laryngite aiguë avec tirage, sans angine pseudo-membraneuse. Guérison sans intervention.* — X..., fille, âgée de quatre ans, malade depuis le 11 janvier 1897.

Le 11 janvier on m'amène, à ma consultation, une fillette de quatre ans qui, depuis le matin, tousse par quintes et présente une voix rauque sans altération du timbre.

L'examen de la gorge ne me montre rien d'anormal, pas de rougeur, pas de gonflement; l'auscultation de la poitrine me fait entendre quelques gros ronchus disséminés.

J'apprends par la bonne qui m'amène l'enfant, que son frère, un petit garçon de deux ans, tousse de la même façon, depuis le matin également.

Je prescris des cataplasmes sinapisés au-devant de la poitrine, 1 gramme de bromure de potassium et une potion au musc et à la valériane.

12 janvier. On me fait appeler vers le soir : l'état est le même chez les deux enfants; même toux rauque, pas d'altération du cri, ni de la voix ; à l'examen de la gorge pas de rougeur, pas de fausses membranes. Le petit garçon présente à l'auscultation quelques gros râles disséminés : je prescris 30 centigrammes d'ipéca.

13 janvier. Même état. Toutefois la toux de la petite fille est éteinte, comme dans le croup. Le petit garçon n'a pas la toux croupale : il a eu, depuis la veille, un flux diarrhéique abondant.

14 janvier. La fillette est plus souffrante : la toux persiste éteinte comme la veille, la voix est cassée, bitonale, basse, comme éteinte; la respiration est difficile, active, avec un sifflement inspiratoire et un peu de tirage sus-sternal, qui s'accentue dans les respirations profondes.

L'examen de la gorge, pratiqué avec soin, ne me révèle aucune fausse membrane, la muqueuse des amygdales, de la luette, du pharynx, ont même leur coloration normale. Ces particularités de la toux, de la voix et de la respiration m'inquiètent toutefois un peu et je reviens voir l'enfant dans la journée.

Mêmes applications sinapisées, même potion.

15 janvier. La toux devient moins fréquente, moins éteinte, la voix garde le même caractère que la veille.

16 janvier. La respiration est plus libre, la toux disparaît, la voix redevient normale.

L'enfant guérit sans complication.

Cette observation m'a paru intéressante par le début dans la journée d'une toux croupale, par sa persistance chez la fillette pendant cinq jours, sans dissemblance du jour à la nuit; enfin, par les modifications de la voix. C'est la première fois, certainement, que je constate, chez un enfant, l'association de la toux croupale et de la voix éteinte sans existence du croup.

OBS. VI (due à l'obligeance de M. FOSSIER, externe des hôpitaux, ancien interne des hôpitaux de Reims). — *Laryngite aiguë avec tirage et asphyxie, sans angine pseudo-membraneuse. Trachéotomie. Guérison.* — B... (Georges), âgé de trois ans. Entré le 30 juin 1895, à l'Hôtel-Dieu de Reims.

Le dimanche 30 juin, à neuf heures et demie du matin, on amène cet enfant à l'Hôtel-Dieu pour y être admis d'urgence.

Il présente une dyspnée intense, d'origine laryngée, dyspnée inspiratoire avec cornage et tirage sus et sous-sternal très accentué : il est dans un état voisin de l'asphyxie et si grave, que je le fais transporter d'emblée au pavillon d'isolement, dans le service du docteur Hache, sans passer par le bureau.

(1) Fin — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 305.

Au pavillon, je complétai l'examen et j'appris que l'enfant, dont les antécédents sont excellents, était légèrement souffrant depuis une huitaine de jours, de toux de rhume, quand brusquement il avait été pris, vers huit heures et demie du matin, une heure auparavant, d'un accès de suffocation auquel avait survécu une dyspnée continue et progressive.

Notre première pensée fut qu'il s'agissait de diphtérie, mais il n'y avait pas de fausse membrane dans le pharynx, à peine rouge, on ne sentait pas d'adénopathie cervicale. Pensant alors qu'il s'agissait d'une forme anormale de laryngite striduleuse, je prescrivis un vomitif (40 grammes de sirop d'ipéca), des applications sinapisées aux jambes, des pulvérisations phéniquées, des compresses de tarlatane imbibées d'eau chaude autour du cou, une potion de Todd pour soutenir les forces du petit malade.

Vers midi je revins voir le petit malade : la situation n'avait pas changé, elle s'était empirée plutôt, la dyspnée avait persisté avec les caractères que j'ai dit, et l'enfant, cessant de lutter, reposait inerte sur l'oreiller, en état d'asphyxie, la face pâle, les lèvres violacées, les veines du cou turgescentes.

Une intervention me parut indispensable, je fis chercher mon collègue, M. Delvincourt, et avec son aide, nous fîmes vainement deux tentatives de tubage, qui n'aboutirent pas en raison de notre absence de pratique de l'opération qu'on commençait à faire à Reims.

Nous fûmes obligés de recourir à la trachéotomie, que nous pratiquâmes sur le petit malade en état d'apnée : quelques minutes de respiration artificielle le rappelèrent à la vie et, la respiration rétablie, il reprit une mine rose et une apparence de bonne santé.

2 juillet. Au bout de deux jours on put supprimer la canule, l'enfant respira sans difficulté par son larynx : il n'avait pourtant rejeté ni fausse membrane, ni corps étranger.

12 juillet. La plaie de trachéotomie était cicatrisée, l'enfant sortit de l'hôpital entièrement guéri.

Dans les premiers jours de janvier 1897, c'est-à-dire dix-huit mois après l'histoire que je viens de rapporter, j'ai pu retrouver l'enfant bien portant, qui, au dire des parents, n'a plus éprouvé aucune espèce de malaise depuis sa sortie de l'hôpital.

THÉRAPEUTIQUE

Formule pour l'iodure de potassium.

Iodure de potassium	25	grammes.
Anisette de Bordeaux. . . .	150	—
Sirop simple.	350	—

1 gramme d'iodure par cuillerée à soupe. (Fournier.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mars 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATIONS

Toxicité des huîtres. — M. Joannès Chatin fait un rapport sur un cas de fièvre typhoïde d'origine ostréaire. (Voir au Premier-Paris.)

Du rôle de la fibrine dans les inflammations des séreuses et du tissu conjonctif. — M. Cornil fait une communication sur ce sujet :

Dans toute inflammation des membranes séreuses, la fibrine exsudée à leur surface sert de milieu nutritif et de soutien aux cellules endothéliales qui végètent, se multiplient et s'anastomosent, constituant ainsi un tissu cellulaire nouveau et des vaisseaux sanguins. Ces éléments peuvent servir à déterminer des adhérences.

Dans les vaisseaux, la fibrine du caillot s'organise de la même façon, se vascularise et peut ainsi arriver à oblitérer le vaisseau.

Lorsque les surfaces séreuses sont éloignées l'une de l'autre, le processus évolue à la surface des amas de fibrine, qui finissent par se transformer en masses de tissu conjonctif.

Les inflammations tuberculeuses des séreuses s'accompagnent souvent d'exsudats fibrineux dans lesquels se produit la même évolution. On observe surtout ces particularités à la surface du péricarde atteint de péricardite tuberculeuse.

Des phénomènes identiques s'observent dans les cicatrices de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané, des muscles, du poumon, du foie, etc. Quelque simple que soit une plaie de la peau ou de la plèvre, elle guérit même par première intention en évoluant suivant ce processus : exsudat fibrineux et organisation des cellules du tissu conjonctif ou endothélial, production de vaisseaux néoformés, puis de tissu embryonnaire qui se transforme en dernière analyse en tissu fibreux. Le processus est encore le même lorsqu'une plaie se guérit lentement, par réunion secondaire, ou qu'elle évolue dans un milieu chroniquement enflammé.

Appendicite et entéro-colite. — M. Reclus rappelle que M. Dieulafoy a cru pouvoir affirmer que l'appendicite n'est jamais la suite, la conséquence, l'aboutissant de l'entéro-colite, ainsi qu'on semblait l'avancer dans une discussion récente à la Société de chirurgie. M. Reclus cite quelques observations encore inédites qui lui paraissent montrer les liens qui unissent l'appendicite à l'entéro-colite et surtout à sa forme muco-membraneuse.

La première a trait à un médecin qui, à l'âge de quarante-sept ans, fut pris, à la suite d'un excès de fatigue et au cours d'une colique néphrétique, d'une entéro-colite caractérisée par des douleurs aiguës et l'expulsion, pendant cinq semaines, de selles glaireuses fétides et de lambeaux de membranes rubanées. Or, après cette crise, le malade, averti par le mémoire de M. Mathieu et par une clinique de M. Brissaud, avait cherché et trouvé dans ses matières du sable intestinal. Il guérit de son entéro-colite, ne conservant de cette atteinte qu'un peu de pesanteur et des douleurs vagues dans le bas du ventre, lorsque, un an après, survint une appendicite qu'on opéra, et l'appendice gangrené fut trouvé au milieu du foyer purulent. Dans ce fait non seulement l'appendicite succède à l'entéro-colite, mais coïncide aussi avec la lithiase intestinale.

Un des internes actuels de M. Reclus fut pris, au commencement d'août 1894, de troubles digestifs intenses : puis, tout à coup, le 19 du même mois, survinrent une douleur localisée à la fosse iliaque droite, du météorisme et des vomissements alimentaires bilieux. Cette première crise appendiculaire s'apaisa, mais il conservait encore tous les signes de l'entéro-colite et une sorte d'insensibilité du côté de la fosse iliaque droite, lorsque, au mois d'août 1896, une attaque plus grave éclate : douleur vive, localisée au point de Mac Burney, nausées, météorisme, et le toucher rectal pratiqué par M. Jalaguier révèle une induration au niveau du siège présumé de l'appendice. Le 19 septembre MM. Jalaguier et Tuffier font la laparotomie et trouvent un appendice épaissi, coudé et adhérent par sa partie interne à la fin du mésentère. Les suites de l'opération ont été excellentes; il n'y a plus de crises appendiculaires. Malheureusement l'entéro-

colite réapparaît parfois; et on la combat par de grands lavages intestinaux à l'eau chaude, le massage, un régime sévère, des eaux minérales purgatives.

M. Reclus vient d'enlever l'appendice d'une femme de vingt-sept ans. Quatre ans avant, elle avait été prise de troubles digestifs. Ses matières étaient dures, enrobées dans des matières glaireuses abondantes et des muco-membranes rubanées que l'on retrouve encore dans ses garde-robes actuelles. Sur cet état chronique vinrent se greffer des crises particulières avec fièvre, vomissements, météorisme, arrêt des matières fécales et douleur localisée dans la fosse iliaque droite. La dernière de ces crises a eu lieu le 1er février dernier. C'est elle qui nous a décidé à pratiquer l'opération; on a trouvé un appendice épaissi, vascularisé, scléreux par rétraction de son méso; sa muqueuse était le siège d'une folliculite grave.

Quelques jours auparavant M. Reclus avait opéré une jeune fille dont l'histoire est, pour ainsi dire, calquée sur celle de la précédente.

Enfin, il va opérer dans quelques jours une malade, qui fut prise en 1895 d'une entéro-colite muco-membraneuse à crises survenant presque tous les mois; chez elle, l'évacuation de matières glaireuses et rubanées est particulièrement abondante.

Donc, en moins de huit jours, M. Reclus a pu réunir cinq observations des plus nettes, dans lesquelles l'appendicite se trouve liée à l'entéro-colite. Il ne s'agit dans ces cinq cas que d'observations personnelles, mais MM. Jalaguier et François-Franck ont rapporté à M. Reclus des cas semblables. La Société de chirurgie a parlé de nombreux faits analogues.

Tout récemment, à la Société médicale des hôpitaux, M. Comby et plusieurs de ses collègues ont montré que fréquemment l'appendicite suivait ou précédait l'entéro-colite pseudo-membraneuse. Si l'on prend le groupe autrement considérable des entérites, on y trouve également un grand nombre d'appendicites, de nombreux exemples se trouvant dans la thèse de Mlle Gordon.

Ces faits viennent à l'appui d'une théorie pathogénique que soutient M. Reclus et qu'il oppose à la théorie du vase clos de M. Dieulafoy. M. Reclus admet trois groupes d'appendicites : un premier groupe est constitué par les appendicites ayant pour cause un corps étranger dans l'appendice. On a peut-être un peu trop négligé cette cause. D'après sa propre statistique, M. Reclus estime que la proportion de ces appendicites est de 1 sur 4. Un second groupe comprend les appendicites de voisinage provoquées par l'entérite ou l'entéro-colite. Le troisième groupe, enfin, comprend les appendicites consécutives à un état général infectieux. M. Jalaguier a fourni plusieurs exemples de cette dernière variété.

Ces trois ordres de faits peuvent aboutir à l'appendicite en quelque sorte par le même processus. Il suffit pour s'en rendre compte de se rappeler quelle est la conformation de l'appendice. C'est un canalicule se terminant en doigt de gant et enté sur un autre canalicule. Lorsque les liquides ou des corps étrangers viennent à stagner dans ce canalicule, il n'est pas besoin de la théorie du vase clos pour expliquer l'inflammation légère qui peut en résulter. Cette inflammation s'étant cantonnée dans l'appendice, il suffit du moindre shock, du moindre refroidissement, d'une indigestion pour provoquer l'exaltation du microbe et faire éclater l'appendicite avec tous les accidents que l'on connaît. C'est ainsi que l'on comprend que l'appendicite peut être l'aboutissant d'un grand nombre d'affections diverses. M. Reclus ne se trouve donc pas d'accord avec M. Dieulafoy sur la pathogénie de l'appendicite et en particulier sur la théorie pathogénique du vase clos. Mais il faut reconnaître que c'est surtout la retentissante communication de M. Dieulafoy à l'Académie qui a été le point de départ de l'étude sérieuse de cette affection et que c'est à lui qu'on doit les quelques lueurs qui commencent à poindre sur cette obscure question.

LECTURE

Traitement de l'otite moyenne sèche par l'évidement pétro-mastoïdien. — M. MALHERBE donne lecture d'un travail sur ce sujet.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Lecture des copies. — Séance du 15 mars : MM. Avirагnet, Soupault et Triboulet, 18; Phulpin, 15.

— Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est ouvert lundi 15 mars. Les candidats ont eu à traiter par écrit : « Région parotidienne. — Des phlegmons du plancher de la bouche. »

Les questions restées dans l'urne étaient : 1° Nerfs de la main; Phlegmons de la main ; — 2° Méninges rachidiennes ; Complications du mal de Pott.

La lecture des copies aura lieu les lundis, mercredis et vendredis à quatre heures et demie, à l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er mars 1897, M. le docteur Lucien Arnaud (de Castres) a été nommé officier d'Académie.

— Les instructions pour l'admission dans les trois écoles annexes de médecine navale en 1897, les renseignements sur le fonctionnement de l'École du service de santé de la marine à Bordeaux et les programmes du concours d'admission à l'École de Bordeaux en 1897 ont été publiés dans le *Journal officiel* du 11 mars 1897, pages 1482 et suivantes.

— La Société de médecine légale de Belgique, à l'occasion de l'Exposition de Bruxelles, a décidé d'organiser dans cette ville un Congrès international, qui se tiendra du 2 au 7 août 1897. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Camille Moreau, secrétaire général, rue de la Gendarmerie, 6, à Charleroi (Belgique).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Couillaud (d'Épernay), Destez (de Nantes), Netelet (d'Ambleny) et Percepied (de Saint-Nectaire).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 33. — SAMEDI 20 MARS 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 20 MARS 1897. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**·

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'ostéomalacie.

Par le docteur René MESLAY, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

DÉFINITION. — On décrit, sous le nom d'ostéomalacie, une affection caractérisée cliniquement par un ramollissement généralisé du squelette, qui entraîne une prédisposition toute particulière aux fractures spontanées et aux déformations les plus variées, suivant les influences mécaniques qui peuvent agir sur ces os ramollis.

II

HISTORIQUE. — Ainsi comprise dans ce sens large, l'ostéomalacie a été connue dès la plus haute antiquité; nous n'avons pas ici l'intention de rappeler la longue série des observations vagues qui marquent le début de son histoire; celle-ci, en effet, ne commence à prendre quelque intérêt qu'à l'époque où les auteurs s'efforcent de distinguer cette variété particulière de ramollissement osseux général d'avec le rachitisme. Cette distinction commence avec Duverney, en 1751, s'affirme dans le travail de Levacher de la Feutrie, en 1772, et surtout dans celui de Stein (de Cassel), en 1783, qui, le premier, relate l'influence des grossesses répétées sur l'évolution de l'ostéomalacie. En réalité, c'est à Lœbstein, en 1833, que revient le mérite d'avoir créé une séparation bien nette entre les deux affections dans son *Traité d'anatomie pathologique*; cet auteur appuie son opinion sur ses études personnelles et sur la critique des cas publiés antérieurement. Il croit à la prédisposition bien marquée de la femme, à l'influence des grossesses répétées; mais il admet que l'affection peut exister chez l'homme et en donne un cas à l'appui, rapporté dans la thèse de Collineau. Les travaux ultérieurs de Guérin, de Stanski, de Beylard, de Broca et de Virchow ont simplement apporté une confirmation clinique ou anatomo-pathologique à cette juste théorie de Lœbstein. Ces divers travaux commencent la phase d'études anatomiques remplie par les découvertes de Litzmann, Rokitanski, Rindfleisch, Bouley et Hanot, Mœrs et Muck, Cornil et Ranvier, Cohnheim, Mommsen et Pommer. Enfin, dans une troisième phase, toute contemporaine, s'agite la question du traitement de l'affection et, avec elle, l'étude de la pathogénie. Depuis que Porro montra, en 1875, l'influence heureuse de l'amputation utéro-ovarienne sur la marche de l'ostéomalacie, l'attention fut appelée de ce côté; l'opération de Porro, de palliative, fut déclarée curative : on ne la considéra plus comme une opération d'urgence nécessitée au moment de l'accouchement par un extrême rétrécissement du bassin, mais comme l'intervention de choix en dehors de toute grossesse. L'expérience vint justifier l'exactitude de cette heureuse conception, en même temps que les recherches de Rossier démontraient la très grande fréquence des lésions de l'ovaire, et que les travaux chimiques de Neumann sur la modification des excrétions chez les ostéomalaciques montraient, jusqu'à l'évidence, les troubles généraux de la nutrition.

Ainsi s'est élargie la conception de l'ostéomalacie, dans laquelle on ne peut plus voir, à l'heure actuelle, une simple lésion osseuse, mais bien une affection générale de l'organisme atteint dans son fonctionnement entier.

III

ÉTIOLOGIE. — Nous sommes loin d'être fixés sur les conditions étiologiques véritables de l'ostéomalacie. Aussi, comme toujours en pareille circonstance, a-t-on invoqué l'influence de nombreuses causes, soi-disant prédisposantes, tour à tour admises ou contestées par les auteurs. Toutefois, il est à cet égard quelques points acquis sur lesquels il n'y a pas lieu d'établir une contestation, et ce sont : 1° la prédominance marquée de l'affection, dans certains pays où elle existe presque à l'état endémique; 2° la rareté chez l'homme et chez l'enfant, et sa prédilection évidente pour le sexe féminin.

L'ostéomalacie est *endémique* dans les vallées humides et peu ensoleillées. Fehling (1) fait observer combien nombreux les cas se montrent à Bâle par opposition à Berne, Zurich et Genève. On trouve l'ostéomalacie très répandue en Alsace [Strauschied (2)], dans la forêt Noire, dans le pays

(1) FEHLING. *Arch. f. Gyn.*, F. XXXIX.
(2) STRAUSCHIED. *Deuts. Med. Wochens.*, 1893.

d'Heidelberg [Kehrer (1)], dans le pays de Bade, dans la vallée d'Ergolz [Gelpke (2)], dans le nord de l'Italie, en Hongrie. L'Angleterre constituerait également un terrain favorable au développement de l'affection; celle-ci serait rare, par contre, dans le nord-est de l'Allemagne, d'après Fehling, et en France, le nombre des cas est beaucoup moindre de ce qu'on observe ailleurs, bien que ce soit en France que la maladie ait d'abord été connue et étudiée.

Il était naturel de chercher un lien étiologique commun à ces différentes régions. Gelpke a soumis les *eaux* à un examen rigoureux afin d'y rechercher la richesse en sels calcaires; mais en plein foyer endémique, dans la vallée d'Ergolz, où il a réuni dix-neuf cas d'ostéomalacie, il n'a trouvé aucune diminution de ces sels, non plus que la présence d'acide libre pouvant jouer un rôle dans la dissolution des sels osseux. Faut-il penser à une *alimentation insuffisante*, au manque de viande? Gelpke tend à admettre ce facteur, mais Fehling, Kehrer, Bussche Haddenhausen le rejètent car ils ont rencontré l'affection chez des personnes qui pouvaient très bien se nourrir. Il n'en reste pas moins vrai que la défectuosité de l'alimentation peut précipiter la marche de l'affection, et pour preuve on peut rappeler l'observation de Charcot qui a vu, pendant le siège de Paris, mourir, à la Salpêtrière, quatre femmes ostéomalaciques, alors qu'il n'en avait jamais autant observé en un si court espace de temps. Toutes ces causes, par lesquelles on a voulu expliquer l'extrême fréquence du ramollissement osseux en certains pays, restent donc problématiques, au même titre que *l'influence des habitations humides* [Myatowitsch (3)] ou encore de *l'hérédité*, dont on ne trouve guère qu'un cas de Fehling bien net, où la mère et les deux filles étaient atteintes.

Bien plus évidente est *l'influence du sexe* : il existe, en effet, très peu de cas d'ostéomalacie chez l'homme. Litzmann, en réunissant 131 observations, ne trouve que 11 hommes (8,4 p. 100) pour 120 femmes (91,6 p. 100). Cela s'explique aisément, car les deux grandes causes qui dominent toute l'histoire étiologique de l'affection sont : *la grossesse* et *l'allaitement*. Mais nous ne voulons point revenir sur les anciennes statistiques de Collineau. Pour ne prendre que des chiffres récents, nous trouvons que dans les cas de Fehling, toutes les femmes ont eu des enfants, de 4 à 10, ce qui porte la fécondité moyenne de ces femmes à 5,25, alors, dit Fehling, qu'en Suisse, la fécondité moyenne est de 3,45. Baumann donne comme fécondité moyenne des malades 6,80; Rosenhayer, 8,20. Or, en Allemagne, la fécondité ordinaire, dit Eisenhardt, est de 3,90. Dans la plupart des observations étrangères ayant trait à cette variété de l'affection, dite puerpérale, on voit le ramollissement débuter à l'occasion d'une grossesse, s'atténuer ensuite, pour reprendre et s'aggraver à chaque grossesse postérieure.

Toutefois l'ostéomalacie peut bien se développer en dehors de la grossesse chez la femme et Strauscheid fait remarquer que ces cas sont encore plus fréquents que ceux de l'ostéomalacie chez l'homme (35 sur 120 femmes, soit 29 p. 100); des cas ont été décrits chez des vierges [Truzzi (4), Hoffmeier (5), Polgar (6)]. Si le premier âge paraît indemne, il n'en est assurément pas de même de la seconde enfance; dans notre thèse récente (1), nous avons apporté deux nouveaux exemples d'ostéomalacie qui prouvent qu'aux approches de l'établissement de la vie sexuelle, mais avant l'apparition des règles, il peut survenir un ramollissement osseux généralisé, vraiment ostéomalacique, qui ne doit pas être confondu avec le rachitisme tardif.

Chez l'homme, les conditions étiologiques restent mal définies; pourtant chez lui, comme dans quelques cas ayant trait à la femme d'ailleurs, on retrouve un *traumatisme* initial (Collineau, Bouley, Strauscheid).

IV

Symptômes. — Le début de l'ostéomalacie est des plus variables, le plus souvent lent et insidieux; dans ce dernier cas, c'est la plupart du temps un accident, un traumatisme imprévu qui fait appeler le médecin sans qu'à cette époque, il soit encore possible de rattacher cet accident à sa véritable cause. Dans un des cas que nous avons publiés dans notre thèse, ce furent des douleurs vagues dans les jambes et bientôt l'apparition d'un genu valgum nécessitant l'ostéotomie double qui marquèrent le début des accidents. Dans un cas récent opéré par M. le professeur Tillaux, la femme eut pendant sa grossesse des douleurs et des troubles de la marche qui ne furent d'abord rapportés à rien de précis : deux mois après, la malade se brise la cuisse en tombant de sa hauteur. Elle entre à l'hôpital où elle est immobilisée sans résultat, car au bout de deux nouveaux mois, on constate une pseudarthrose, et c'est en opérant cette pseudarthrose que M. Tillaux retire un fragment osseux dont l'examen histologique fit faire le diagnostic d'ostéomalacie.

Pourtant quand on interroge les malades, car cette partie de l'observation doit presque toujours être reconstituée de mémoire, on retrouve des symptômes assez constants et en particulier la *douleur*. Le squelette tout entier peut être douloureux : le plus souvent, le symptôme se localise en certains points de prédilection (Collineau) : bassin, hanches, région sacro-lombaire chez les femmes qui ont eu des enfants, les membres pelviens dans les cas où il n'existe point de grossesse. Le début par les articulations est exceptionnel, de même que par la région cranienne (Audibert) ou par le maxillaire inférieur (Valsalva cité par Morgagni).

Dans la majorité des cas, les malades ont conscience du siège profond et osseux de ces douleurs; spontanées le plus souvent, celles-ci sont augmentées par la pression, la marche et toutes les causes de fatigue; elles apparaissent pendant la grossesse, diminuent après l'accouchement, augmentent à nouveau au moment des règles.

Ces douleurs s'accompagnent d'une hyperesthésie toute particulière des membres malades et très souvent de *véritables contractures;* ce symptôme se rencontre dans presque toutes les observations de Latzko. Habituellement, ce sont les adducteurs qui en sont le siège et alors les genoux se trouvent tellement pressés l'un contre l'autre que c'est à peine si on peut glisser la main entre eux; chez une malade que nous avons observée à Beaujon dans le service de notre maître, M. Widal, les jambes étaient placées en flexion sur la cuisse, absolument collées l'une contre l'autre. Cette contracture a toujours persisté pendant l'anes-

(1) Kehrer. *Arch. f. Gyn.*, F. XIX.
(2) Gelpke. Th. de Bâle, 1891.
(3) Myatowitsch. Th. de Zurich, 1875.
(4) Truzzi. *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, n° 2.
(5) Hoffmeier. *Centralbl. f. Gyn.*, 1891.
(6) Polgar. *Arch. f. Gyn.*, 1895.

(1) Meslay. Th. de Paris, 1896.

thésie chloroformique à laquelle Latzko a soumis ses malades.

Les *troubles de la motilité* présentent plusieurs degrés : au premier échelon, ce n'est que de la parésie, puis vient une véritable paralysie de tous les membres supérieurs aussi bien qu'inférieurs et, en même temps, il n'est pas rare de noter de l'hypo-esthésie. Koppen et Renz ont insisté sur ce caractère myasthénique de l'ostéomalacie et le premier rattache ces troubles à des lésions de névrite périphérique qu'il aurait très fréquemment retrouvées.

De tout temps, les auteurs qui ont relaté des cas d'ostéomalacie ont noté l'état des urines; malheureusement les résultats sont loin d'être concordants. Parmi les travaux les plus intéressants qui ont trait à cette question, nous devons avant tout citer une toute récente communication de Neumann (1) sur l'élimination de la chaux, de la magnésie, de l'acide phosphorique et de l'azote dans l'urine des ostéomalaciques; l'auteur a recherché de plus l'influence de la castration ou de l'hystérectomie sur ces troubles nutritifs : pendant la période initiale, il se fait une élimination exagérée de chaux dans les urines et une rétention légère de chaux dans l'organisme. A la suite des opérations, la chaux diminue dans les urines dans les cas bénins et revient à la normale, tandis que, dans les cas graves, il ne se fait aucun changement. L'élimination de la magnésie suit exactement les courbes de la chaux et de même aussi pour l'acide phosphorique. Dans les cas légers, il y a augmentation de l'urée dans les urines, c'est-à-dire une élimination exagérée d'azote; après la castration, l'urée diminue tandis que, dans les cas graves, l'augmentation de l'urée va toujours croissant et même la castration provoque encore de l'hyperazoturie. L'ostéomalacie est donc liée à un vice de la nutrition générale qu'indique l'hyperazoturie; la castration influence favorablement ces troubles nutritifs, sauf dans les cas où le processus est trop avancé, car l'opération est alors plus nuisible qu'utile.

L'*étude hématologique* de l'ostéomalacie est déjà riche en documents, bien que récente : les recherches ont porté à la fois sur la nature chimique et sur les altérations histologiques du sang. Au point de vue chimique, on a signalé une diminution de l'alcalescence. Fehling, qui l'a dosée chez toutes les malades soumises à son observation, ne trouve pas cette diminution en rapport avec la gravité des cas et ne lui accorde que peu de valeur, pas plus que Tchistowitsch, tandis que Eisenhardt (2) admet que ce symptôme est constant et que c'est à lui que se rattache le développement de l'ostéomalacie. L'hémoglobine serait constamment diminuée pour ce dernier auteur et pour Tchistowitsch; il existe de la leucocytose et surtout une augmentation très notable des cellules éosinophiles [Neusser (3)].

Nous ne nous arrêterons pas longuement à l'étude des SIGNES PHYSIQUES, car on en trouve la description dans les auteurs classiques : il est quelques points pourtant que nous ne pouvons passer sous silence. La *diminution de la taille* peut être le premier symptôme objectif de la maladie; nous avons nous-même retrouvé ce signe très marqué au début d'une observation que nous a communiquée M. le docteur Jules Voisin : la malade, enfant de treize ans, était obligée de se servir de béquilles à cause de la parésie des membres inférieurs; on était forcé de raccourcir continuellement ces béquilles car, suivant l'expression des parents, l'enfant diminuait à vue d'œil.

Déformation du crâne. — Les os de la tête sont, en général, tardivement atteints dans l'ostéomalacie et le plus souvent les altérations manquent. Il y a surtout épaississement du crâne; la face paraît élargie et raccourcie, ce qui tient à ce que les zygomatiques font saillie au-dessous de la région temporale, tandis que le maxillaire inférieur est déformé par les tractions des masséters, ses angles se recourbant en haut et en dehors; sur la malade de M. Voisin, nous avons observé les lésions suivantes : à première vue, on remarque une série de bosselures et de dépressions au niveau du front très élargi. A la palpation, on sent très aisément ces bosselures résistantes; au niveau des dépressions, le doigt éprouve une sensation toute particulière : on dirait des fontanelles non encore ossifiées ou encore du mastic mou; il semble qu'une pression approfondie permettrait de pénétrer jusque dans la matière cérébrale.

Déformation du tronc. — L'ostéomalacie est une des causes les plus fréquentes des déviations rachidiennes : cyphose, lordose, scoliose s'y rencontrent tour à tour isolées ou associées; les côtes et le sternum sont atteints dès le début; de même les clavicules qui se tassent de façon à diminuer le diamètre transverse supérieur du tronc.

Sur les membres, le ramollissement donne lieu à des incurvations diverses et l'atrophie extrême de la diaphyse prédispose aux fractures qui se produisent au plus léger choc; ces fractures présentent un caractère important : leur faible tendance à la consolidation, et c'est là un caractère différentiel de grande valeur d'avec les fractures d'origine trophique qu'on observe dans la fragilité constitutionnelle des os; si le cal se forme, il ne persiste pas, car il ne tarde pas à participer au travail de destruction qui envahit l'os; il se ramollit et l'on a une pseudarthrose flottante (1). Les déformations des membres tiennent donc le plus souvent à une non-consolidation de fractures anciennes, mais il existe des cas où les os sont trop ramollis dans toute leur longueur pour se briser; ce fut le cas d'une malade que nous avons observée à Trousseau dans le service de M. Sevestre : les fémurs s'étaient d'abord fracturés l'un après l'autre; à la fin ils se replièrent de façon à former une crosse à convexité externe. Dans les derniers jours, on pouvait les prendre ainsi que les humérus et les ployer à la manière d'un bois vert.

Nous ne croyons pas à propos d'insister sur la gravité des altérations du bassin : dans le travail de Fehling, dans la thèse de Gelpke se trouve traitée cette étude du bassin ostéomalacique : en général, le promontoire s'avance dans la cavité pelvienne; les pubis deviennent parallèles, en « bec d'oiseau »; souvent le bassin a la forme bilobée d'un cœur de carte à jouer et même les deux os iliaques ramollis peuvent présenter des déformations multiples qui donnent au bassin, suivant Depaul, un aspect chiffonné. Tous les diamètres s'en trouvent rétrécis; l'accouchement, dans ces

(1) NEUMANN. *Arch. f. Gyn.*, 1896.
(2) EISENHARDT. *Deuts. Zeits. f. Klin. Med.*, t. XLIX.
(3) NEUSSER. Cité par Eisenhardt.

(1) Voir Th. de Saint-Gilles, Paris 1895.

conditions, devient impossible malgré l'extrême ramollissement des parois de l'excavation.

La MARCHE de l'ostéomalacie est assez variable. Stiebel donne comme moyenne huit à dix ans de durée. Beylard cinq à huit ans; il est très fréquent de voir se succéder des périodes de rémissions et d'exacerbations; en règle générale, l'affection se développe d'une façon continue et progressive (Volkmann, Senator, Pommer); l'état général s'altère, les malades arrivent à la cachexie qui les entraîne à la mort, à moins que ne survienne une maladie intercurrente, qui précipite le dénouement.

Les déformations du thorax jouent surtout un rôle important, car il s'ensuit des troubles croissants de l'hématose, de la congestion pulmonaire et ainsi ont succombé les trois malades dont nous avons pu personnellement recueillir l'observation.

V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La clinique, on le voit, établit un fait : le ramollissement généralisé et la fragilité extrême du squelette. Mais en quoi consiste l'altération du système osseux? Est-elle toujours identique à elle-même ou le ramollissement n'est-il qu'un état commun à des processus pathologiques divers? Telles sont les questions auxquelles doit répondre l'anatomie pathologique. L'*examen macroscopique* des os nous donne peu de renseignements : nous retrouvons ici les deux grands caractères de l'ostéomalacie, à savoir le ramollissement, la fragilité avec, suivant les cas, augmentation de volume ou atrophie, et un aspect variable de la moelle osseuse qui tantôt se montre toute rouge, hyperhémiée, et tantôt, au contraire, se présente jaune, d'aspect et de consistance graisseuse ; tantôt ces lésions ne peuvent guère nous renseigner et c'est au microscope que nous devons avoir recours pour cette étude détaillée. Malheureusement, l'*étude histologique* de l'os malacique est loin d'être définitivement établie; certains auteurs, prenant l'ostéomalacie dans son sens le plus large, à savoir ramollissement osseux généralisé, ont fait rentrer dans cette affection la description d'épithélioma tubulé des os à point de départ viscéral. Tels sont Hanot et Gastou (1), mais le mot ostéomalacie nous paraît, en général, avoir été pris dans un sens plus restreint, et cette observation ne rentre pas, à notre avis, dans le cadre ordinaire de ce que les auteurs ont décrit sous le nom d'ostéomalacie.

Au point de vue histologique, on peut décrire plusieurs variétés de lésions : dans un premier type, qui est classique et répond aux anciennes descriptions de Rindfleisch, Bouley et Hanot, Cornil et Ranvier, ce qui domine, c'est la décalcification des lamelles osseuses. Quand on examine un os sans décalcification préalable, simplement usé sur la pierre et coloré par le picrocarminate d'ammoniaque, on voit que les lamelles osseuses présentent deux zones bien nettement distinctes : l'une, située autour des canaux médullaires et des canaux de Havers, est fortement teintée en rouge; c'est la zone décalcifiée, tandis que la partie centrale des lamelles est à peine jaunâtre. Sur cette dernière portion on retrouve des ostéoplastes bien conservés, tandis que, sur la première, ces organes ont disparu ou sont déformés : on dirait, en

1) HANOT et GASTOU. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1895.

un mot, un os incomplètement décalcifié par un séjour insuffisant dans les acides. Nous avons retrouvé cette lésion dans deux cas observés par nous, mais ce n'est pas là le seul type que l'on puisse rencontrer, à preuve le résultat de l'examen du fragment osseux, retiré dans l'opération de M. Tillaux ; ici, d'après M. Pilliet, on trouve des vaisseaux haversiens très dilatés, avec tout autour un véritable tissu myxomateux, composé de grandes cellules anastomosées et étoilées séparant des lamelles osseuses, amincies, irrégulières; telle est la zone externe de l'os, tandis que dans la zone interne on trouve des lamelles très rapprochées, bordées d'ostéoblastes, qui se rangent à leur périphérie et y déterminent de véritables encoches ; le tissu intermédiaire n'est plus ici d'apparence myxomateuse; il est composé de cellules fusiformes, qui donnent à cette partie de la préparation l'aspect d'un sarcome fuso-cellulaire. « L'os rappelle, grâce à la présence des ostéoblastes, l'aspect de l'os fœtal au moment de la résorption modelante (1). » Nous verrons plus loin que c'est également ce qui ressort de l'examen de tous les os que nous avons examinés sur le squelette que nous avons recueilli à l'hôpital Trousseau.

Telles sont les lésions variables des os; nous n'insisterons pas sur les *lésions des organes* dans l'ostéomalacie, car la plupart de ces lésions résultent de complications des déformations du squelette et de la stase sanguine générale qu'entraîne l'immobilisation absolue ; il est cependant un organe que nous ne pouvons passer entièrement sous silence en raison des discussions pathogéniques auxquelles ses lésions ont donné naissance ; nous voulons parler de l'*ovaire*, dont l'examen a été fait par Velitz (2), Hofmeier (3) et surtout Rossier (4). L'ovaire est atrophié souvent; les vaisseaux du hile sont très dilatés ; il y a hyperhémie manifeste ; dans la substance corticale, on observe de la dégénérescence hyaline des vaisseaux, qui se montre prédominante au niveau de la substance médullaire. M. Pilliet a examiné les ovaires de l'opérée de la Charité; il s'agit d'une femme de trente ans, et, malgré cet âge, ces organes présentaient les signes d'une sénilité très accusée : on retrouve en particulier des paquets de vaisseaux qui tous, artères et veines, présentent une sclérose considérable qui va jusqu'à l'oblitération sur beaucoup d'artérioles, absolument comme sur des coupes d'ovaires de femmes très âgées.

VI

FORMES. — De longtemps, on avait distingué deux formes principales de l'ostéomalacie : l'*ostéomalacie des femmes adultes*, *gravidique* ou *puerpérale*, et *celle des personnes âgées*, c'est-à-dire l'*ostéomalacie sénile*. C'est à la première forme que se rapportent, en général, les symptômes indiqués plus haut. Quant à la deuxième forme, la première observation en a été donnée par Hourmann et Dechambre (5). Trousseau rapporte également un cas chez une femme de soixante-six ans, mais il en fait du rachitis sénile, et il faut arriver à Vulpian et Charcot (6), pour voir émerger la notion d'affec-

(1) PILLIET et BOUGLÉ. Ostéomalacie, Soc. anat., mai 1895.
(2) VELITZ. *Centralbl. f. Gyn.*, 1893.
(3) HOFMEIER. *Centralbl. f. Gyn.*, 1891.
(4) ROSSIER. *Arch. f. Gyn.*, 1895.
(5) HOURMANN et DECHAMBRE. *Arch. de méd.*, 1835.
(6) VULPIAN et CHARCOT. Soc. de biol., 1863.

tion distincte et spéciale. En 1874, Bouley relate deux observations de Vulpian; en 1879, Ribbert (1) en étudie l'anatomie pathologique; deux ans après, Demange publie un mémoire dans la *Revue de médecine*; enfin, en 1892, citons la thèse de Grajon, avec une observation du professeur Debove. L'affection, dont les causes restent toutes problématiques, débute au delà de quarante-cinq ans, et frappe plus souvent la femme que l'homme. Suivant Charcot et Vulpian, les douleurs sont surtout localisées aux os du thorax; c'est sur les côtes, le sternum, la colonne vertébrale que se fixent aussi en grande partie les déformations; celles-ci peuvent pourtant se généraliser : témoin le cas que nous avons observé à Beaujon, dans lequel les membres étaient pris autant que le thorax. Pour Recklinghausen, Cornil et Ranvier, l'ostéomalacie sénile ne serait que de l'ostéoporose; ce qui constitue l'affection, c'est un agrandissement des canaux médullaires avec résorption progressive. Pour Weber, Moërs et Muck, Demange, cette forme offre les mêmes caractères que l'ostéomalacie ordinaire. Si nous nous en rapportons au cas que nous avons examiné, la vérité siégerait dans une opinion moyenne : il y a bien ostéoporose, mais sur les bords des canaux haversiens très agrandis on peut, ainsi que Ribbert l'avait déjà noté, retrouver le processus de décalcification qui reste caractéristique de l'ostéomalacie.

A côté de ces deux formes, citons l'*ostéomalacie masculine*, l'ostéomalacie qui peut surgir chez les femmes adultes en dehors de toute grossesse (Truzzi-Fehling), et enfin la *forme infantile;* celle-ci a été introduite dans la pathologie, par Rehn (2) [de Francfort-sur-le-Mein], en 1877; mais il convient de dire que les cas présentés par cet auteur ont été discutés dans la suite, principalement par Hermann (3), qui les classe dans le rachitisme. C'est qu'il s'agit là d'enfants tout jeunes et, à cette époque de la vie, nombreuses sont les affections avec lesquelles on peut confondre l'ostéomalacie (achondroplasie, rachitisme, myxœdème congénital, etc.). Tout différents sont les cas que nous avons apportés dans notre thèse : ici il s'agit de fillettes de douze à treize ans, non encore réglées, chez qui les symptômes se sont établis, après une longue période de santé parfaite; le rachitisme ici ne saurait être invoqué, car on n'en retrouve aucune trace dans la première enfance de ces malades et, de plus, au microscope les lésions se montrent toutes différentes de celles de l'os rachitique. Dans un de nos cas, en effet, ce que nous avons observé ne diffère en rien des lésions de décalcification périhaversienne classique; dans l'autre, ce que l'on observe, c'est une résorption progressive de l'os par des ostéoblastes, qui rongent les lamelles en les entaillant sous forme de véritables lacunes de Howschip. Ces cellules se montrent accompagnées de cellules géantes, de myéloplaxes nombreux, qui les aident dans ce travail de destruction et sur plusieurs coupes on peut suivre pas à pas ce travail histologique de résorption, par les ostéoblastes et les myéloplaxes unis au début, puis par les myéloplaxes seuls qui, finalement, remplacent complètement les lamelles disparues. Cette sorte d'ostéite chronique raréfiante s'accompagne enfin d'une transformation fibreuse généralisée des espaces médullaires (1).

(1) Ribbert. Ueber senile Osteomalacie, *Arch. f. pathol. und Physiol.*, t. LXXX.

(2) Rehn. Ein Fall von Infantilen Osteom., *Jahrb. f. Kinderheilk.*, t. XII, p. 100.

(3) Hermann. Zur Frage der Infantilen Osteom., *Ziegler's Beitrage* 888.

VII

Diagnostic. — Le diagnostic de l'affection n'est, en général, pas fait au début. On devrait pourtant y penser, chaque fois que se montrent des douleurs osseuses, en rapport avec la puerpéralité, surtout lorsque ces douleurs ne sont pas rattachables à une syphilis ancienne ou récente; ce serait le moment où un traitement hygiénique et rationnel aurait le plus de chance d'enrayer l'évolution. Malheureusement, on ne songe pas à cette maladie, en raison même de sa rareté, et on attend que s'accentuent les déformations, le ramollissement général, période à laquelle la maladie se confirme de telle façon qu'il devient impossible d'en méconnaître la nature.

VIII

Pathogénie. — On est loin d'être fixé sur la nature exacte de l'ostéomalacie et vraisemblablement les discussions resteront ouvertes encore longtemps.

Sous cette désignation d'ostéomalacie, on classe une catégorie de faits où, à l'œil nu, on trouve un squelette ramolli et dans lesquels, au microscope, un fait domine, à savoir la décalcification osseuse; ce n'est pas là, répétons-le, la seule lésion de l'ostéomalacie. Quelquefois, celle-ci répond à un processus d'ostéite raréfiante et fibrosante (examen de M. Pilliet, cas personnel de Trousseau), et, d'autre part, la décalcification partielle des lamelles osseuses a pu être rencontrée dans d'autres affections; dans l'ostéite (Virchow), au voisinage de néoplasmes osseux (Ziegler), sur les limites d'un abcès osseux [Cornil (2)]. Quoi qu'il en soit, la décalcification est la lésion prédominante dans la grande majorité des cas, et c'est ce processus que l'on a tout d'abord cherché à expliquer par l'*existence anormale d'un acide. L'acide lactique a d'abord été incriminé*; pour le professeur Bouchard (3), c'est grâce à lui que les phosphates de chaux d'ossification se dissolvent et s'éliminent; Schmidt, Moërs et Muck ont trouvé de l'acide lactique libre dans la moelle d'os malacique. Malheureusement pour la théorie, les faits négatifs sont très nombreux: Virchow, Mommsen n'ont pas retrouvé cet acide dans les os malades, et si, au point de vue expérimental, Heizmann (4) et Siedamgrowski (5) ont réussi à rendre des animaux ostéomalaciques, en supprimant la chaux alimentaire et en leur donnant de l'acide lactique, par contre Heiss, Toussaint et Tripier, Gelpke n'ont obtenu aucun résultat.

Après l'acide lactique, on a accusé l'*acide acétique* et l'*acide carbonique*; ce dernier, pour Rindfleisch, se trouverait en grande quantité dans le sang qui stagne dans la moelle osseuse hyperhémiée et c'est lui qui produirait la décalcification; cette théorie a bien pour elle le début juxta-médullaire des lésions osseuses, mais la preuve directe de l'action de l'acide carbonique dans l'organisme est bien difficile à établir.

(1) Meslay. De l'ostéomalacie infantile, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1897.

(2) Cornil. Soc. anat., 25 juin 1896.

(3) Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 55 et suiv.

(4) Heizmann. *Wien. Med. Presse*, 1893.

(5) Siedamgrowski. *Arch. f. Wissens. Thierheilk.*, t. V.

Après ces hypothèses chimiques vint la *théorie microbienne;* c'est à Kehrer que sont dues les premières recherches dans ce sens. Le fait que la maladie sévit d'une façon endémique en certains pays, tandis que dans d'autres régions elle se montre extrêmement rare, établit quelque analogie entre elles et d'autres affections telles que la fièvre jaune, la malaria; mais Kehrer chercha en vain la présence de bactéries et les travaux de Klebs, Birch Hirschfeld, Fehling, restèrent également sans résultat. Dans ces dernières années, Pétrone (1) a tenté de démontrer que les agents du ramollissement étaient les microbes de la nitrification de Winogradsky, microbes que l'on trouve dans le sol où ils transforment l'ammoniaque en acide nitrique. Pour l'auteur, dans toute opération chirurgicale, ce qui agit ce n'est pas l'acte opératoire, la castration, mais la chloroformisation, car Schlœsing et Munz ont bien démontré que le chloroforme tuait ces microbes nitrifiants. Malheureusement encore pour cette théorie, on n'a pas pu retrouver ces microbes d'une façon constante chez les malaciques; les liquides ensemencés avec les os malades sont restés stériles (Fehling, Löhlein, Thistowistch). D'autre part, avec des cultures de micrococcus nitrificans, Pétrone a inoculé trois chiens par la voie sanguine, il n'a pu avoir de résultat que sur un seul animal. Enfin Latzko (2) a contrôlé la prétendue influence du chloroforme et, après plusieurs tentatives, cet auteur est amené à conclure que la chloroformisation donne une amélioration toute passagère et que les douleurs réapparaissent au bout de très peu de temps, à l'occasion des règles en général.

Cette conclusion nous amène ainsi à la *théorie récente de Fehling*, d'après *laquelle l'activité exagérée des ovaires entraînerait par voie réflexe des altérations du système osseux.* Il y aurait, suivant l'expression de Fehling, trophonévrose liée aux phénomènes sexuels et analogue à ce qui se passe dans l'organisme au moment de la puberté, de la grossesse ou de la ménopause. L'activité morbide des ovaires entraîne, par réflexe des voies sympathiques, une excitation des vaso-dilatateurs; il se fait de l'hyperhémie par stase veineuse de l'os; les sels calcaires se dissolvent; l'os se fond peu à peu. En résumé, il se fait là un trouble angionévropathique limité aux os et « il s'établit ainsi une certaine analogie avec l'affection du système vasculaire dans la maladie de Basedow ». En somme, l'hypothèse de Fehling revient à l'ancienne théorie de W. Ogle (3), d'après laquelle l'ostéomalacie est un trouble d'origine nerveuse. Il est certain que le tissu osseux n'échappe pas à la loi commune et que, comme pour tous les autres tissus, sa nutrition est sous la dépendance du système nerveux. La clinique et l'expérimentation sont d'accord pour démontrer la production de lésions osseuses consécutives aux altérations du système nerveux [Talamon (4), Bouglé (5)]. Que l'influence de ce dernier s'exerce par l'intermédiaire d'une action vasculaire ou directement par des nerfs spéciaux, il n'en est pas moins vrai qu'aucun argument décisif n'est venu éclairer ce rôle du système nerveux dans la production de l'ostéomalacie; et pourtant cette théorie d'une trophonévrose d'origine ovarienne reste la plus en accord avec l'ensemble anatomo-clinique de l'ostéomalacie chez la femme. L'étiologie met, en effet, hors de doute l'influence de l'activité génitale; l'anatomie pathologique démontre dans la presque unanimité des cas des lésions ovariennes nettes; la symptomatologie met en évidence la fréquence des symptômes nerveux et enfin nous allons voir que l'ablation des ovaires ou l'amputation utéro-ovarique est de toutes les thérapeutiques celle qui a toujours donné les meilleurs résultats.

(1) Pétrone. *Riforma med.*, 1892.
(2) Lutzka. Ueber Osteomalacie, *Allg. Wien. Med. Zeit.*, 1893.
(3) W. Ogle. *St-Georges Hosp. Report*, 1871.
(4) Talamon. *Rev. mens. de chir. et de méd.*, 1878, p. 544.
(5) Bouglé. *Contribution à l'étude des fractures spontanées*, Th. de Paris, 1896.

IX

Traitement. — Le traitement symptomatique trouve ici peu d'application; de tous temps, on a compris qu'il fallait s'attaquer à la cause même de l'affection et, suivant la théorie pathogénique adoptée, les auteurs ont tour à tour recommandé les substances les plus diverses. Trousseau, qui rangeait l'ostéomalacie dans le rachitisme, prescrivait l'huile de foie de morue. M. Bouchard, attribuant la dissolution des sels minéraux de l'os à l'acidité des humeurs, recommande les phosphates alcalins. Le phosphore a été donné dans un grand nombre de cas avec des résultats différents. Sternberg aurait obtenu quatre guérisons sur sept cas; Latzko, Gelpke, Schlesinger affirment ses bons effets. Latzko a expérimenté les inhalations de chloroforme et l'administration prolongée du chloral; mais nous avons vu que le succès n'est pas venu confirmer l'hypothèse pathogénique de Pétrone (une seule amélioration durable sur neuf cas). Malgré les quelques résultats obtenus par le traitement médical, le pronostic de l'ostéomalacie n'en était pas moins des plus sombres avant l'avènement de la thérapeutique chirurgicale, tandis qu'aujourd'hui le plus grand nombre des cas sont guéris ou améliorés. Ce changement doit être attribué à un de ces hasards heureux comme il s'en trouve parfois dans l'histoire de la médecine. En 1876, Porro (de Pavie), se plaçant simplement sur le terrain obstétrical, proposait de substituer à l'opération césarienne simple l'amputation de l'utérus et de ses annexes lorsque l'accouchement par les voies naturelles se trouvait rendu impossible par l'étroitesse du bassin; c'était, d'après l'auteur, le seul moyen de supprimer toute complication puerpérale. Cette opération amena des résultats inattendus, car lorsqu'on se contentait de l'incision utérine, la guérison était rare; avec le Porro, sur quarante-quatre femmes accouchées par cette méthode, il y eut vingt et une guérisons complètes avec retour de la solidité des membres. Aussi voit-on Sænger en 1884, Kleinwachter en 1886, et Sippel, conseiller cette intervention de laquelle ils ont retiré grand bénéfice.

En 1887, Fehling soutient qu'un résultat identique peut être obtenu plus aisément et avec moins de danger par la simple castration; de plus, il ne faut pas attendre que l'on ait la main forcée par un accouchement impossible; il faut intervenir chez les femmes en dehors de toute grossesse. Les travaux se multiplient bientôt : deuxième mémoire de Fehling, en 1888, publication de Hoffa (1), Truzzi (2), Sippel (3), Schauta (4), de sorte qu'en 1892, Kümmer (5) peut réunir trente-huit cas favorables à la méthode de l'oopho-

(1) Hoffa. *Beit. z. Geb. heik. und. Gyn.*, 1889.
(2) Trozzi. *Annal. di Obst.*, 1890.
(3) Sippel. *Wien. Klin. Wochens.*, 1890.
(4) Schauta. *Wien. Med. Wochens.*, 1890.
(5) Kummer. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1892.

rectomie double. Labusquière (1), dans une revue analytique, est amené aux mêmes conclusions.

Nous avons personnellement recueilli tous les cas que nous avons trouvés épars dans les revues ; nous avons ainsi rassemblé 56 cas de Porro, avec 24 insuccès et 32 cas favorables ; 70 castrations doubles avec 12 insuccès et 58 guérisons ou améliorations très notables. Il est certain que les échecs peuvent se rencontrer ; Beaucamp en a publié un cas en 1893 ; la malade opérée par M. Tillaux a tout au plus bénéficié de l'intervention par la disparition temporaire des douleurs. Mais si l'on prend l'ensemble des cas sévèrement contrôlés par Winckel, Truzzi, où les malades ont été revues longtemps après l'opération, il résulte bien de tous ces faits que c'est au plus si le chiffre des insuccès s'élève encore à 20 p. 100 ; autrefois, c'était exactement le chiffre des guérisons.

DE LA PRÉDOMINANCE DES SYMPTOMES A GAUCHE DANS L'APPENDICITE (2)

Par MM. Termet et Vanverts,
Internes des hôpitaux de Paris.

V

Obs. XVI, inédite (communiquée par M. Leblanc, interne des hôpitaux). — *Appendicite avec abcès à gauche.* — Le nommé Jean B..., âgé de vingt-huit ans, chauffeur à la Compagnie de l'Est, demeurant à Saint-Denis, entre, le 28 décembre 1895, à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise-Paré.

Aucun antécédent local.

L'affection avait débuté, trois jours auparavant, par une douleur vive, analogue à un point de côté, du côté gauche.

A l'examen : facies péritonéal, pouls petit, fréquent ; vomissements verdâtres ; absence d'émission de gaz et de matières fécales par l'anus.

La palpation abdominale décèle l'existence d'une collection à gauche, occupant toute la fosse iliaque de ce côté, et dépassant la ligne médiane de deux travers de doigt environ.

La fosse iliaque droite est libre et nullement douloureuse.

La portion sus-ombilicale de l'abdomen paraît également indemne. On fait le diagnostic d'abcès enkysté d'origine appendiculaire.

Le malade étant dans un état très grave, on pratique l'anesthésie à la cocaïne, puis M. le docteur Isch-Wall, assistant du docteur Reynier, fait, sur la fosse iliaque gauche, une incision symétrique de l'incision classique de l'appendicite droite, qui donne issue à un flot de pus. Le doigt introduit dans la cavité vient buter à deux travers de doigt et à droite de la ligne médiane, contre une masse arrondie, accolée à la paroi abdominale antérieure, et qui semble être l'appendice. M. Reynier, voulant en avoir la certitude, pratique, avec toutes les précautions antiseptiques de rigueur, une incision à droite, qui conduit dans une cavité péritonéale absolument saine et le doigt, introduit dans la séreuse, trouve à l'endroit précité, se continuant avec le cæcum, l'appendice augmenté de volume, accolé à la paroi abdominale antérieure et formant la paroi droite de l'abcès. Il est laissé en place.

Il s'agissait donc, en somme, d'un abcès d'origine appendiculaire, causé probablement par une perforation à gauche de l'appendice, celui-ci ayant protégé à droite la grande cavité péritonéale.

Suture à trois étages de l'incision droite ; à gauche, double drain et gaze iodoformée.

Suites normales. Le malade quitta l'hôpital, guéri, le 22 mars 1896.

Revu depuis, plusieurs mois après, il n'avait jamais rien éprouvé de fâcheux du côté de l'abdomen.

Obs. XVII, inédite (communiquée par M. le docteur Ch. Monod). — *Appendicite. Abcès des deux fosses iliaques, le foyer le plus volumineux étant à gauche.* — Jeune homme de dix-neuf ans, journalier, sans antécédents héréditaires et de bonne santé antérieure. N'a jamais eu d'attaques de douleurs abdominales pouvant faire penser à l'appendicite.

Le 26 janvier 1894, à sept heures et demie du soir, apparurent brusquement des douleurs abdominales très vives, qui forcèrent le malade à s'aliter. Les douleurs persistèrent, généralisées à tout le ventre, mais avec maximum dans la région sous-ombilicale. La nuit fut très agitée, le sommeil impossible, et le malade eut, à plusieurs reprises, des vomissements alimentaires.

Pendant les jours suivants les phénomènes douloureux gardèrent la même intensité et le ventre se ballonna ; mais les vomissements ne se reproduisirent pas. Fièvre, lassitude. La constipation était absolue et la miction difficile.

Le 29 janvier au soir, le malade est transporté dans le service de M. Debove, à l'hôpital Audral, où il reste quinze jours. On lui administre d'abord un purgatif qui amène une débâcle, et on le met au régime lacté.

Pendant son séjour à Andral, le malade a de l'insomnie et de la fièvre (38 degrés à 39°5) ; il va à la selle régulièrement. Les douleurs abdominales diminuent d'intensité ; elles se localisent d'abord dans la fosse iliaque droite, puis apparaissent dans la fosse iliaque gauche.

Le malade est transporté, le 13 février, à l'hôpital Saint-Antoine et placé dans le service de M. le docteur Monod. A ce moment son état est le suivant : dans le décubitus dorsal il ne souffre pas ; ce n'est que rarement qu'apparaissent quelques élancements dans la fosse iliaque gauche. L'abdomen est uniformément distendu ; la peau est de coloration normale, sauf au-dessus de l'arcade crurale gauche où elle est rosée. A la palpation, on constate que la région sus-ombilicale n'est pas douloureuse ; il existe une légère sensibilité à la pression des régions de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre ; le moindre attouchement de la fosse iliaque gauche est extrêmement douloureux ; mais on ne trouve, en ce point, qu'un empâtement sans fluctuation appréciable. Cette dernière région est nettement mate à la percussion ; dans la fosse iliaque droite existe de la submatité et plus haut une sonorité très superficielle. Pas de vomissements ; constipation qui a toujours cédé à l'emploi des laxatifs ou des lavements. La température est à 37 degrés le matin, à 38 degrés le soir.

Le pouls est régulier, ample, peu fréquent. Urines uratiques. Facies pâle, fatigué ; yeux excavés.

Opération le 14 février : Incision dans la fosse iliaque gauche, analogue à celle de la ligature de l'artère iliaque externe. Ecoulement abondant de pus épais, un peu fétide (350 grammes environ). En introduisant l'index dans la plaie, on pénètre dans le petit bassin ; à la partie supérieure de la poche, on rencontre un dôme formé par la masse molle de l'intestin. Lavage à l'eau boriquée tiède.

Seconde incision, analogue à la précédente, dans la fosse iliaque droite ; écoulement de pus. Les foyers droit et gauche communiquent largement. Lavage à l'eau boriquée. Drainage bilatéral. Pansement iodoformé.

Suites : Pas de fièvre, pas de vomissements.

Le 16 février, lavement ; des matières fécales sortent par

---

(1) Labusquière. *Ann. de gyn.*, 1893 et 1895.

(2) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 306.

la plaie gauche. Grande irrigation dans la plaie d'où il s'écoule des matières jaunâtres liquides en grande abondance.

Le 9 mars, l'incision droite est cicatrisée; la plaie gauche continue à suppurer; mais il ne s'écoule plus de matières intestinales.

Puis la fistule purulente se ferme complètement.

Obs. XVIII, inédite (communiquée par M. le docteur Ch. Monod). — *Appendicite. Péritonite généralisée avec gros foyer à gauche.* — Homme de dix-neuf ans, pris brusquement dans la nuit du 18 au 19 mars 1893, d'une vive douleur dans le ventre. La veille et les jours précédents le malade avait été à la selle régulièrement. Le 19 mars, selle noirâtre. Le 20, douleurs dans tout l'abdomen avec maximum dans la fosse iliaque droite; vomissements verdâtres peu abondants, pas de selle, fièvre.

Au moment de son entrée dans le service de M. Monod (22 mars), l'état est le suivant : Facies grippé, langue saburrale, température 37°5, pouls 96, ventre douloureux et ballonné; empâtement très douloureux à la pression et très nettement délimitable dans la fosse iliaque droite, faisant une saillie appréciable à la vue, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale; matité à ce niveau. Glace intus et extra; lait, 5 centigrammes d'extrait d'opium.

23 mars. — Hoquet; pas de vomissements. Température: 37°5; le soir, 38 degrés.

24, 25, 26 mars. — Amélioration; la douleur et le ballonnement diminuent; la tuméfaction de la fosse iliaque droite est moins marquée; selle spontanée; quelques vomissements; facies meilleur; la température reste cependant à 38 degrés, 38°5; pas de pus dans les selles.

27 mars. — Rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.

28, 29 mars. — Etat stationnaire; selles; quelques vomissements; on ne retrouve plus de tuméfaction péricæcale.

30 mars. — Aggravation; douleurs abdominales plus vives; météorisme très marqué; langue sèche; soif vive; facies très grippé; vomissements; deux selles. On constate qu'il existe, à *gauche* de l'ombilic, de la douleur plus vive et de la submatité. La température, qui était à 37 degrés le matin, monte à 39 degrés le soir; pouls 120.

31 mars. — Facies péritonéal accentué; sueurs froides et visqueuses, abondantes; pâleur et refroidissement des extrémités; température, 37°4; pouls 120 à 130, irrégulier, petit; respiration haletante; soif vive; vomissements. Ventre très météorisé et très douloureux, surtout à gauche.

Laparotomie immédiate : Incision médiane au-dessous de l'ombilic; dès l'ouverture du péritoine épaissi, écoulement d'un liquide séro-purulent. Anses intestinales agglutinées par des fausses membranes et du pus. La main, introduite dans la cavité péritonéale, trouve à gauche une poche renfermant du pus fétide. A droite, vers le cæcum, poche formée par des adhérences intestinales et renfermant du pus séreux.

On ne peut constater nettement les lésions du cæcum et de l'appendice. Lavage à l'eau bouillie. Mèches de gaze iodoformée dans les deux fosses iliaques et la portion médiane de l'abdomen.

Suture incomplète de la plaie pariétale.

Durée de l'opération, quarante-cinq minutes (chloroformisation comprise).

Pas de choc opératoire; une demi-heure après, le malade réveillé se trouve mieux.

Soir, à quatre heures. — Température 38 degrés, pouls petit à 120.

A 8 heures : sueurs froides, nez pincé, extrémités glacées, pouls imperceptible, température 39 degrés, dyspnée, vomissements verdâtres.

1er avril. — Température 38°8; pouls 120, meilleur que la veille; vomissements nettement porracés; langue rosée; diarrhée jaunâtre; dyspnée; sueurs froides; connaissance complète. Injections de caféine et de sérum artificiel (30 grammes).

2 avril. — Aggravation. Mort à trois heures du soir avec une température de 39°5.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Dans le petit bassin vaste collection purulente, recouverte par la masse intestinale adhérente au détroit supérieur. Exsudats fibrineux dans la fosse iliaque gauche. Appendice de 3 centimètres de longueur, situé en place normale; son extrémité gangrénée baigne dans le pus; pas de corps étranger.

Bactériologie du pus : Streptocoque surtout, staphylocoque blanc et un bacille qui n'a pu être classé; pas de bacterium coli.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des oxyures vermiculaires chez les enfants.

A tous les enfants qui se présentent à la consultation de l'hôpital Trousseau pour des oxyures vermiculaires, je conseille :

1° Prendre, pendant trois jours consécutifs, le matin, à jeun, un paquet contenant :

Santonine	5 centigrammes.
Calomel	10 —

Chaque paquet est pris, délayé dans une cuillerée de lait sucré.

2° Faire, pendant trois jours consécutifs, le soir, au coucher de l'enfant, des onctions intra-anales avec le doigt enduit de la pommade suivante :

Glycérolé d'amidon	20 grammes.
Onguent napolitain	10 —

Il est bien rare que ce traitement si simple échoue; il est efficace dans l'immense majorité des cas, et il est inoffensif.

Il peut être répété, sans inconvénient, en cas de rechute ou de récidive. La dose de 5 centigrammes de santonine et de 10 centigrammes de calomel par paquet est une dose moyenne, qui se prescrit aux enfants de quatre, cinq et six ans.

Il n'y aurait aucun inconvénient, en cas d'insuccès, à porter la dose de santonine à 10 centigrammes par jour.

En partant de cette règle, 1 centigramme de santonine par jour et par année d'âge, on ne risque rien.

La santonine, quoi qu'on en ait dit, est un médicament peu toxique chez les enfants, et quand des accidents ont été observés, c'est que la santonine avait été employée à doses formidables.

Mais enfin, si l'on a peur de la santonine, on pourra la remplacer par le semen-contra, qu'on donnera en électuaire, avec du miel (1 à 2 grammes par dose), ou en infusion :

Semen-contra.	3 grammes.
Faire infuser dans eau bouillante	100 —
Ajouter sirop de mousse de Corse	20 —

Quel que soit l'anthelminthique employé, n'oublions pas la recommandation que j'ai déjà faite : Quand on veut voir disparaître rapidement les oxyures vermiculaires, il ne faut pas se borner à faire un traitement local, qui ne détruit que les parasites de passage, il faut, par l'ingestion méthodique des vermicides, poursuivre les vers jusque dans leur repaire, c'est-à-dire dans l'intestin grêle et dans le cæcum.

Cette règle est, d'ailleurs, admise par la plupart des médecins d'enfants, qui sont d'accord sur les indications à remplir, s'ils ne le sont pas toujours sur les agents à employer.

La santonine, qui a mes préférences, compte un grand nombre de partisans.

On a voulu, ces dernières années, lui substituer la naphtaline qui, quoi qu'on en dise, est plus toxique et moins certaine dans ses effets.

Ungar (de Bonn), après avoir administré un laxatif, prescrit des doses de 15 à 40 centigrammes de naphtaline, suivant l'âge, au nombre de 4 par jour pendant trois jours.

Le médicament est pris en poudre mêlée à du sucre, dans l'intervalle des repas, en ayant soin d'éviter les aliments gras et huileux qui pourraient dissoudre la naphtaline, accroître les chances d'intoxication, et diminuer l'action parasiticide.

Quand la première série de paquets est épuisée, on laisse reposer l'enfant pendant huit jours et on recommence. Puis on laisse un intervalle de deux semaines, avant de terminer par une troisième cure.

Sur 46 malades, 26 auraient été guéris d'une manière durable, et 20 momentanément. Je ne trouve pas ces résultats merveilleux, et je préfère la santonine associée au calomel. (J. Comby. *Méd. moderne.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars 1897. — Présidence de M. Delens.

COMMUNICATION

Cholécystite; cholécystostomie. — M. LEJARS rapporte l'observation d'un jeune garçon, côtier aux omnibus, qui souffrait depuis deux ans de crises douloureuses du côté du foie, avec fièvre, vomissements. Dans ces derniers temps, il était arrivé à un état cachectique des plus avancés, le facies amaigri, la langue sèche et rôtie, l'haleine fétide, le corps émacié, présentant, en un mot, tous les signes d'une intoxication profonde ; il avait du subdelirium ; les selles étaient rares, décolorées, graisseuses ; les urines bilieuses ; le foie gros débordait les fausses côtes, la vésicule biliaire était distendue, dure et douloureuse. Le malade avait tout à fait l'aspect typhique. M. Lejars porta le diagnostic d'angio-cholécystite infectieuse, peut-être lithiasique. Il fit d'urgence la laparotomie et la cholécystostomie. Le foie recouvrait la vésicule. Celle-ci était verdâtre. L'examen des canaux n'y fit découvrir aucun calcul. M. Lejars fixa donc la vésicule à la paroi abdominale et l'ouvrit après l'avoir fixée. Il sortit une bile d'un jaune verdâtre, sans traces de graviers. Le soir même la température tomba et les douleurs diminuèrent. La température s'abaissa à 37°2. Les garde-robes restaient blanchâtres. Les pièces du pansement n'étaient pas tachées de bile. Ce ne fut que quarante-huit heures après que la bile commença à couler en abondance. Trois jours après, la température était de 38°5, les selles, qui étaient redevenues normales, se décolorèrent de nouveau. Mais, dès le lendemain, la température redescendit à 37 degrés et les selles se colorèrent. M. Lejars laissa couler la fistule pendant longtemps. L'examen bactériologique de la bile montra qu'elle contenait une grande quantité de *bacterium coli*. Six semaines après, elle ne contenait plus que quelques microbes ayant perdu toute virulence. M. Lejars laissa alors la fistule se fermer, et le malade est aujourd'hui complètement guéri.

Il s'agissait là d'une infection coli-bacillaire sans lithiase, se traduisant depuis deux ans par des crises douloureuses et ayant amené le malade à un état cachectique des plus graves. Ce malade est aujourd'hui guéri depuis plus de quatre mois.

M. MICHAUX demande à M. Lejars s'il a fait l'examen des selles chez ce malade. Il cite un cas analogue dans lequel les selles contenaient du sable d'origine intestinale ou biliaire.

RAPPORT

Péritonite purulente; laparotomie. — M. RICHELOT fait un rapport sur une observation adressée par M. Malapert (de Poitiers). Il s'agit d'une fillette de neuf ans qui, à la suite d'une chute sur le ventre, fut prise dès le lendemain d'accidents abdominaux très graves. M. Malapert ne vit cette enfant pour la première fois que vingt et un jours après le début de ces accidents et conseilla immédiatement l'intervention chirurgicale qui fut repoussée. Le médecin traitant de la malade fit une ponction et tira 1 litre et demi de pus. Après une nouvelle temporisation, on se décida à laisser M. Malapert opérer cette petite malade. L'opération fut pratiquée le 30 décembre. Au cours de cette opération, la vessie, qui était très adhérente et très remontée, fut ouverte. M. Malapert la referma aussitôt par une suture à trois plans. Il fit ensuite l'ouverture du péritoine qui donna issue à 3 litres de pus avec des fausses membranes. Il fit un lavage avec 6 litres de sublimé au dix-millième et il plaça ensuite un tamponnement à la Mikulicz dans le cul-de-sac de Douglas. Ce tampon fut enlevé le cinquième jour et remplacé par un drain. La petite malade a bien guéri.

M. Malapert émet des doutes sur la relation de cause à effet entre la chute et cette péritonite purulente. Il croit qu'il s'agit là d'une de ces péritonites idiopathiques des jeunes sujets.

M. le rapporteur ajoute quelques réflexions sur cette observation : il déplore la temporisation beaucoup trop longue qui a fait ici reculer l'opération ; l'ouverture de la vessie aurait peut-être été évitée avec plus d'attention. La grande quantité de liqueur de Van Swieten au dix-millième, injectée dans le péritoine, pouvait n'être pas sans inconvénients. Le tamponnement à la Mikulicz, dans ces cas, ne vaut pas le drainage. Quant à la nature de la péritonite, M. Richelot se rattacherait volontiers à l'idée d'une tuberculose péritonéale éveillée par le traumatisme.

M. QUÉNU adopte les conclusions de M. Richelot sur la nature probable de cette péritonite. Il cite l'exemple d'une femme de trente ans qui semblait avoir une ascite symptomatique d'une tumeur végétante de l'ovaire. La ponction donna issue à du pus. Huit ou dix jours après, M. Quénu fit la laparotomie et trouva du pus remplissant le petit bassin. Il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse enkystée.

MM. REYNIER, BRUN ET KIRMISSON citent des faits analogues.

PRÉSENTATION DE MALADES

Traitement des fractures de jambe par l'appareil ambulatoire. — M. RECLUS présente un malade qui était atteint d'une fracture de la moitié inférieure de la jambe et qu'il a traité par l'appareil ambulatoire. Après quarante-neuf jours, la consolidation ne semble pas encore absolument parfaite.

Ouverture des kystes hydatiques du foie. — M. MONOD montre un malade qu'il a opéré d'un kyste hydatique de la partie supérieure du foie de la façon suivante : résection des huitième, neuvième et dixième côtes, accès facile à la partie supérieure du foie, fixation du foie à la paroi abdominale ; dix jours après, pénétration dans la collection kystique et ablation de la totalité de la poche hydatique.

Kyste dermoïde de l'ovaire. — M. BRUN présente un kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu qu'il a enlevé chez une jeune fille de quatorze ans.

La séance est levée.

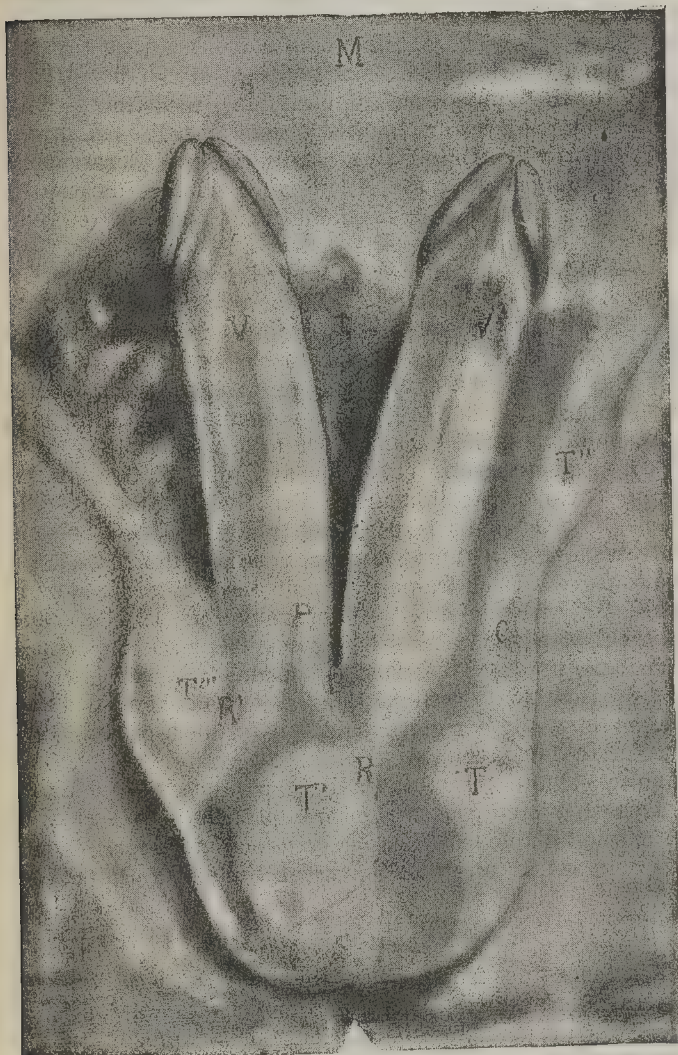
REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie des voies urinaires (1), par le docteur J.-M. Lavaux, professeur libre à l'Université.

La deuxième édition de ce *Manuel*, qui vient de paraître, comprend deux volumes in-8°, l'un de 1200 pages, et l'autre de 950 pages.

Parmi les chapitres nouveaux, il faut citer ceux qui sont consacrés à la dilatation des voies urinaires supérieures *aseptiques*, aux calculs de cette région des voies urinaires, aux affections chirurgicales du parenchyme rénal et aux questions de séméiologie.

Dans le texte sont intercalées de nombreuses figures représentant des pièces anatomo-pathologiques intéressantes, et le curieux cas de tératologie que nous reproduisons ici :



« Il s'agit d'un homme âgé de trente-neuf ans. Il présente :

1° Trois jambes, une qu'il relève et dont le pied est fixé contre les fesses au moyen d'une ceinture ;

2° Trois bras, le troisième, rudimentaire, prenant naissance vers le milieu de l'omoplate gauche ; la main n'a que trois doigts sans ongles.

Parties génitales doubles. Deux pénis semblables.

Quatre testicules, deux normaux et deux qui rentrent presque toujours dans les anneaux inguinaux au moment de l'éjaculation, qui a lieu simultanément par les deux urèthres.

Pendant le coït, le deuxième pénis est fixé par une deuxième ceinture.

Pendant la miction, l'urine s'écoule par les deux urèthres.

Constitution générale bonne.

Intelligence assez développée. »

(1) 2 vol. in-8°, 2e édit. Prix : 24 francs. — Paris, Houssiaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies.

Médailles d'argent : M. le docteur Robert (de Guiscard) ; MM. Benoit, interne à l'hôpital Trousseau, et Weill, interne provisoire audit hôpital.

Médailles de bronze : M. le docteur Dessaux (de Tôtes) et M. Le Damany, interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

— La Société obstétricale de France tiendra sa session annuelle les jeudi, vendredi et samedi de la semaine de Pâques, 22, 23 et 24 avril 1897, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

La « séance d'affaires » est fixée au jeudi 22 avril, neuf heures du matin ; cette séance devant être de courte durée, les communications commenceront aussitôt après.

Conformément à l'article 8 du règlement, toutes les demandes de communication doivent être faites au moins un mois avant l'ouverture de la session.

Les deux questions mises à l'étude sont : 1° De l'avortement habituel ; 2° Des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement.

Toute demande d'inscription pour une communication et toute demande de renseignements doit être adressée à M. le docteur Crouzat, secrétaire général, rue du Sénéchal, 9, à Toulouse, ou à M. le docteur Demelin, rue des Halles, 30, à Paris.

— Le professeur Rokitansky vient de prononcer, comme recteur de la Faculté de médecine d'Innsbruck, un intéressant discours sur les *Progrès réalisés par la médecine française du début du siècle dans l'art de guérir*. Nous sommes heureux de pouvoir mettre en relief les sympathies françaises que cette étude approfondie de notre vieille école révèle chez ce savant professeur.

Le professeur Rokitansky, en quelques pages, a résumé la vie, les œuvres et donné une idée des doctrines de nos principaux chefs d'école : Bichat, Broussais, Corvisart, Bayle et surtout Laënnec, dont les travaux lui sont tout à fait familiers. Il parle du bon accueil qui fut fait au *Traité de l'auscultation médiate* en 1819 ainsi que des traductions qui en furent données dans toutes les langues ; il rappelle la facilité avec laquelle se généralisèrent les principes de l'auscultation, grâce à l'empressement que mirent les médecins de tous les pays à venir s'instruire de la nouvelle méthode sous la propre direction de Laënnec.

Il conclut en faisant valoir l'importance des progrès dus à ces grands praticiens français. « Ce sont, dit-il, des astres qui se sont éteints au ciel de la science, mais les foyers qu'ils ont allumés ne cesseront de rayonner d'une clarté toujours plus vive. »

— *Erratum.* — Pages 281 et 285, le nom du confrère, dont l'épingle de sûreté a été l'objet d'un rapport de M. Porak, doit être lu Baratier et non Barallier.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 22 mars 1897.

Le traitement chirurgical de l'*appendicite* intéresse presque autant les médecins que les chirurgiens. Ne sont-ils pas ordinairement appelés tout d'abord près des malades? N'ont-ils pas souvent à avertir les familles, qu'il y a, ou qu'il y aura plus tard lieu d'intervenir? Aussi la question vient-elle d'être agitée à la Société médicale des hôpitaux à propos d'une communication de M. Merklen, sur ce qu'il appelle l'appendicite grippale.

Trois enfants, au cours d'une grippe caractérisée surtout par de l'amygdalite, furent pris d'accidents aigus d'appendicite. Dans l'un d'eux, une poussée aiguë d'entéro-colite précéda les accidents appendiculaires. Ce n'est pas la première fois qu'on signale les rapports de l'appendicite et des infections générales. Il semble que ces infections : rougeole, grippe, fièvre typhoïde, etc., viennent exalter la virulence des microbes contenus dans la cavité ou dans les parois de l'appendice.

A propos surtout de l'un de ces cas, M. Merklen soulève la question de l'intervention à froid. Le jeune homme appartient à une famille dans laquelle il y a eu des cas d'appendicite graves et on peut considérer comme démontré qu'il y a une véritable prédisposition familiale à ce genre d'accidents intestinaux. Faut-il le débarrasser de son appendice dès maintenant? Faut-il, au contraire, attendre une seconde poussée d'appendicite?

Les raisons pour intervenir à froid dans l'appendicite à rechutes multiples sont connues et appréciées : on ne sait jamais ce que seront les crises ultérieures. Une d'entre elles peut toujours présenter une gravité très grande et entraîner la mort, sans que l'intervention chirurgicale puisse sauver le malade. MM. Siredey et Rendu montrent, par des exemples typiques, que des malades opérés à froid, alors qu'ils étaient, en apparence, complètement guéris, avaient, en réalité, un appendice très malade, ulcéré et prêt à se rompre. M. Florand cite deux cas dans lesquels, la famille ayant voulu attendre une seconde attaque, celle-ci fut mortelle.

Le principe de l'intervention dans l'appendicite à rechutes est maintenant admis par la grande majorité des auteurs. Pas de doute quand il y a eu quatre, cinq, six poussées successives. Mais où commence l'appendicite à rechutes? M. Moizard est d'avis d'intervenir après une seconde attaque et M. Rendu se rallie à cette façon de voir.

Chez les enfants, nous semble-t-il, il n'y a, en tout cas, aucun doute, car chez eux l'appendicite est, en général, beaucoup plus grave que chez les adultes : mais chez ces derniers?

M. Galliard voudrait qu'on fît une enquête sur les résultats comparés de l'intervention, de la non-intervention et de l'opération à froid. Que deviennent les malades non opérés? Dans quelle mesure présentent-ils des récidives? Dans quelle proportion finissent-ils par succomber à leur appendicite? On fait remarquer avec raison que l'on peut avoir des crises d'appendicite pendant toute sa vie et ne succomber qu'au delà de quarante ans, ce qui rend difficile l'établissement d'une semblable statistique. Quant à la comparaison de l'intervention à chaud et à froid, réclamée par d'autres personnes, il y a chose jugée, et on sait très bien maintenant que l'intervention à froid ne présente pas plus de danger que la cure radicale des hernies, par exemple : c'est donc une opération relativement très bénigne.

On peut voir par ce court exposé que les médecins deviennent de plus en plus interventionnistes; quelques-uns d'entre eux en sont même, on le voit, à se demander si l'on ne doit pas réséquer l'appendice après une seule attaque d'appendicite. Nous voilà loin de la typhlite et l'intervention a gagné du terrain, depuis la dernière fois que cette question a été agitée à la Société médicale.

M. Rendu montre combien la coïncidence de l'hystérie peut parfois rendre difficile le diagnostic de l'appendicite. Dans un cas, un médecin des plus instruits avait conclu à des crises de pseudo-appendicite chez une hystérique qu'il avait longuement observée. Dans un autre, l'apparence avait été celle d'une péritonite par perforation. L'absence de fièvre, la survenue de plusieurs hématémèses étaient des circonstances bien faites pour égarer le diagnostic. Dans les deux cas l'intervention chirurgicale amena la guérison.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

En faisant la déclaration des cas de maladies épidémiques, le médecin acquiert-il le caractère de citoyen chargé d'un service ou d'un mandat public?

M. le docteur G. V... (d'Arpajon) ayant eu l'occasion de faire, au cours de l'année dernière, la déclaration de quel-

ques cas de diphtérie, l'*Écho arpajonnais* publia un article diffamatoire contre notre confrère. Fort de son droit et de l'exactitude de ses diagnostics bactériologiques, contrôlés d'ailleurs dans un des laboratoires de la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur V... assigna l'auteur de l'article et le directeur du journal devant le tribunal correctionnel de Corbeil, qui a condamné le premier à 50 francs et le second à 25 francs d'amende et aux dépens.

Ce jugement ayant été confirmé par la Cour d'appel de Paris, le 13 juin dernier, l'auteur de l'article diffamatoire s'est pourvu en cassation, en faisant valoir à l'appui que les médecins remplissaient une fonction publique lorsqu'ils faisaient la déclaration obligatoire des cas de maladies épidémiques, et que dès lors la juridiction correctionnelle n'était pas compétente.

Le 22 octobre 1896, la chambre criminelle de la Cour de cassation a rejeté le pourvoi, en déclarant que « si la loi du 30 novembre 1892 dispose que les médecins sont tenus, sous peine d'amende, de faire à l'autorité publique la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous leur observation et déterminées par arrêté ministériel, ces dispositions ne comportent nullement, à leur profit, l'attribution ou la délégation d'une partie des pouvoirs publics; et elles ne sauraient avoir pour effet de leur conférer le caractère (étranger à leur situation professionnelle) de citoyens chargés d'un service ou d'un mandat public temporaire ou permanent, au sens de l'article 31 de la loi du 29 juillet 1881.

« La juridiction correctionnelle est donc compétente pour statuer sur la poursuite intentée par un médecin, à raison de diffamations ou injures relatives à ses déclarations des cas de maladies épidémiques. »

CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

REMARQUES BASÉES SUR CENT DEUX INTERVENTIONS

Par M. J. Brault,

Médecin-major de l'armée, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger.

Depuis un peu plus de quatre ans, j'ai pratiqué, tant à l'hôpital du Dey qu'à l'hôpital de Mustapha, **115** cures radicales de hernie qui se répartissent ainsi :

102 hernies inguinales, 7 hernies crurales et 6 hernies épigastriques.

Comme l'indiquent ces chiffres, il m'est encore interdit de parler des deux dernières catégories, aussi m'en tiendrai-je uniquement à la hernie inguinale.

I

Sur mes **102** interventions, je compte 99 hommes et 3 femmes adultes, mon plus jeune opéré avait dix-huit ans, mon plus âgé quarante-sept, c'est dire que j'envisage surtout la cure radicale chez l'homme dans la période moyenne de la vie.

Placé dans ces conditions spéciales, venu au moment où l'on délaissait déjà la formule classique du professeur Trélat, j'ai été amené, par la force des choses, à opérer sans distinction, sans restriction aucune, toutes les variétés de hernie inguinale, depuis la pointe jusqu'à l'éventration.

Abstraction faite de 5 cas de récidive, je compte 97 cas qui *tous*, sauf une *dizaine* à peine, sont imputables à la *congénitalité*. Je prends, bien entendu, le terme dans son acception la plus large, et je ne table pas seulement sur les faits où le sac se confondait avec la vaginale avec ou sans ectopie testiculaire. A notre avis, en pareil occurrence, on doit se baser sur un ensemble de caractères cliniques et anatomo-pathologiques désormais bien connus. Dans presque toutes nos observations, il était question de hernies survenues brusquement, ayant acquis leur maximum pour ainsi dire d'un seul bond, d'un seul coup; souvent les sacs étaient longs, étroits et minces, plus ou moins bridés par places. A la dissection, on retrouvait leurs caractères spéciaux : placés sous le crémaster et la fibreuse, intimement unis au cordon, très adhérents *surtout* au canal déférent, ils étaient, pour la plupart, fortement diaphragmés. Je dois toutefois placer une remarque à propos de ces fausses cloisons intra-vasculaires, ce n'est là qu'un signe *relatif* de congénitalité, car il m'est arrivé, par deux fois, de rencontrer des coarctations en tout semblables dans des cas de récidive où le canal vagino-péritonéal avait partout été dûment disséqué et réséqué en totalité lors de la première intervention.

Le rôle de la graisse est indéniable pour un certain nombre de cas; chez des sujets dans de bonnes conditions sociales et approchant de la trentaine ou l'ayant dépassée, nous avons à maintes reprises constaté l'envahissement du canal par la graisse sous-péritonéale.

En résumé, l'amorce vagino-péritonéale avec son échelle si variée et le développement adipeux abdominal intus (1) et extra, donnent, à eux seuls, la clef de presque toutes les hernies des adultes et de leur production plus ou moins retardée.

Chez les sujets surmenés et mal nourris, chez les cachectiques, chez les tuberculeux notamment, l'on peut, néanmoins, rencontrer des hernies de faiblesse pour nous servir d'une ancienne expression consacrée par l'usage.

Dans nos notes, nous en relevons quatre cas chez de pauvres hères qui présentaient un amaigrissement marqué. Dans ces cas, la paroi est flasque et les anneaux largement débraillés laissent passer un gros sac tout d'une venue (2). Il n'est pas jusqu'au contenu qui ne diffère en pareil cas : alors que dans les hernies congénitales l'on trouve assez communément le sac vide ou rempli par une longue lame d'épiploon, ici l'on a presque toujours affaire à une grosse entérocèle.

Quelques-uns de nos opérés étaient fils ou même petits-fils de hernieux, d'autres en comptaient dans leurs proches, mais la plupart — est-ce ignorance? — n'accusaient aucun antécédent héréditaire.

Je compte six hernies doubles opérées dans une même séance; puis les simples gauches et droites viennent en ligne à très peu près. Dans les deux tiers au moins des cas, il s'agissait de hernies communes non compliquées, mais, par ailleurs, j'ai pu constater des variétés assez rares, je ne signalerai bien entendu que les faits les plus saillants.

II

Disons tout d'abord un mot des anomalies de volume : si j'ai rencontré des pointes très petites, souvent difficiles à repérer, par contre, j'ai dû m'attaquer parfois à des hernies très volumineuses.

Parmi ces cas, j'en citerai un qui me paraît tout à fait exceptionnel.

Cette hernie monstre, absolument irréductible, pendait à

---

(1) Épiploon, franges graisseuses intestinales.

(2) Ce sont les cas les plus faciles pour la dissection du sac, mais ce sont aussi les mauvais cas pour la réfection de la paroi.

gauche *jusqu'au genou* de son porteur; vieille de vingt ans, elle n'avait jamais été contenue par le port d'aucun bandage.

Le canal inguinal, complètement effacé, était représenté par un anneau unique démesurément agrandi, le ventre se trouvait fortement rétracté, et le scrotum, sillonné de grosses veines, représentait une nouvelle cavité abdominale. Nous trouvâmes là-dedans un immense tablier épiploïque et presque la moitié du gros et du petit intestin. Il y avait une large symphyse intestino-épiploïque et de nombreuses adhérences serrées de l'épiploon et de l'intestin avec le sac.

La dissection fut laborieuse, ce qui intriguait surtout les assistants, c'était la rentrée de l'énorme masse viscérale, cette dernière, méthodiquement faite *en pleine résolution*, fut cependant relativement facile; les suites furent très simples, ni dyspnée, ni vomissements incoercibles (1), et la cure se maintint bonne pendant les trois mois où le malade put être suivi.

Passons maintenant aux anomalies du sac et du contenu. Sans doute, aucune hernie ne ressemble à une autre, toutefois il en est beaucoup qui diffèrent peu entre elles, et il est encore assez facile de s'entendre sur le terme de variété rare.

Dans cet ordre d'idées, à l'heure actuelle, il n'y a même guère de place pour une surprise, car les types exceptionnels sont aujourd'hui, pour la plupart, très bien connus.

Dans notre pratique, au cours de deux ou trois interventions, nous avons eu quelques hésitations sur la présence d'une corne vésicale, mais, en somme, nous n'avons jamais rencontré de cystocèle avérée.

Trois fois nous sommes tombé sur le gros intestin descendu avec le méso formant ce que Scarpa appelait autrefois les adhérences charnues, désignées plus récemment sous le nom d'adhérences par glissement.

Chez une jeune femme, plusieurs fois mère, dans une hernie inguinale gauche, nous avons trouvé la trompe adhérente; la dissection des adhérences assez serrées a été faite, et nous avons pu rentrer l'organe.

Une seule fois, l'appendice était sorti, mais dans des circonstances si bizarres que le cas mérite une mention spéciale. Dans un premier sac, je trouvai une pointe de cæcum et la totalité de l'appendice bien développé et ne perdant rien de sa taille.

Ce dernier était fixé à la partie postérieure du sac par des adhérences occupant une bonne partie de sa hauteur. Tout ceci, jusqu'à présent, est assez ordinaire, mais ce qui surprend davantage et sort tout à fait du commun, c'est qu'audevant de la pointe de cæcum et de l'appendice, nous trouvâmes un étroit couloir séreux contenant une longue traînée épiploïque.

Résection de l'épiploon, puis de l'appendice et du sac interne adjacent, résection du sac extérieur, furent les principaux temps de la technique opératoire suivie, d'ailleurs, avec un plein succès.

Voici pour le contenu, passons au contenant. Comme je l'ai indiqué plus haut, j'ai surtout eu affaire à des hernies congénitales, c'est-à-dire à des sacs *longs*, *étroits*, *très minces* et *très adhérents*. Ces sacs nous ont présenté des formes assez diverses, je n'insiste pas sur les diaphragmes, les brides, pas davantage sur l'aspect moniliforme que j'ai retrouvé

(1) Kuster.

maintes fois dans une affection « sœur », j'ai nommé les hydrocèles, dites enkystées du cordon (1). Je ne veux retenir ici que trois ou quatre observations un peu singulières (2). Une fois, nous nous sommes trouvé en présence d'une vaginale remontant jusque dans le canal, à côté d'un sac herniaire, la séreuse entourant le testicule contenant un peu de liquide, il y avait chez notre opéré une ectopie légère.

Dans un autre cas, le sac herniaire descendait assez bas sur la vaginale, la coiffant comme d'un « bourrelet ». La dissection du sac au niveau de sa partie inférieure fut très délicate, néanmoins, la vaginale ne fut pas ouverte.

Deux fois je me suis trouvé en face de véritables lipomes péri-herniaires; dans une de mes interventions, il s'agissait d'une vieille hernie irréductible, renfermant un fort bouchon épiploïque, très adhérent; le sac, très mince, placé entre la graisse environnante et la graisse contenue, fut très difficile à voir, et ce ne fut que tout à fait en haut, tout près de l'anneau inguinal profond, que l'on put enfin le repérer.

Je retrouve, dans mes notes, deux cas de sacs isolés et superposés, un sac bifide et une observation où j'ai rencontré *deux sacs adossés en canon de fusil. Ces sacs ne communiquaient pas entre eux*, l'un était vide, l'autre contenait le gros intestin; l'opération fut particulièrement laborieuse.

De temps à autre, dans la variété congénitale, il existe tout en haut un diaphragme très accentué, les viscères s'échappent difficilement et d'une façon tout à fait intermittente, et du liquide péritonéal pourrait seul aborder le sac, et l'on aurait affaire à une hydrocèle faiblement communiquante.

Ces cas, dont nous avons pu recueillir plusieurs exemples, sont parfois délicats au point de vue du diagnostic: les malades qui sont porteurs de cette disposition ont presque tous été tour à tour considérés comme indemnes ou comme hernieux, à diverses époques de leur existence. Dans ces conditions, il ne faut pas se contenter d'une exploration rapide, il faut examiner longuement et à plusieurs reprises le sujet, couché ou debout, et lui faire, au besoin, exécuter des manœuvres de force.

Parfois, j'ai eu affaire à des sacs bridés en leur milieu par de gros vaisseaux artériels et veineux (3).

J'aurai terminé avec les variétés rares de hernie que j'ai pu rencontrer, lorsque j'aurai dit un mot des hernies compliquées.

Passons rapidement sur les hernies s'accompagnant de varicocèle ou d'hydrocèle, je n'en possède, d'ailleurs, que de rares exemples.

Dix fois, j'ai eu maille à partir avec l'ectopie testiculaire, et, six fois seulement, j'ai dû recourir à l'orchidopexie pour des formes abdominales ou interstitielles. Je compte enfin deux cures pour hernies inguinales étranglées.

Quant aux tumeurs kystiques accompagnant les hernies, je dois citer un kyste intravaginal, de la grosseur d'un œuf de pigeon, et deux cas de kystes sus-vaginaux, coïncidant avec les résidus du corps de Wolff.

(1) En dehors des hernies, j'ai eu l'occasion d'opérer une quinzaine de ces kystes; dans ces cas, je fends également et je refais le canal inguinal.

(2) Dans les hernies congénitales, la paroi est généralement bonne, bien charnue; parfois l'anneau est si étroit que l'on n'y peut engager le doigt; ce sont là des « atouts » pour la cure radicale.

(3) Je les ai sectionnés entre deux ligatures.

Notre première observation a déjà été publiée (1); dans notre deuxième, le corps résidual et les kystes avaient de la tendance à s'invaginer dans la paroi postérieure du sac herniaire.

Ces portions du corps de Wolff, ces kystes même, nous l'avons déjà dit ailleurs, peuvent en imposer pour une véritable invagination du cordon (2), et troubler l'opérateur au moment de l'intervention. (*A suivre.*)

HOPITAL INTERNATIONAL. — M. Péan.

Restauration du périnée, du vagin, de l'urèthre et du rectum.

L'opération suivante est un exemple de ce qu'on peut obtenir par l'autoplastie, même lorsque les pertes de substances sont si étendues, qu'elles paraissent au-dessus des ressources de la chirurgie. Il s'agit d'un cas de destruction totale des parois vésico-vaginale et recto-vaginale, remplacées par un cloaque. Le périnée avait totalement disparu, comme cela arrive toujours en pareille circonstance, les phénomènes de destruction s'étaient produits au moment d'un accouchement laborieux, chez une primipare de vingt-huit ans. La tête était restée quatre jours sur le périnée et n'avait pu être extraite que par un forceps, appliqué *in extremis*, en quelque sorte, et avec beaucoup de violence.

Laissée pour morte, la malade se rétablit cependant et vint me consulter, après avoir vu quelques-uns de mes confrères qui refusèrent leur intervention. Voici l'état de cette femme à mon examen.

A la place du périnée existe un tissu cicatriciel, difforme, percé de deux trous, l'un antérieur, un peu arrondi; l'autre postérieur, légèrement transversal, et semblant correspondre à la partie supérieure du rectum; tous deux arrivaient dans une cavité commune, sorte de cloaque, où passaient alternativement le sang des règles, l'urine et les matières fécales. Je pus facilement me rendre compte de la destruction des parois vésico-vaginale et recto-vaginale; avant d'intervenir, je désirais savoir ce qu'étaient devenus la vessie et le rectum, pour cela, je réunis les deux orifices dont j'ai parlé plus haut, par une incision médiane, et je pus ainsi constater que le bas-fond et le col de la vessie avaient disparu ainsi que l'urèthre.

En arrière de la vessie, en haut, existait un col utérin petit, informe, couvert de cicatrices, et dont la cavité était si étroite qu'elle ne pouvait admettre un cathéter: en arrière, il était encore coiffé d'un débris de la cloison recto-vaginale, limitant une sorte de cul-de-sac postérieur, et long de 3 centimètres; plus bas, pas de vagin, pas de paroi antérieure du rectum. Après quelques hésitations, je me décidai à tenter quelque chose; après les mesures antiseptiques nécessaires et la chloroformisation, la malade est placée dans le décubitus dorsal, le siège soulevé par un coussin glissé sous le sacrum.

Je m'occupe d'abord de reconstituer un réservoir urinaire; pour cela, je taille dans le côté gauche du vagin et de la vulve, un lambeau qui commence au-dessous du col de l'utérus, descend un peu obliquement en bas, arrive à la grande lèvre, qu'il suit jusqu'au mont de Vénus. Je libère ce lambeau des adhérences qui rattachent sa face profonde au pubis qu'il recouvre. Souple en avant, où il est constitué par des tissus relativement sains, telles que la grande et la petite lèvre; il est cicatriciel et résistant en arrière; après l'avoir disséqué, je le recourbe, de façon à présenter sa face tégumentaire en haut et en avant, du côté du réservoir urinaire, et sa face postérieure, en bas et en arrière du côté du périnée; recourbé ainsi sur lui-même, il continue en arrière ce qui reste de la face postérieure de la vessie par une sorte de pli; je soude son bord postérieur, devenu bord supérieur, à ce qui reste de la cloison recto-vaginale, disséquée, au préalable, dans une direction circulaire, de façon à pouvoir la porter en avant. J'inclus ainsi, comme je me l'étais proposé, le col de l'utérus dans l'intérieur de la cavité urinaire nouvelle, que je me propose de reconstituer; celle-ci est bien fermée en arrière par le ploiement du lambeau emprunté aux parties latérales gauches du vagin, mais elle reste ouverte en bas; pour la fermer dans cette direction, je soude le bord inférieur de mon lambeau à une incision longitudinale que j'ai faite sur le côté latéral droit de la vulve et qui s'étend jusqu'au clitoris; je le fixe en cet endroit par de nombreux points de suture isolés au catgut. Le réservoir urinaire ainsi est constitué en haut par ce qui reste de vessie; en avant, par du tissu épais de cicatrice; en arrière et sur les côtés, par mon lambeau latéral gauche recourbé en deux, de façon à former un pli en arrière, et dont le bord inférieur, soudé à la moitié droite de la vulve, empêche ainsi la sortie de l'urine en bas, de sorte qu'elle ne peut plus s'échapper que par un petit trou, ménagé du côté du clitoris; mais la surface du lambeau ayant été tournée en haut et en avant, pour rester en contact avec l'urine, il en résulte que la surface cruentée, tournée en bas et en arrière, reste en contact avec l'extérieur, ce qui compromet sa vitalité; pour éviter cet inconvénient, et pour donner aussi plus d'épaisseur, je les double d'un lambeau taillé sur le côté droit de la vulve qui, par sa base large, correspond aux parties voisines de la fourchette, tandis que sa pointe diverge en avant et en dehors. Emprunté surtout à la cuisse, épais, bien vascularisé, ce lambeau est reporté sur le lambeau gauche, et comme je l'ai taillé exprès bien large, il le déborde notablement à gauche et recouvre la surface cruentée, laissée à découvert par les recouvrements du lambeau gauche, et d'une façon assez marquée aussi en arrière, où il me permettra de reconstituer une partie du périnée.

Avant d'appliquer ce lambeau, comme je viens de le dire, je m'occupe de reconstituer la moitié supérieure du rectum. Je décolle la muqueuse qui tapisse les parties latérales de la moitié supérieure du rectum et je les attire en avant où je les adosse sur la ligne médiane, en recourbant un peu en arrière leurs extrémités antérieures, puis je les suture au catgut et les recouvre avec la base de mon lambeau vaginal droit. Un anus est ainsi reconstitué un peu trop large, mais qu'on modifiera plus tard.

Tout alla bien pendant les premières semaines, mais au bout d'un mois la chute d'une escharre amena une fistule placée immédiatement en avant du col de l'utérus; le sang menstruel et l'urine s'échappèrent par cette fistule assez profonde. Comme la femme était épuisée, je lui conseillai, avant de tenter une autre opération pour boucher cette fistule, un repos de quelques mois, ce qu'elle fit.

Revenue au mois de novembre dernier, je l'examinai et constatai que l'urèthre et le bas-fond de la vessie sont parfaitement reconstitués; seule la cloison qui formait le cul-

---

(1) Brault. *Arch. prov. de chir.*, sept. 1895.
(2) Ramonède. Th. de Paris, 1883.

de-sac vaginal postérieur est décollée, laissant une fistule située en avant du col sur la paroi postérieure de la vessie. Le trajet fistuleux, creusé sur mes deux lambeaux vaginaux et au fond duquel on aperçoit la fistule urinaire et le col utérin a une certaine profondeur et laisse échapper l'urine ainsi que le sang menstruel, au moment des règles. Je commence d'abord par restaurer la partie inférieure du rectum. Je taille, sur les tissus en rapport avec les parties latérales du rectum, deux lambeaux que je dissèque aussi épais que possible, je les attire en avant sur la ligne médiane où je les adosse, de façon à former en arrière une sorte de petite crête que je suture; je recouvre leur surface cruentée avec deux lambeaux cutanés empruntés aux fesses; par deux lignes transversales, passant l'une en avant de l'anus, l'autre en arrière. Je suture ces lambeaux cutanés sur la ligne médiane, je commence par restaurer la moitié inférieure de la cloison recto-vaginale, pour cela j'agis à l'égard de la muqueuse correspondant à cette partie du rectum, de la même manière que j'avais fait précédemment pour sa moitié supérieure; c'est-à-dire que je dissèque de chaque côté assez pour rapprocher ses deux lambeaux en avant, en les adossant et en les suturant sur la ligne médiane; il ne reste plus alors qu'à recouvrir leur surface cruentée, j'y parviens en détachant, de chaque côté, deux grands lambeaux cutanés, que je dissèque de dedans en dehors, jusqu'à ce qu'ils soient assez mobiles pour que je puisse les rapprocher sur la ligne médiane où je les suture au catgut.

Il ne reste plus alors, pour faire disparaître toute trace de difformité, qu'à fermer l'orifice fistulaire au fond duquel se trouve le col de l'utérus et l'ouverture vésicale; j'y parviens, taillant en arrière de la fistule, au moyen d'une incision curviligne, un lambeau assez grand pour pouvoir le replier sur lui-même en avant et pour pouvoir le suturer en avant de la fistule; mais sa face tégumentaire regarde en haut et sa face cruentée regarde en bas. Pour la recouvrir, nous empruntons de chaque côté un lambeau assez grand et assez mobile pour recouvrir par leur surface cruentée celles du lambeau médian et pour pouvoir les suturer également l'un à l'autre sur la ligne médiane. J'y arrive malgré la résistance que m'offrent les tubérosités de l'ischion dont la saillie s'oppose à la réunion. Comme il reste une petite surface saignante au point où ils sont suturés, parce qu'ils ne s'affrontent pas exactement avec les parties profondes, je draine et fais un pansement iodoformé : guérison rapide. A l'heure actuelle, la malade peut garder ses urines et ses matières fécales.

LA SÉBORRHÉE GRASSE ET LA PELADE

Par le docteur Sabouraud.

Le docteur Sabouraud vient de publier, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, un travail appelé à un grand retentissement, dans le domaine de la dermatologie.

La première partie du mémoire est consacrée à l'étude de la séborrhée grasse. La séborrhée est caractérisée par une surproduction du sébum normal, une augmentation du diamètre des orifices des glandes sébacées et une dépilation diffuse devenant définitive.

En raclant la surface d'une peau atteinte de séborrhée on obtient un produit huileux qui se dissout dans l'éther et qui, traité par la méthode de Gram, montre, en grande quantité, un bacille fin, très court et punctiforme quand il est jeune, atteignant un millième de millimètre quand il est adulte, se colorant avec la plus grande facilité.

Ce bacille siège toujours dans le tiers superficiel du follicule pileux, c'est-à-dire entre l'orifice cutané du follicule et l'abouchement de la glande sébacée dans l'intérieur de ce follicule. Le bacille se trouve à l'état de colonie pure dans un amas de cellules cornées et de sébum, constituant le cylindre gras qu'on fait sortir par expression de la peau.

Cette espèce de cocon microbien peut d'ailleurs s'infecter secondairement par la présence du staphylocoque ou du streptocoque et donner naissance à des furoncles ou à des boutons d'acné. Le développement de ce cocon séborrhéique tue le cheveu, et gêne le développement de la papille génératrice. Il en résulte une chute des cheveux, une dépilation, en général progressive et lente, mais parfois susceptible de poussées aiguës.

M. Sabouraud n'a pu obtenir la culture de son bacille que sur des milieux très acides. Voici la formule qu'il a adoptée:

Peptone	20 grammes.
Glycérine.	20 —
Acide acétique	v gouttes.
Eau	1000 grammes.
Gélose	13 —

Il décrit avec soin la façon d'obtenir les cultures pures et de les débarrasser du coccus blanc, dont le développement est toujours exubérant; il utilise des géloses déjà vaccinées par la culture préalable du coccus blanc, ou traitées par la chaleur à 65 degrés, pendant dix minutes, température qui tue le coccus blanc et laisse vivre le bacille de la séborrhée.

La deuxième partie du mémoire de M. Sabouraud est consacrée à l'étude de la pelade, affection cliniquement bien différente de la séborrhée, et ayant cependant un microbe identique.

Le poil disparaît à la surface d'une plaque de pelade, soit brusquement, soit par une succession de métamorphoses régressives. Cette disposition de fait est due à l'atrophie de la papille, dont le follicule a été envahi par le micro-bacille de la séborrée.

M. Sabouraud entre ensuite dans la discussion pathogénique, sans oser encore se prononcer; il se borne à constater, pour le moment, que la pelade est une sorte de séborrhée à marche aiguë. Cela le conduit, au point de vue thérapeutique, à employer contre la pelade les agents médicamenteux qui arrêtent le mieux la séborrhée et, en parculier, le soufre.

Nous ne voulons pas pousser plus loin l'analyse du remarquable travail de M. Sabouraud, contentons-nous de dire qu'il ouvre un sillon nouveau aux recherches des dermatologistes, et qu'il se montre, dès maintenant, comme devant être fécond en résultats pratiques.

THÉRAPEUTIQUE

Poudre pour le pansement des plaies suppurantes
(Schwartz).

Poudre d'iodoforme . . .	*ãã* 10 grammes.
— de salol.	
Sous-nitrate de bismuth. .	
Poudre de charbon. . . .	
— de quinquina. . .	
— de benjoin	

Potion contre la toux des phtisiques (M. Rolland).

Bromoforme	xxx gouttes.
Alcool	10 grammes.
Sirop d'ipécacuanha composé	ââ 100 —
Sirop thébaïque	
Sirop de laurier-cerise	

Mêlez dans l'ordre ci-dessus indiqué pour obtenir un liquide clair. — A prendre : trois ou quatre cuillerées à bouche par jour, entre les repas. (*Abeille médicale.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 29 mars au 3 avril 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 29 MARS. — Dissection, épreuve pratique : MM. Terrier, Sebileau et Walther.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Fournier, Retterer et Poirier ; — (2e série) : MM. Humbert, Rémy et Heim ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marie et André ; — M. Varnier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier et Delbet ; — (2e série) : MM. Delens, Ricard et Lejars ; — (2e partie) : MM. Hayem, Chauffard et Widal ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

MARDI 30 MARS. — Dissection, épreuve pratique : MM. Guyon, Quénu et Albarran.

1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Rémy et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Raymond, Polaillon et Poirier ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Gley et Chassevant.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Panas, Le Dentu et Bar ; — M. Chantemesse, suppléant.

5e examen (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Jaccoud, Grancher et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Proust, Dieulafoy et Marfan.

3e examen (définitif, officiat), *Charité* : MM. Cornil, Pozzi et Maygrier ; — M. Charrin, suppléant.

MERCREDI 31 MARS. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Humbert, Delbet et Broca.

1er examen (nouveau régime) : MM. Ricard, Poirier et Sébileau.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Ch. Richet, Lejars et Widal ; — (2e série) : MM. Humbert, Peyrot et Retterer.

3e examen (2e partie) : MM. Joffroy, Landouzy et Gilles de la Tourette ; — M. Heim, suppléant.

JEUDI 1er AVRIL. — Dissection, épreuve pratique : MM. Berger, Nélaton et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Hartmann et Heim ; — (2e série) : MM. Polaillon, Rémy et Poirier.

3e examen (2e partie) : MM. Grancher, Dieulafoy et Ménétrier.

4e examen : MM. Proust, Gilbert et André ; — M. Wurtz, suppléant.

VENDREDI 2 AVRIL. — Dissection, épreuve pratique : MM. Peyrot, Lejars et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Tillaux, Sebileau et Gaucher ; — (2e série) : MM. Humbert, Retterer et Broca ; — (3e série) : MM. Rémy, Ricard et Walther.

3e examen (2e partie) : MM. Potain, Marie et Wurtz.

4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter ; — M. Widal, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

SAMEDI 3 AVRIL. — Dissection, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Rémy et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Cornil, Quénu et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Tarnier, Nélaton et Hartmann ; — M. Heim, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Berger, Polaillon et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Debove, Gilbert et Roger ; — (2e série) : MM. Raymond, Hutinel et Achard ; — M. Marfan, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 31 MARS, à une heure. — M. Godonnèche. Contribution à l'étude des endocardites infectieuses à marche lente (MM. Potain, président ; Terrier, Hartmann et Wurtz). — M. Morillon. Pneumotomie dans les abcès aigus du poumon (MM. Terrier, président ; Potain, Hartmann et Wurtz). — M. Bouchet. Recherches bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines (MM. Terrier, président ; Potain, Hartmann et Wurtz). — M. Legrand. Traitement du lupus (MM. Fournier, président ; Hayem, Chauffard et Marie). — Mlle Balaban. Les limans de la ville d'Odessa et la limanothérapie (MM. Hayem, président ; Fournier, Chauffard et Marie). — M. Méjia. Étude sur un cas de péritonite blennorragique chez un enfant (MM. Tillaux, président ; Delens, Gaucher et Walther). — M. Mouthon. De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire (MM. Tillaux, président ; Delens, Gaucher et Walther). — M. Rémond. Contribution à l'étude des luxations sterno-claviculaires (MM. Tillaux, président ; Delens, Gaucher et Walther).

JEUDI 1er AVRIL, à une heure. — M. Guillemaut. Étude sur le diagnostic clinique de l'angine diphtérique (MM. Bouchard, président ; Hutinel, Charrin et Achard). — M. Arrault. Des perforations intestinales par les ascarides lombricoïdes (MM. Hutinel, président ; Bouchard, Charrin et Achard). — M. Oberthur. Étude médicale sur les ouvriers des houillères. Leurs affections des voies respiratoires. Anthracose et tuberculose (MM. Laboulbène, président ; Panas, Netter et Roger). — M. Bibard. Contribution à l'étude des troubles de l'odorat (MM. Panas, président ; Laboulbène, Netter et Roger). — M. Enouf. Contribution à l'étude des paralysies pneumoniques chez l'enfant (MM. Debove, président ; Raymond, Chantemesse et Marfan). — M. Patry. De la chorée variable ou polymorphe. Chorée des dégénérés (MM. Raymond, président ; Debove, Chantemesse et Marfan). — M. Philippe. Contribution à l'étude anatomique et clinique du tabes dorsalis (MM. Raymond, président ; Debove, Chantemesse et Marfan). — M. Gannat. De l'hystérotomie médiane vaginale, comme moyen d'extirpation des fibromes sous-muqueux de l'utérus et d'exploration de la cavité utérine (MM. Cornil, président ; Tarnier, Pozzi et Bar). — M. Orlowski. L'étiologie des hémorragies chez le nouveau-né (MM. Tarnier, président ; Cornil, Pozzi et Bar).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Lecture des copies. — Séance du 17 mars : MM. Tissier, 19 ; Boulloche, 18 ; G.-R. Lyon et Macaigne, 17 ; Brodier, 14.

Séance du 19 mars : MM. Capitan, 19 ; Ettlinger, 18 ; Auscher, Boix et Dufour, 17.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Lecture des copies. — Séance du 17 mars : MM. Glantenay, 28 ; Launay, 25 ; Clado, 24 ; Cazin et Reblaub, 23 ; Delbet et Genouville, 22 ; Péraire, 18.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ch. Anne (de Montchauvet) ; de Bossy (du Havre), décédé à l'âge de cent quatre ans ; et Morvan, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse ...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.340	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0 060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / *Arséniate* » / *Phosphate* » / *Sulfate* »	*Sesqui-oxyde de fer*	0.44
— *de chaux*		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée. maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

AFFECTIONS du CŒUR

ET DE LA RESPIRATION

VIN CARDIAQUE

du Dr SAISON

Chaque cuillerée à soupe contient :
2 centigr. de Convallamarine.
2 — de Sulfate de Spartéine.
20 — d'Iodure de potassium.

Il suffit ordinairement de 4 à 5 cuillerées par jour pour obtenir sur le cœur une action tonique très énergique.

GOUTTES CONCENTRÉES
de VIBURNUM PRUNIFOLIUM
DE G. BRUEL

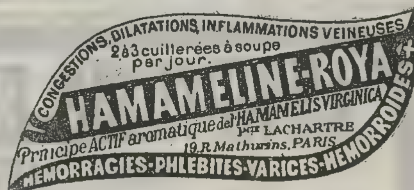
Médicament tonique par excellence, grâce au tannin et à l'acide Valérianique qu'il contient.

C'est le spécifique le plus complet des **Douleurs de l'Utérus** et des **Ovaires, Tranchées utérines, Coliques** *post partum*, **Dysménorrhée, Fausses Couches, Accouchements prématurés**, etc.

DOSE : 15 à 30 gouttes une ou plusieurs fois par jour, dans un peu d'eau sucrée.

Phie BRUEL, à BÉCON-les-Bruyères (Seine)
et dans toutes les Pharmacies.
Vente en Gros : 9 et 11, Rue de la Perle, Paris.

MALADIES DE POITRINE
AMÉLIORATION CERTAINE par les
SIROPS DU Dr CHURCHILL
A L'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE OU DE CHAUX
Pr. : **4 f. Pharm. SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.**



ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

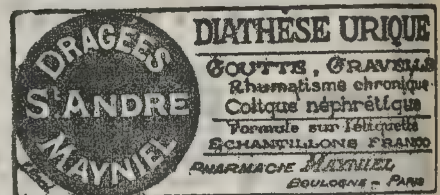
Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).



DIATHÈSE URIQUE
Goutte, Gravelle
Rhumatisme chronique
Colique néphrétique
Formule sur l'étiquette
ÉCHANTILLONS FRANCO
PHARMACIE MAYNIEL
BOULOGNE - PARIS

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatharrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées par jour. Boul. Haussmann, 41, Paris et Pharm.

***Obésité*, Myxœdème, Crétinisme, Goître.**
TABLETTES DE CATILLON
à 0gr.25 de corps
THYROÏDE
Inaltérable, bien dosé, bien toléré.
FLACON : **3 fr. — Paris, 8, Boulevard Saint-Martin.**



RAPPORT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE FRANCE.

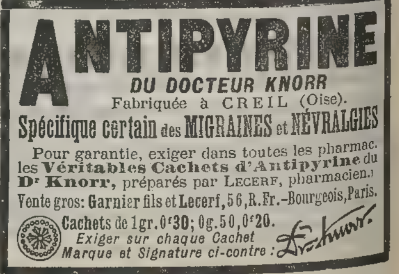
Apollinaris

"LA REINE DES EAUX DE TABLE."

"*Les investigations récemment faites à Paris et le Rapport de l'Académie de Médecine ont placé l'eau Apollinaris au premier rang parmi les eaux examinées pour leur pureté et l'absence de germes pathogènes.*"—"JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS."



Anémie
Chlorose
Lymphatisme
Scrofule
Syphilis.



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lucas-Championnière, en prenant part à la discussion sur l'appendicite, est venu apporter un certain nombre de faits tendant à prouver, comme M. Reclus dans la dernière séance, que l'appendicite n'était bien souvent que la conséquence, l'aboutissant de l'entéro-colite muco-membraneuse, et n'était que très rarement une maladie primitive. M. Dieulafoy avait été si affirmatif dans un sens opposé qu'il lui eût été bien difficile de ne pas répondre à ses deux collègues. C'est ce qu'il a fait immédiatement avec son talent habituel. Invoquant tour à tour différents auteurs, rappelant ses propres observations, M. Dieulafoy est arrivé ainsi à réunir près de 800 observations d'entéro-colite chronique muco-membraneuse ou lithiasique sans un seul cas d'appendicite. Donc, sans nier la coexistence possible des deux affections, démontrée d'ailleurs par les observations de MM. Reclus et Championnière, M. Dieulafoy persiste à professer que l'appendicite n'est pas la conséquence, la suite, l'aboutissant de l'entéro-colite muco-membraneuse, comme tendraient à l'admettre aujourd'hui plusieurs auteurs. Il tient d'autant plus à défendre cette opinion qu'il la considère comme d'un grand intérêt pratique, étant donné le nombre considérable de malades atteints d'entéro-colite et qui ne vivraient plus désormais que dans la crainte perpétuelle de l'appendicite. Or il est bon qu'on sache qu'on peut être atteint d'entéro-colite muco-membraneuse ou même lithiasique sans être pour cela menacé d'appendicite.

M. Dieulafoy qui, tout en étant très progressiste, reste respectueux de la tradition, n'a pas craint de prononcer aujourd hui le mot de typhlite qui semblait pour jamais rayé de la nomenclature moderne. Il a revendiqué la part du cæcum dans les inflammations intestinales, et a proposé de substituer, à la dénomination d'entéro-colite, la dénomination plus exacte d'entéro-typhlo-colite. Peut-être arriverions-nous à contenter tout le monde en proposant cette dénomination, encore plus complète, d'entéro-typhlo-appendico-colite. Ne doit-on pas conclure de tout cela qu'on a trop généralisé, à diverses affections, le nom d'appendicite, et qu'on désigne parfois sous ce nom des états pathologiques dans lesquels l'appendice n'a rien à voir? Quant au traitement de la vraie appendicite, ainsi que nos lecteurs ont pu le voir encore dans le dernier compte rendu de la Société médicale des hôpitaux, il est assez curieux de constater que les médecins, contrairement à leurs habitudes, en arrivent à vanter l'intervention chirurgicale à froid, considérant cette intervention comme bénigne et comme le moyen le plus propre pour prévenir les crises ultérieures, si aléatoires même que soient ces crises, alors que des chirurgiens comme M. Championnière plaident, pour un certain nombre de cas, en faveur du traitement médical.

M. Hoffa (de Wurtzbourg) a présenté une fillette qu'il a guérie d'une luxation congénitale de la hanche par l'intervention chirurgicale. M. Vacher (d'Orléans) a fait une communication sur l'extraction du cristallin transparent dans la myopie.

MM. Debierre (de Lille) et Renou (de Saumur) ont été élus membres correspondants nationaux (première division). Enfin, l'Académie a déclaré une place vacante de membre titulaire dans la section de pathologie médicale en remplacement de M. Straus.

STAPHYLORRAPHIE ET URANOPLASTIE (1)

Par le professeur Le Dentu,
Membre de l'Académie de médecine.

Différentes l'une de l'autre, tout d'abord dans leur mode d'exécution, ces deux opérations sont devenues presque identiques. Les progrès accomplis depuis une vingtaine d'années surtout les ont ramenées à un type unique, et ce type émane d'une idée directrice commune à toutes deux, c'est que la condition fondamentale du succès réside dans la libération, dans la mobilisation de la couche fibreuse qui double la muqueuse du palais et offre un appui aux muscles du voile. Tout est là; si les premiers chirurgiens qui ont imaginé ou exécuté la staphylorraphie et l'uranoplastie, ne s'en sont pas suffisamment rendu compte, ceux qui les ont suivis dans la même voie ont dégagé peu à peu la notion sur laquelle est basé le manuel opératoire actuel. Pour assurer la vitalité

(1) Extrait d'un article sur les « Tumeurs congénitales et malformations de la face et du crâne », qui va paraître dans le tome V du *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Pierre Delbet. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

des lambeaux et donner au palais restauré une plus grande fermeté, le détachement du périoste avec la muqueuse est indispensable; pour éviter toute tension et favoriser la réunion, le détachement du voile au niveau du bord postérieur du palais osseux est également indispensable.

I

Historique. — Malgré les deux tentatives antérieures de Lemonnier (1760) et de Graefe (1816), on peut dire que Roux est le véritable inventeur de la *staphylorraphie* (1819). Il en a réglé l'exécution, et, à la fin de sa vie, il l'avait pratiquée 124 fois sur 112 sujets. La tension des lambeaux, l'emploi de mauvais fils en nombre insuffisant, le défaut d'antisepsie avaient causé plus d'un insuccès. Pour faciliter le rapprochement des moitiés du voile, Dieffenbach, Sédillot, Pollack, Mason, Warren, Fergusson, eurent recours à des incisions qui devaient diviser profondément certains muscles.

Dieffenbach sectionnait la face inférieure du voile, muscles compris, dans le sens antéro-postérieur; Sédillot obliquement, à 10 millimètres en haut et en dehors de la base de la luette, de manière à atteindre les muscles péristaphylins internes; Fergusson visait les mêmes muscles en agissant sur la face supérieure du voile avec un couteau coudé sur le plat, et il coupait en plus les pharyngo-staphylins. Langenbeck conseilla de diviser l'élévateur du voile (péristophalie interne) et le pharyngo-palatin (pharyngo-staphylin). Plus récemment, Billroth a préconisé la section du crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde sous lequel se réfléchit le tendon du péristaphylin externe, au moyen d'un petit ciseau à froid introduit dans une incision externe.

Plus nouvellement encore, Félizet a mis en pratique un nouveau procédé qui consiste à faire de chaque côté de la fissure, à 1 centimètre environ, une incision légèrement convexe en dehors, à travers l'*épaisseur tout entière* du voile (1).

Comme Trélat, comme J. Wolff, je crois qu'on peut remplacer tous ces procédés de libération latérale par la désinsertion du voile au niveau du bord postérieur du palais osseux. Cette désinsertion annule absolument ou rend facilement surmontable la résistance des muscles. Elle assure le succès lorsqu'elle est faite largement et hardiment.

Le véritable inventeur de l'*uranoplastie* est Dieffenbach. Son procédé, dit *en pont*, un peu laissé dans l'oubli, a été réinventé quelques années plus tard par Baizeau en France, Langenbeck en Allemagne, Field en Angleterre. Verneuil a fixé définitivement ce point d'histoire sur lequel je ne reviendrai pas (2).

Avant Dieffenbach, Sédillot, Roux, Pancoast avaient essayé de combler des pertes de substance accidentelles du palais : Sédillot, au moyen d'une simple dissection circulaire autour de l'orifice; Roux, en taillant de chaque côté un lambeau quadrilatère à base postérieure et en rapprochant la face cruentée des deux lambeaux au moyen de deux fils dont l'antérieur, ramené au dehors par la narine correspondante, les empêchait de pendre dans la bouche; Pancoast, par deux lambeaux triangulaires latéraux, dont l'un avait sa base en avant, l'autre en arrière, qu'il adaptait l'un à l'autre au moyen de plusieurs fils dont l'anse embrassait un bout de sonde placé dans la fosse nasale.

Celui qui, le premier, s'attaqua à une division congénitale de la voûte palatine fut Krimer. Voici son procédé : l'opération fut pratiquée sur une jeune fille de dix-huit ans, qui avait subi la staphylorraphie avec succès : incisions transversales très longues, passant à 2 ou 3 millimètres en avant et en arrière de la fissure, incisions antéro-postérieures réunissant de chaque côté les extrémités externes des incisions transversales. Dissection de dehors en dedans des deux lambeaux adhérents aux bords de la division; renversement vers les fosses nasales de ces lambeaux réunis par trois points de suture dont les fils sortaient sans doute par la narine. Cette première tentative réussit, mais on peut affirmer que des lambeaux disséqués de la sorte doivent être, dans la plupart des cas, voués à la gangrène.

Avec la dissection de lambeaux en pont, adhérents à leurs deux extrémités, la vraie, la bonne méthode d'uranoplastie fut créée. L'honneur doit en être reporté, ainsi que je l'ai déjà dit, à Dieffenbach. L'exécution en devint pratique et courante, avec Baizeau et Langenbeck. Ce dernier eut le mérite de comprendre l'importance du *détachement du périoste*, et il régla son manuel opératoire sur cette donnée. Dans la période toute moderne, les hommes qui contribuèrent le plus à la vulgarisation de cette opération et au perfectionnement de sa technique sont U. Trélat, Ehrmann (de Mulhouse), Rouge (de Lausanne), Julius Wolff (de Berlin).

II

Anesthésie. — Le chloroforme seul me paraît pouvoir procurer l'insensibilité absolue. L'emploi nécessaire d'un masque oblige à renoncer à l'éther. L'action de la cocaïne doit être trop superficielle pour annihiler réellement la douleur très intense causée par le détachement du périoste. Il faut pouvoir compter sur la docilité absolue des opérés.

L'anesthésie peut être complète pendant tout le cours de l'opération, à condition que l'opérateur cesse d'agir aussi souvent que cela sera nécessaire et cède la place au chloroformisateur. La compresse ou l'éponge sont les deux seuls procédés possibles.

III

Technique. Uranoplastie. — Je commencerai par l'uranoplastie. Cette désignation, plus correcte au point de vue des lois de l'étymologie que le mot palatoplastie, mérite la préférence.

Edm. Rose a eu la très bonne idée de placer le malade sur le dos, la tête renversée et pendante à l'extrémité du lit. Cette position facilite singulièrement toutes les manœuvres. Le chirurgien, assis en arrière de la tête de l'opéré, voit se développer sous ses yeux toute la voûte vélo-palatine jusqu'au pharynx. Trélat s'est empressé d'adopter la modification importante de Rose.

Les divisions palatines congénitales coexistent toujours avec une division complète du voile.

Elles se présentent dans les trois conditions suivantes :

Division partielle plus ou moins étendue en avant;

Division totale intéressant plus ou moins complètement l'arcade alvéolaire d'un seul côté;

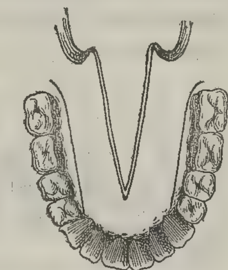
Division bifurquée en avant, intéressant les deux côtés de l'arcade alvéolaire, ordinairement compliquée de bec-de-lièvre bilatéral avec lobe intermaxillaire saillant.

(1) Félizet. *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XX, 1894, p. 685.
(2) Verneuil. *Mém. de chir.*, t. Ier, p. 505.

Premier cas. — *Division palatine ne dépassant pas en avant le trou palatin antérieur. Division concomitante du voile.* — Je suppose que l'on veuille combler toute la brèche en une seule séance. C'est le cas type, le meilleur pour l'exposé du manuel opératoire. L'anesthésie étant complète, l'opérateur introduit et fixe avec soin le bâillon.

Avivement. — Avec de longues pinces à griffes, droites ou légèrement coudées, appliquées délicatement sur l'extrémité de l'une des moitiés de la luette, on redresse le voile du palais, on le tend en le rapprochant de la paroi du pharynx.

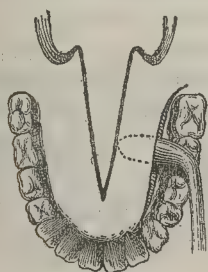
Alors on introduit la pointe du petit bistouri droit à long manche en avant de l'angle antérieur de la fissure, le tranchant tourné vers le pharynx, et l'on détache une bandelette de 2 millimètres de large jusqu'à la pointe de la luette inclusivement, autant que possible sans se reprendre (fig. 1) : voilà la théorie, mais il arrive souvent que la muqueuse est d'une minceur extrême sur les bords de la division osseuse; le couteau frotte sur l'os et ne détache rien. L'avivement normal n'est possible que sur le bord du voile. Il faut se contenter d'une incision allant jusqu'à l'os et suivant exactement le bord.

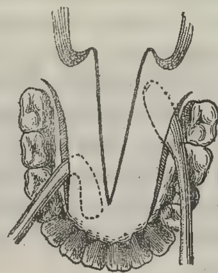

Fig. 1. — Avivement tracé des incisions latérales.

Il arrive aussi, lorsque la voûte palatine redressée d'un côté est presque en continuité de direction avec la cloison des fosses nasales, que le couteau ne peut pas entamer la muqueuse. Dans ce cas, encore, on ne peut que faire une incision à la limite de la bouche et de la fosse nasale ouverte ; il faut se servir des couteaux coudés sur le plat, ou mieux, de la petite truelle tranchante de Trélat, montée presque perpendiculairement sur son manche.

Première incision libératrice. — Avec un bistouri court et fort, on fait jusqu'à l'os, dans l'une des moitiés de la voûte palatine, une incision qui commence derrière la dernière molaire, la contourne, suit la rangée des alvéoles en la serrant de très près, et ne doit se terminer qu'à près de 1 centimètre en avant de l'angle antérieur de la division (fig. 2 et 3). En traçant l'incision très en dehors, on évite assez bien l'artère palatine postérieure, et en la prolongeant loin en avant, on facilite beaucoup la suite de l'opération.

Je pense, comme Tillaux, qu'il y a intérêt à ménager cette artère. On assure mieux ainsi la vitalité du lambeau (1).


Fig. 2. — Libération du premier lambeau en son milieu.


Fig. 3. — Libération des lambeaux en avant et en arrière.

L'incision qui contourne la dernière molaire a sous ce rapport un avantage réel sur l'incision rectiligne, prolongée en arrière sur le voile, que pratiquait Trélat. En revanche, elle favorise moins la mobilisation du voile, et on est quelquefois obligé d'y ajouter, pour faire cesser toute tension, un débridement rectiligne postérieur, assez profond, analogue comme direction à l'incision de Trélat.

Détachement du premier lambeau. — Ce détachement se fait au moyen des rugines. Il faut se servir d'abord du type n° 1 (rugine de Trélat). On en introduit l'extrémité faiblement tranchante dans le milieu de l'incision libératrice qui suit la rangée alvéolaire. Grâce à des pesées bien calculées, et en prenant garde de toujours suivre la surface osseuse, on chemine graduellement vers l'incision d'avivement. Le périoste se trouve ainsi entièrement soulevé avec la muqueuse palatine et le lambeau devient flottant dans sa partie moyenne. Pour le détachement de sa partie antérieure, la rugine récurrente (n° 2, type Le Dentu) m'a paru offrir des avantages réels. Il faut le poursuivre jusqu'à 1 centimètre en avant de la fissure. Enfin la rugine à angle très ouvert (n° 3, type Le Dentu) permet de détacher de même la partie postérieure du lambeau. Pendant la manœuvre, le bord du lambeau se loge dans cet angle obtus et ne peut être violenté comme il le serait par un instrument rectiligne.

Pour compléter la désinsertion du voile derrière le bord osseux de la voûte palatine, les diverses rugines droites de Trélat sont utiles ou indispensables. Celle dont l'extrémité tranchante est un peu recourbée sur elle-même détruit les dernières adhérences. Il est de toute nécessité de ne jamais introduire un instrument sans voir exactement ce que l'on fait. On doit donc avoir assez de patience pour attendre chaque fois que l'hémostase soit suffisante.

Mêmes manœuvres du côté opposé. — On répète ces trois premiers temps du côté opposé, en se servant de la main droite et de la main gauche, et quand on s'est assuré que les lambeaux soulevés par une spatule s'adaptent d'eux-mêmes l'un à l'autre, on s'occupe des sutures.

Le mode de passage des fils et la suture seront décrits plus loin.

Deuxième cas. — *Fissure latérale allant jusqu'au bord alvéolaire exclusivment ou inclusivement, sans écartement du maxillaire et de l'intermaxillaire.* — Avivement, taille et détachement des lambeaux comme précédemment, sauf trois détails non dénués d'importance. Il est bon de diriger un peu *en dehors* l'extrémité antérieure des incisions libératrices ; autrement l'extrémité antérieure des lambeaux serait parfois très étroite et pourrait se rompre pendant les manœuvres. Pour le décollement de cette extrémité antérieure, ma rugine récurrente m'a rendu de très grands services. Maniée avec précaution, elle permet la libération jusque derrière la gencive des incisives et facilite ainsi beaucoup la suture. Enfin, dans certains cas où l'ogive du palais est très fermée, on parvient, en plaçant les deux fils antérieurs avec l'aiguille en U de Trélat, à fermer entièrement la brèche. Ce temps reste quand même très délicat.

Si la fissure entame le bord alvéolaire, je ne fais pas l'uranoplastie ; il est indispensable de régulariser tout d'abord le maxillaire par l'ostéotomie sous-périostée du maxillaire, suivant le manuel opératoire décrit plus haut.

Troisième cas. — *Fissure bilatérale entamant le bord alvéolaire des deux côtes. Saillie de l'intermaxillaire.* — Même conclusion pour ces cas compliqués. Avant toute chose, il faut s'occuper de la régularisation de la face ; plus tard, lorsque les deux maxillaires se sont soudés à l'intermaxillaire, ou que, après suppression de ce dernier, ils se sont mis en contact

(1) Tillaux. De la staphylorraphie, *Gaz. des hôpit.*, 23 janv. 1894, p. 87.

parfait ou réellement fusionnés, on pratique l'uranoplastie dans des conditions aussi avantageuses que si l'arcade alvéolaire n'avait jamais été interrompue.

Quatrième temps. — *Passage des fils de suture.* — L'ancienne technique de Roux, de Langenbeck, de Sédillot, de Bérard, de Foraytier n'a plus de raison d'être actuellement.

Pour le passage des fils d'argent, les anciens procédés très compliqués de Roux, de Foraytier, de Bérard sont devenus inutiles; on peut se servir de l'aiguille courbe de J. Reverdin de la manière suivante : l'opérateur pique l'un des lambeaux à un demi-centimètre du bord, un peu en arrière de l'angle antérieur de la division; lorsque l'instrument a traversé le voile, il l'incline vers la ligne médiane et ouvre le chas. A ce moment, un aide exercé porte, au moyen de longues pinces à mors plats, une des extrémités d'un fil d'argent, repliée en anse jusqu'au chas, et l'accroche. L'opérateur tire à lui l'aiguille qui entraîne le fil. Même manœuvre du côté opposé, en se servant de la main droite ou de la main gauche.

Depuis plusieurs années, je me sers à peu près exclusivement de l'aiguille dont j'ai donné, pour la première fois, la description à l'Académie de médecine (1).

Elle se compose de deux parties mobiles l'une sur l'autre (fig. 4). C'est d'abord une coulisse ou gaine, munie de deux anneaux latéraux vers l'une de ses extrémités, percée, à l'autre extrémité, d'un orifice à direction oblique, qui s'ouvre sur la face antérieure de cette gaine, et non dans la direction de l'axe longitudinal. Une petite pointe très courte, semblable à celle de la pique de Pamard pour la fixation de l'œil, termine cette première pièce. C'est ensuite une tige pleine, portant d'une part un anneau, d'autre part, une aiguille articulée à charnière, d'une forme particulière, à courbe parabolique. Cette tige et l'aiguille glissent dans la gaine. Ses mouvements de va-et-vient sont déterminés et réglés par l'index et le médius engagés dans les anneaux latéraux de la gaine, et le pouce engagé dans l'anneau de la tige pleine. La pression du pouce fait sortir l'aiguille par le canal oblique de l'extrémité opposée. Elle prend donc elle-même une direction oblique par rapport à l'instrument et *se recourbe entièrement vers l'opérateur* de manière à lui présenter sa pointe, et le chas ouvert situé tout près de celle-ci. Ce chas, très incliné sur l'axe et placé sur la convexité de l'aiguille, doit avoir juste les dimensions voulues pour admettre un fil d'argent de faible diamètre.

Fig. 4. — Aiguille articulée de M. Le Dentu.

La manœuvre de cet instrument, assez délicate pour qui n'en a pas encore une grande habitude, se simplifie beaucoup par l'usage. Certains détails de technique en facilitent beaucoup l'emploi.

Le bord d'un des lambeaux étant maintenu un peu tendu par les branches de mes pinces à fourche, on fiche la petite pique terminale de l'instrument à 7 ou 8 millimètres du bord interne, *un peu plus en dehors* que si l'on se servait de l'aiguille de Reverdin. Afin de redresser la direction de l'aiguille, et avant de la pousser en dehors, il faut incliner l'instrument tout entier *sur le côté opposé* de la bouche. A cette condition, l'aiguille traverse le lambeau suivant une direction à peu près perpendiculaire. Si elle rencontre quelque résistance, il ne faut pas craindre d'appliquer assez fortement la pique sur le lambeau, tout en le soutenant solidement avec les pinces à fourche.

Lorsque l'aiguille a décrit sa courbe et est venue se présenter entre les lèvres de la fissure, l'aide introduit dans son chas ouvert l'extrémité repliée en anse d'un fil d'argent. Alors, on fait glisser les deux tiges l'une sur l'autre en sens inverse; mais il importe *de ne pas faire rentrer l'aiguille complètement* dans sa gaine avec le fil. Il faut retirer l'instrument avec l'aiguille à moitié au dehors de la coulisse. L'expérience m'a démontré que, grâce à cette précaution, cette aiguille bien construite accroche à peine les tissus.

On place ainsi le nombre de fils nécessaire, à quatre ou cinq millimètres de distance les uns des autres, jusqu'à la base de la luette (fig. 5). Il en faut habituellement de sept à neuf. La luette est suturée au moyen des deux fils de soie n° 0 portés par des aiguilles ordinaires très fines et très courbées.

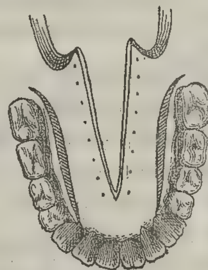


Fig. 5. — Place à donner aux fils.

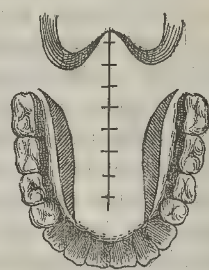


Fig. 6. — Suture terminée.

On rapproche les bords des lambeaux et on s'assure avec l'ajusteur de leur parfaite adaptation réciproque. Les crochets mousses et pointus sont d'une grande utilité pour redresser et soutenir les bords. Alors on tord les fils en commençant par le plus antérieur. L'emploi du tord-fil exige une extrême précision. Le succès dépend, en grande partie, de la manière dont les fils sont serrés. Une constriction trop forte cause infailliblement la gangrène. Il faut serrer juste assez pour que les bords se touchent sur toute leur tranche, et même par une partie de leur face cruentée, s'ils sont minces, et pour qu'il y ait contact sans pression. Si les tissus prennent une teinte un peu blanche, c'est qu'on a dépassé le degré convenable. On évitera de casser les fils, en retirant vers soi le tord-fil à mesure que les tours de spire se multiplient. Les fils de la luette seront noués avec les doigts introduits le plus profondément possible.

Il ne reste plus qu'à couper les fils à quelques millimètres de longueur et à les recourber vers la moitié droite du palais, correspondant au côté droit de l'opérateur. Ils se présentent ainsi très commodément plus tard pour leur ablation.

Les fils doivent être laissés en place, en moyenne quatre jours pleins, quelquefois cinq jours. Très exceptionnellement, l'un d'eux ne sera retiré qu'après six ou sept jours; c'est lorsque quelque point de la ligne de suture paraîtra menacé de désunion. Quand les suites opératoires sont tout à fait normales, quatre jours suffisent pour que la réunion soit solide; après les grandes uranostaphylorraphies, j'attends quelquefois jusqu'à cinq jours pour deux ou trois fils. Il n'y

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 31 mars 1891, p. 519.

a guère que des inconvénients possibles à réduire le délai à moins de quatre jours.

Dudon a proposé de remplacer les fils par des rubans qui entourent les lambeaux et qui sont noués au-dessous d'eux. Je ne crois pas que ce procédé puisse donner des résultats comparables à ceux de la suture métallique.

G. Naumann a décrit récemment un procédé de suture dans lequel je ne puis voir qu'une résurrection approximative des anciens procédés employés en France et auxquels on a renoncé. Il consiste à traverser d'abord, de bas en haut, les bords de la fente avec les deux extrémités, repliées en crochet, d'un fil d'argent, qu'on amène au dehors par la narine. Ces crochets servent à fixer les deux bouts d'un fil de soie qu'on ramène vers la bouche en tirant sur l'anse du fil d'argent.

IV

Staphylorraphie. — Lorsque la division ne porte que sur le voile du palais, l'opération s'appelle la staphylorraphie. Il me reste bien peu de chose à en dire, pour la raison que la plupart du temps la staphylorraphie est une uranoplastie en petit. J'ai déjà dit que la désinsertion sous-muqueuse du voile en arrière du bord palatin osseux devait toujours donner une mobilité suffisante pour l'adaptation des lambeaux sans tension. Je n'ai donc pas à revenir sur tous les procédés par lesquels on a cherché à supprimer la tension et auxquels j'ai consacré une mention à propos de l'historique.

L'avivement se fait de la même manière que pour l'uranoplastie; il n'offre quelque difficulté qu'au niveau de la luette. Il doit intéresser l'épaisseur entière du voile. A cette condition seulement, la tonicité musculaire restera sans effet. Les incisions libératrices, le détachement des lambeaux, le passage des fils, les sutures seront exécutés comme il a été prescrit plus haut.

Un seul cas doit être envisagé d'une manière spéciale, c'est celui où la division n'intéresserait qu'une petite portion du voile ou la luette seule. Alors on pourra habituellement se passer d'incisions libératrices et de taille de lambeaux ; mais si l'on s'apercevait qu'il y a la moindre tension, il serait opportun de débrider un peu latéralement la muqueuse seule ou même le plan musculaire, dans une étendue restreinte, par deux petites incisions antéro-postérieures aussi profondes qu'il paraîtra nécessaire.

V

Soins préparatoires et consécutifs communs aux deux opérations. — L'état aseptique de la bouche est assuré par l'avulsion, le plombage, l'aurification des dents cariées, et par l'usage de collutoires antiseptiques pendant plusieurs jours avant l'opération (acide borique à 40 p. 1000 ou hydrate de chloral à 1 ou 1/2 p. 100). Une purgation sera toujours utile la veille.

Il va de soi que le sujet devra être dans un état de santé aussi bon que possible.

Il ne faut appliquer aucun pansement ni sur la ligne de suture, ni sur les incisions libératrices. Après l'opération l'emploi des mêmes collutoires sera continué. Les injections directement sur la ligne de suture doivent être absolument rejetées. Habituellement, elles sont tout à fait inutiles. Elles ne deviennent nécessaires que s'il apparaît du sphacèle limité ou étendu; elles doivent être dirigées sur les parties latérales du palais. Elles seront faites avec la solution boriquée.

Pour provoquer les garde-robes, on se contentera de lavements simples ou glycérinés, jusqu'au moment où il n'y aura plus rien à craindre du côté des lambeaux.

L'alimentation sera réglée de la manière suivante : rien pendant la première journée. Pendant la première nuit, quelques gorgées d'eau bouillie fraîche, additionnée de cognac en très faible quantité. A partir du deuxième jour, un peu de bouillon ou de lait stérilisé froid : lavage de la bouche après chaque ingestion de liquide. Au troisième ou quatrième jour, lait en plus grande abondance, contenant de deux à quatre jaunes d'œuf par vingt-quatre heures. Les potages gras ne seront permis qu'aux sujets ne pouvant absolument pas supporter le lait. L'alimentation liquide sera encore prolongée jusqu'au huitième jour. Alors, les purées très claires, la viande hachée menu, les œufs à la coque ne pourront plus nuire. Le pain sera interdit tant qu'il restera un bourgeon charnu non cicatrisé.

Le silence absolu est nécessaire pendant douze jours, quelquefois plus longtemps si la réussite n'a pas été complète d'emblée. (*A suivre.*)

DES TROUBLES OCULAIRES DANS LA SYPHILIS ACQUISE

Par E. Demerson, externe des hôpitaux.

I

Syphilis oculaire. — La syphilis, aux localisations multiples, ne respecte pas l'œil plus que les autres parties de l'organisme. Elle se présente, dans cet organe, avec les différents accidents qui lui sont propres, et conserve les caractères qui la distinguent.

La syphilis oculaire ne se manifeste souvent que par une seule lésion, mais elle a la propriété spéciale, parmi les affections constitutionnelles, d'attaquer simultanément plusieurs membranes oculaires chez le même individu, pouvant déterminer à la fois une kératite interstitielle, des phénomènes inflammatoires de l'iris et de la choroïde. Dans d'autres cas, elle peut envahir l'une après l'autre les différentes parties du globe oculaire. Galezowski rapporte l'observation d'un malade atteint successivement, pendant quatre années consécutives, de kératite, d'iritis, de choroïdite syphilitique (*Rec. d'opht.*, 1892).

Les différentes affections oculaires syphilitiques offrent un grand intérêt sous plus d'un rapport, mais les lésions des membranes profondes réclament, pour être reconnues et suivies, la pratique constante de l'ophtalmoscope; elles sont du ressort spécial de l'oculiste. Les lésions des paupières, de la conjonctive, de la cornée et de l'iris sont accessibles à l'observation de tout praticien.

La syphilis oculaire commença à être étudiée au début de ce siècle, mais d'une façon confuse. Les observations publiées manquent de précision et de netteté. Elle n'est entrée dans une période vraiment scientifique que dans ces cinquante dernières années. Il va sans dire que les lésions externes et du segment antérieur de l'œil ont les premières attiré l'attention.

Ce sont elles que le médecin est appelé à reconnaître et à soigner. Leur importance ne consiste pas seulement dans les désordres locaux qu'elles peuvent occasionner, mais surtout dans la maladie générale dont elles sont souvent un

des premiers accidents. Sans avoir la prétention d'entrer dans les détails, nous nous proposons ici de passer rapidement en revue leur histoire clinique, en nous attachant surtout à la description du chancre, symptôme initial de l'infection, et à celle de l'iritis, affection si fréquente. Nous suivrons l'ordre naturel des différentes régions : paupière, conjonctive et iris. Nous laisserons de côté les lésions spécifiques de la cornée, la kératite interstitielle étant une manifestation de la syphilis héréditaire, et nous ne mentionnerons que pour mémoire les affections des membranes profondes de l'œil.

II

Syphilis des paupières. — La syphilis se manifeste sur les paupières à ses trois périodes; on y trouve le chancre, des éruptions secondaires, des gommes.

Chancre palpébral. — La première observation précise de chancre syphilitique palpébral est due à Ricord (1850). Les observations fournies par Mackensie (1833), Desmarres (1847) ne permettent pas d'affirmer si l'ulcération palpébrale dont ils parlent est due à un chancre ou à une gomme ulcérée. Dans ces dernières années, différents auteurs ont étudié cette lésion avec soin : Fournier, de Beck (*Etude du chancre des paupières*, 1886), Fortuniadès (Thèse de Paris, 1890), Aumont (Thèse de Paris, 1893), Poitout (Thèse de Paris, 1896), Panas (plusieurs cliniques).

Etiologie. — Le chancre palpébral n'est pas très commun, mais il est loin d'être exceptionnel. Fortuniadès en réunit 118 cas bien constatés.

Les statistiques établissent sa fréquence relativement aux chancres spécifiques en général. Jullien, réunissant les statistiques de Bassereau, Clerc, Le Fort et Fournier, trouve deux chancres palpébraux sur 1 773 divers, c'est-à-dire 1 sur 700.

De Wecker et Landolt, en groupant les cas de Fournier, de Martin, de Busenet, de Clerc et de Rollet, indiquent un chancre palpébral sur 250 environ.

En prenant à part les cas de M. Fournier, on a un chancre palpébral sur 471 ; dans ceux de Clerc on en trouve 1 sur 404.

On peut fixer d'une façon approximative à 3 ou 4 p. 100, le rapport des chancres palpébraux aux chancres extragénitaux. Fortuniadès, en additionnant les chiffres donnés par plusieurs statistiques, trouve 25 cas de chancres des paupières sur 793 extra-génitaux.

Si l'on recherche la fréquence de cette lésion dans les diverses affections syphilitiques de l'œil, on constate que Badal sur 631 cas de syphilis oculaire n'a vu les paupières et la conjonctive atteintes que 11 fois, Alexander 8 fois seulement sur 1 385 malades. Galezowski a rencontré deux chancres des paupières sur 129 affections de nature spécifique, Eveillé également, deux chancres palpébraux sur 311 manifestations de l'infection.

Ces chancres s'observent sur des sujets de tout âge. Assez fréquents chez les enfants, ils se voient surtout chez les gens adultes, pendant la période d'activité sexuelle, et deviennent rares chez le vieillard. Les hommes en sont plus souvent porteurs que les femmes. Les affections des paupières et des voies lacrymales y prédisposent en une certaine mesure en créant une porte d'entrée à l'infection. On sait, du reste, que la peau de cette région est particulièrement fine et facile à excorier.

La cause déterminante est le plus souvent difficile à établir. Le malade renseigne mal, soit qu'il ignore réellement comment s'est faite l'inoculation, soit qu'il veuille le cacher. Le plus souvent la contagion s'établit par le doigt, la bouche ou la langue. Despagnet rapporte qu'un malade avouait s'être contaminé en mettant, dans un but lascif, ses paupières en contact avec les organes génitaux d'une femme.

Neuf fois sur dix l'inoculation se fait par les plaques muqueuses. De Graefe a avancé que l'infection pouvait être produite par l'introduction directe du pus virulent dans les conduits excréteurs des glandes de Meibomius.

Symptômes. — On observe rarement le chancre palpébral à son début. Le malade croit d'abord n'avoir qu'une affection passagère et ne s'en inquiète pas. Dans d'autres cas, une dacryocystite ou une blépharite ciliaire masquent plus ou moins longtemps la véritable lésion.

Il débute d'ordinaire sur le bord marginal et s'étend soit sur la peau, soit sur la conjonctive, mais cette dernière est toujours moins envahie. Il peut siéger sur la commissure interne qui, pour le professeur Panas, serait son lieu d'élection. L'angle externe est atteint quelquefois, mais plus rarement.

Les auteurs comparent volontiers à une petite amande, le chancre développé au niveau du bord libre des paupières. Quand il est commissural, il peut s'étendre d'une paupière à l'autre, reproduisant assez exactement la forme d'un fer à cheval. Il présente parfois l'aspect d'une fissure plus ou moins profonde. Il peut prendre un développement considérable, mais ses dimensions sont en somme très variables et de peu de valeur.

L'ulcération est à peine excavée, en coup d'ongle. Elle est recouverte d'une croûtelle quand le chancre est récent. Audessous de la croûte, on trouve une surface érodée plutôt qu'ulcérée, plus ou moins ovalaire et couleur de jambon. Les bords sont taillés à pic mais non décollés. Souvent même ils sont peu nettement indiqués, marqués seulement par un liséré épidermique et par un changement de coloration (Poitout). La peau voisine est rouge et violacée, comme infiltrée, mais elle ne présente plus la teinte sombre spéciale du chancre ; elle forme comme une véritable auréole autour de la lésion spécifique. Il n'y a pas ou peu de sécrétions au niveau de la surface excoriée, qui est à peine humide.

L'ulcération, d'ordinaire superficielle, repose sur une plaque cartilagineuse facile à sentir avec les doigts. L'induration généralement nette est tout à fait caractéristique. Parfois elle est moins prononcée et donne la sensation d'une feuille de parchemin. Elle est très précoce et persiste souvent longtemps après la disparition du chancre. On l'a trouvée deux mois et demi après lui (Krelling).

Consécutivement au chancre et très peu de temps après son apparition survient une adénite poly-ganglionnaire. Les ganglions pris siègent surtout dans la région pré-auriculaire, sous-maxillaire et au niveau de la boule graisseuse de Bichat. Dans quelques cas, les ganglions cervicaux sont atteints. Si la lésion existe au niveau de l'angle interne de l'œil, on trouvera presque toujours un ganglion sous-maxillaire plus volumineux que les autres ; si elle est située près de l'angle externe, le ganglion pré-auriculaire prédominera. Ces ganglions atteignent un volume très prononcé, mais ils sont indolores. Ils ne suppurent presque jamais, sont durs et restent toujours mobiles sous la peau qui les recouvre.

Quelquefois, surtout au début ou quand il s'est fait des infections secondaires au niveau du chancre, celui-ci déter-

mine une réaction plus ou moins vive du côté de l'œil. Ces accidents surviennent le plus souvent quand la conjonctive palpébrale est atteinte. On peut observer du chémosis ou une conjonctivite plus ou moins intense. Fortuniadès, de Lapersonne, Poitout ont signalé l'oblitération des points lacrymaux avec larmoiement. Enfin, plus fréquemment on a cité des complications telles que l'iritis, la kératite (Savy, Stourme, Fortuniadès) avec ulcération de la cornée (de Lapersonne).

Le plus habituellement le chancre est presque complètement indolent et gêne fort peu le malade.

La marche de cette lésion n'a rien de spécial; toutefois, la résolution est toujours longue à se faire. Quand approche le moment de la cicatrisation, la plaie se déterge, son fond prend un aspect rouge de bon augure et la guérison survient sans laisser de traces. L'affection locale est terminée; il n'en est pas de même de la maladie constitutionnelle qui va continuer son évolution.

Dans certains cas, le chancre prend un aspect particulier. Son fond présente une apparence diphtéroïde qui ne change qu'au moment de la cicatrisation. Dans des cas exceptionnels, il peut se compliquer de phagédénisme et le malade ressent alors une douleur vive et brûlante. De Wecker rapporte qu'une dame eut un chancre de la paupière inférieure qui se transforma en huit jours en une ulcération de 1 centimètre et demi d'étendue.

On peut rencontrer plusieurs chancres de la paupière sur le même malade (Teplyaschin, Coffez). Le malade de Zobolotski avait à la fois deux chancres des paupières et un de la verge. Dans des cas rares, en effet, on a constaté un chancre palpébral coexistant avec un autre chancre. Eudlitz et Terson (*Semaine médicale*, 1893) ont montré un malade atteint à la fois d'un chancre induré siégeant au menton et d'un chancre palpébral de même nature. Le second était apparu trois semaines après le premier.

Diagnostic. — Le chancre palpébral n'est pas en général difficile à reconnaître si l'on soupçonne sa présence. L'important est d'y penser. La forme de l'ulcération, son aspect, l'induration de la base et l'adénopathie spéciale constituent un ensemble de signes caractéristiques.

Le chancre peut quelquefois disparaître au milieu de la région enflammée; il faudra le chercher avec soin et se défier de l'impuissance du traitement ordinaire.

On l'a pris, dans quelques circonstances, pour une fistule lacrymale; les signes locaux sont différents et l'adénopathie spécifique manque.

Des brûlures de la région, irritées par des pansements sales ou caustiques, peuvent faire hésiter. Mais, dans ce cas, les ganglions, s'ils existaient, seraient enflammés et d'ordinaire les antécédents renseignent suffisamment.

Panas signale, dans une clinique, l'erreur possible avec certaines ulcérations qu'on rencontre chez les bouchers, les équarrisseurs, etc., atteints d'œdème malin. Mais ici l'affection évolue comme une maladie générale; l'œdème des paupières est très marqué, puis est remplacé par une plaque brunâtre qui précède l'ulcération.

La confusion serait plus facile avec le chancre mou. Mais celui-ci est tellement exceptionnel aux paupières qu'il est nié par beaucoup d'auteurs (Panas, Boucheron).

L'ulcération du lupus siégeant au bord libre des paupières peut offrir des points de ressemblance. Sa marche est lente et son indolence presque absolue; mais le lupus se confine rarement aux paupières. Il se développe sur un terrain strumeux; les ganglions intéressés suppurent souvent; le fond est bourgeonnant, rouge foncé; l'ulcération débute par une petite tumeur arrondie qui s'ulcère secondairement.

L'épithélioma des paupières siège le plus souvent au grand angle de l'œil, comme le chancre. Mais il apparaît à un âge avancé; sa marche est extrêmement lente; les ganglions sont pris tardivement. Les bords de l'ulcération sont élevés, nets; le fond est très irrégulier, granuleux, saignant facilement. La tumeur adhère en général aux parties sous-jacentes.

Enfin, on peut prendre le chancre pour une gomme ulcérée. Quelquefois les commémoratifs suffiront à renseigner. Dans la gomme, l'ulcération est beaucoup plus creuse, plus étendue, plus sanieuse; la paupière tout entière est durcie et gonflée. La gomme ronge la région; elle guérit en laissant des traces.

Pronostic. — On a signalé le chancre palpébral comme cause d'un peu d'ectropion ou d'entropion. Le symblepharon est un accident exceptionnel. Ce qui est plus fréquent, c'est la perte des cils sur une étendue assez grande du bord palpébral. En somme, on peut dire que le chancre produit dans les paupières des lésions d'ordre secondaire. Sa seule gravité est dans l'absence de diagnostic. Il peut passer inaperçu et, par suite, laisser évoluer la maladie dont il est l'accident initial, sans traitement.

Accidents secondaires. — Les accidents secondaires de la paupière ne présentent rien de particulier. La roséole s'y montre quelquefois; on peut y voir des éruptions pustuleuses ou papuleuses. Pour de Wecker, ces éruptions seraient bien plus fréquentes que les ulcères chez les enfants en bas âge.

Hutchinson a décrit une forme particulière de blépharite ulcéreuse qui serait d'origine syphilitique. Elle s'observe chez les enfants atteints de syphilis héréditaire et apparaît en même temps que d'autres manifestations de la diathèse. Elle consiste en ulcérations à bords taillés à pic, siégeant au niveau du bord libre, près des commissures.

Gommes palpébrales. — De la période tertiaire dépendent les gommes palpébrales. Elles sont un accident rare; on les rencontre beaucoup moins souvent que le chancre. Galezowski en a trouvé 3 cas sur 129 affections syphilitiques de l'œil. Hutchinson, Panas, Laurence, Weld en ont rapporté des exemples. Presque toujours dépendantes de la syphilis acquise, elles peuvent se montrer également dans la syphilis héréditaire, chez les nouveau-nés. Elles surviennent surtout à l'âge adulte; quelquefois chez les enfants précédemment contaminés par leur nourrice ou par d'autres personnes qui les embrassent ou qui les soignent.

La gomme acquiert en général un volume peu considérable, mais elle peut prendre dans certains cas des dimensions relativement importantes. De Wecker a publié une observation dans laquelle la tumeur avait pris le volume d'une forte noisette. Elle apparaît de préférence vers l'angle externe de l'œil. Élastique et résistante au toucher, elle présente souvent une fausse fluctuation (Galezowski).

Habituellement, il se développe une série de petites gommes qui ne dépassent guère le volume d'un gros pois. Elles s'exulcèrent et finissent par guérir sans laisser d'autres traces qu'une cicatrice tendineuse, blanchâtre, qui longe le bord libre des paupières (de Wecker).

Hirschler a décrit une forme d'infiltration gommeuse

aiguë des paupières. Cette forme est exceptionnelle. Elle serait caractérisée par des douleurs très vives, qui durent pendant plusieurs jours, et par l'apparition, le long du bord libre des paupières, d'une série de petites gommes qui donnent la sensation de chalazions. Celles-ci, en s'ulcérant rapidement, laisseraient un ulcère d'un rouge foncé et à bords déchiquetés, qui pourrait en peu de jours transpercer la paupière de part en part.

Enfin, la syphilis tertiaire peut se localiser sur les tarses, qui s'épaississent et s'indurent. Les bords palpébraux prennent alors l'aspect de deux épais bourrelets bosselés en divers points; les cils disparaissent. Dans cette tarsite, décrite par Magawly, l'épaississement du squelette fibreux de le paupière peut prendre des proportions énormes.

Le diagnostic de ces accidents tertiaires est difficile quand la syphilis n'a pas laissé de traces évidentes sur d'autres parties du corps.

Les gommes tuberculeuses présentent avec les gommes syphilitiques des analogies si grandes que souvent le traitement spécifique est seul capable d'établir la nature de la lésion.

(*A suivre.*)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Par le prof. Dr. Albert Hoffa (de Wurtzbourg).

De mes observations cliniques découlent les conclusions suivantes au point de vue des résultats obtenus par le traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche.

Dans la luxation unilatérale, nous supprimons le raccourcissement du membre qui est attribuable à la situation anormale de la tête fémorale au-dessus du cotyle, et il ne subsiste que la diminution de longueur due à la direction anormale du col du fémur. Nous donnons à la tête fémorale un solide point d'appui sur le bassin et nous rétablissons les conditions de fonctionnement des muscles fessiers dont les fibres ont repris leur direction normale; en fortifiant ces muscles par le massage et une gymnastique rationnelle, nous obtenons des résultats définitifs très satisfaisants. La légère diminution de longueur du membre est compensée par une inclinaison du bassin à peine sensible et les enfants finissent par marcher si bien que l'observateur non prévenu a souvent peine à décider quel est le membre opéré.

Dans la luxation *double*, l'opération supprime la lordose exagérée, elle réduit au minimum la démarche vacillante, elle rétablit la position normale des jambes; enfin elle permet une abduction beaucoup plus grande.

Quant à la durée du traitement, nous pouvons dire qu'en général, au bout d'une semaine, le tamponnement de la plaie peut être supprimé; on pourra enlever l'appareil plâtré au bout de six semaines; pendant deux mois encore, on fera du massage et de la gymnastique de l'articulation, puis l'enfant peut être abandonné à lui-même. Pour la luxation unilatérale, il faudra des soins pendant quatre mois environ, pour la luxation double, pendant six mois. Après qu'on a enlevé l'appareil plâtré, il n'est pas besoin d'employer aucun appareil orthopédique.

Je puis me déclarer satisfait des résultats que j'obtiens actuellement, car dans ma dernière série de quarante-quatre cas opérés avec ma nouvelle technique, je n'ai pas observé une seule récidive, dans deux cas seulement, les mouvements étaient un peu limités; dans aucun cas, je n'ai eu de position vicieuse par contracture, ni d'arthrite coxo-fémorale.

L'âge le plus favorable pour l'opération s'étend, à mon avis, de la troisième à la huitième année. La réduction de la tête présente des difficultés beaucoup plus grandes chez des sujets plus âgés. Nous recommanderons, chez ces malades, l'ostéotomie sous-trochantérienne de Kirmisson, dans le cas de luxation unilatérale; pour la luxation double, je me sers d'un procédé que j'ai décrit sous le nom d'opération de la pseudarthrose : il consiste à scier la tête fémorale déformée, puis à fixer au bassin l'extrémité supérieure du fémur.

Pour vous permettre de juger par vous-mêmes des résultats de ma méthode, je vous présente une de mes opérées, la seule Française que j'aie traitée, et je vous prie de bien vouloir l'examiner.

Il s'agit d'une petite fille qui est entrée à ma clinique le 1er octobre 1895, avec une luxation congénitale de la hanche gauche. Le trochanter dépassait de 3 centimètres la ligne de Nélaton-Roser. Pendant l'opération, qui eut lieu le 3 octobre, je trouve la tête aplatie, le col du fémur est mal formé, l'angle qu'il forme avec le fémur est à peu près un angle droit. La cavité cotyloïde est plane. Réunion par première intention. Le 30 octobre, nous commençons à faire du massage et de la gymnastique. Le 20 janvier, l'enfant quitte la clinique.

Actuellement, le résultat est une guérison idéale; l'articulation est absolument solide, avec une mobilité complète dans tous les sens. Le raccourcissement est d'environ 1 centimètre et demi. La démarche est excellente, sans trace de boiterie.

Pour terminer, je vous présente une série de radiographies de Röntgen, qui sont intéressantes parce qu'elles permettent, les unes, de voir la luxation de la tête fémorale avant l'opération, les autres le rétablissement des rapports normaux après l'opération.

THÉRAPEUTIQUE

Administration de l'antipyrine.

Pour parer à toute action malfaisante de l'antipyrine sur le tube digestif, on donne le médicament dans de l'eau de Vichy, formulant ainsi :

Antipyrine.	1	gramme.
Sirop de groseille.	20	—
Eau de Vichy	80	—

A prendre par cuillerées à dessert après les quintes, en vingt-quatre heures.

On recommande, en outre, de faire suivre chaque cuillerée de l'ingestion de lait ou de bouillon. L'antipyrine est ainsi très bien tolérée. Les doses employées chez les malades de M. Le Goff ont été de 40 centigrammes à 1 gramme, pour les enfants âgés de deux ans, et de 1 à 3 grammes, pour les enfants plus âgés. (*Trib. méd.*)

Bronchite chronique chez l'enfant.

La bronchite chronique est beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte; elle peut succéder à la bronchite aiguë (bronchite dite *a frigore*, bronchite de la coqueluche, de la rougeole); mais ce passage à l'état chronique est favorisé par toutes les causes de débilitation (misère et mauvaise alimentation, syphilis héréditaire, scrofule); M. Comby insiste sur ce point. D'autre part, le rachitisme,

les lésions naso-pharyngées chroniques (végétations adénoïdes, rhinite hypertrophique) contribuent à entretenir la chronicité de la bronchite; il y a de ce dernier chef une indication thérapeutique importante.

Le traitement général par l'huile de foie de morue, le sirop iodotannique, l'arsenic est plus efficace dans la bronchite chronique des enfants que le traitement de la bronchite elle-même. Le séjour à la campagne est toujours indiqué.

On peut prescrire l'arsenic associé au sirop de quinquina.

Sirop de quinquina. . .	150 grammes.
Arséniate de soude. . .	5 centigrammes.

Une cuillerée à café deux fois par jour.

Comme modificateurs de l'état local, on emploie la terpine, la créosote, la teinture d'eucalyptus :

Créosote. . . .	50 centigr. à 1 gramme.
Alcool à 90 degrés	10 grammes.
Vin de Banyuls.	110 —

Une ou deux cuillerées à entremets par jour, avant les repas, aux jeunes enfants (Barth).

Aux enfants plus âgés, on peut donner l'huile de foie de morue créosotée.

Teinture d'eucalyptus. . . .	2 grammes.
Sirop de polygala.	15 —
Infusion d'hysope	110 —

Par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures (R. Blache). (Dr Lyon, *Rev. de thérap. méd. chir.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 mars 1897. — Présidence de M. Caventou.

DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est d'avis que, si dans certains faits l'appendice est pris soit primitivement, soit si brusquement qu'il n'y a pas à hésiter, il existe un très grand nombre de cas où le gros intestin est d'abord longtemps malade et encombré avant que l'état morbide de l'appendice ne s'affirme d'une façon définitive. Dans ces derniers cas le traitement médical peut trouver légitimement sa place.

On doit rester en défiance et ne pas se laisser aller à considérer l'appendice comme destiné à disparaître dans la généralité des cas et la résection comme le remède indiscutable et du reste absolument innocent.

Il semble bien excessif d'admettre, ainsi qu'on le fait aujourd'hui, que seul l'appendice peut être malade et que, quels que soient les accidents intestinaux, ils sont tous et toujours sous la dépendance de l'appendicite.

Il semble également abusif de proclamer qu'il importe peu qu'on ne rencontre pas d'appendice dans les foyers que l'on ouvre, que c'est lui le seul coupable, même s'il a disparu, éliminé, résorbé, gangrené.

Une salpingite, une tuberculose péritonéale peuvent simuler l'appendicite. Si on ouvre le ventre, dans ces cas on trouve l'appendice normal. L'encombrement et l'irritation intestinale peuvent également déterminer des accidents simulant l'appendicite. Tous ces faits sont connus et ont été maintes fois observés par les chirurgiens.

Il est donc certainement excessif de considérer l'appendice comme commençant toujours. M. Championnière croit au contraire qu'en général c'est le gros intestin qui s'encombre à plusieurs reprises avant que l'appendice ne soit atteint à son tour. D'ailleurs cette appendicite ainsi produite peut guérir; l'appendice ne reste plus l'organe aussi dangereux qu'on l'a dit. Il y a plus, la résection d'un appendice peut ne pas déterminer la guérison. Il reste des accidents de colite qui doivent être traités pour que la guérison soit définitive. Roux a bien démontré ce fait.

L'encombrement, la surcharge intestinale jouent donc un rôle primordial et peuvent expliquer des faits inexplicables sans cela. Les accidents attribués à l'appendicite semblent d'ailleurs tenir bien plus à la stase de l'intestin qu'à une excitation.

On observe d'ailleurs bien plus fréquemment l'appendicite dans les villes que dans les campagnes. Elle paraît plus fréquente en Angleterre et aux Etats-Unis, peut-être cela tient-il à une hygiène alimentaire particulière, c'est de cette façon qu'on pourrait peut-être interpréter les faits d'appendicite familiale.

Ces notions sont importantes au point de vue thérapeutique. Lorsque l'intestin paraît malade les chirurgiens actuels cherchent tout d'abord à évacuer l'intestin. Or les médecins font juste l'inverse. S'ils soupçonnent l'appendicite ils prescrivent l'opium, c'est un excellent moyen pour rendre au bout de peu de temps l'opération indispensable.

M. Championnière croit donc que c'est en purgeant qu'on peut éviter les crises appendiculaires, tandis qu'avec l'opium on arrive à les déterminer.

Il pense que, même en crise, il faut évacuer les sujets, les purger; on peut souvent par ce moyen les guérir radicalement. Donc l'évacuation par les purgations doit être le premier moyen thérapeutique. C'est aussi le premier moyen hygiénique. Il n'est pas impossible que, si l'appendicite est aussi fréquente aujourd'hui, c'est qu'on n'use que rarement de la purgation si en honneur jadis.

Il croit aussi qu'il faut remuer les sujets qui sont menacés d'appendicite. L'influence de la bicyclette sur la production de l'appendicite est une pure vue de l'esprit. On n'en a pas apporté un seul fait. C'est bien plutôt l'immobilité, le repos qui peuvent produire l'appendicite.

Ce n'est pas à dire qu'il ne faille jamais opérer l'appendicite. Mais il ne faut pas opérer en hâte sans d'excellentes raisons.

L'opération de l'appendicite a une très faible mortalité, mais elle existe. D'autre part après l'opération il se produit fréquemment de l'éventration. Il ne faut pas méconnaître cette éventualité assez fréquente.

Si donc on met de côté les formes suraiguës d'appendicite si bien indiquées par M. Dieulafoy, dans tous les cas d'appendicites subaiguës il faut être très prudent et ne pas oublier que l'erreur du diagnostic est extrêmement facile et qu'à côté des vraies appendicites il y a des phénomènes pseudo-appendiculaires dus à la typhlite, à la pérityphlite, à l'encombrement intestinal, toutes affections qui peuvent être justiciables de la thérapeutique médicale, mais non de l'opération.

M. DIEULAFOY répond à ses deux collègues MM. Reclus et Lucas-Championnière. Il laisse de côté la question chirurgicale et ne veut envisager qu'un seul point, les rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse. Il rappelle avoir, dans sa dernière communication, exprimé ou plutôt hasardé cette opinion : N'est-il pas curieux qu'arrivant avec un grand nombre d'observations de lithiase intestinale, M. Dieulafoy n'ait pas trouvé, dans ces observations, un seul cas d'appendicite? Ce fait l'étonne, sans doute, mais il ne peut que le constater. Qu'est-ce que cela prouve, sinon que l'appendicite n'est pas la conséquence, l'aboutissant de l'entéro-colite muco-membraneuse? M. Dieulafoy ajoute qu'il attendait des observations dans lesquelles on constaterait cette coexistence de l'entéro-colite et de l'appendicite. Ces observations ne se sont pas fait attendre,

MM. Reclus et Lucas-Championnière en ont communiqué qui ne peuvent plus laisser aucun doute sur la coexistence possible des deux affections. M. Dieulafoy dit coexistence et non relation de cause à effet, et il insiste sur ce point qui, selon lui, présente un grand intérêt, non pas un intérêt doctrinal, mais un intérêt pratique. En effet, étant donné le nombre considérable de gens atteints d'entéro-colite chronique muco-membraneuse ou de lithiase intestinale, s'il est admis que l'appendicite est l'aboutissant naturel de ces affections, tous ces malades ne vivront plus qu'avec cette crainte perpétuelle, cette épée de Damoclès suspendue sur leur tête, l'appendicite. Or, s'il est vrai que l'entéro-colite chronique et l'appendicite peuvent se rencontrer chez le même malade, il ne paraît pas exact de dire que l'une mène à l'autre, et c'est ce que tient à démontrer une fois de plus M. Dieulafoy.

Que l'on prenne le *Traité des maladies de l'enfance*, de M. Comby, on y trouvera une description parfaite de l'entéro-colite muco-membraneuse des enfants; pathogénie, diagnostic, pronostic, complications, tout y est étudié avec un soin méticuleux; or, il n'y a pas un mot sur l'appendicite. Il y a trois ans, au Congrès de Caen, M. Charvin a fait une importante communication sur l'entéro-colite muco-membraneuse. Tout s'y trouve, excepté l'appendicite. M. Potain publiait récemment une leçon magistrale sur l'entéro-colite chronique muco-membraneuse; tout y est étudié avec le soin qu'apporte toujours M. Potain dans ses travaux. Ce travail est basé sur 103 observations d'entéro-colite chronique muco-membraneuse. Il n'y a pas un seul cas d'appendicite. M. Bottentuit, qui exerce depuis vingt-cinq ans à Plombières, y a relevé 460 observations d'entéro-colite, parmi lesquelles se trouvent 250 femmes, 150 hommes et 60 enfants. Pas un seul de ces malades n'a été atteint d'appendicite ou d'accidents appendiculaires. En 1895, M. Lechel fit une thèse sur l'entéro-colite chronique muco-membraneuse. Cette thèse, qui contient un assez grand nombre d'observations, n'en donne pas une seule d'appendicite. Enfin, il y a quinze jours, M. Dieulafoy lui-même présentait à l'Académie un certain nombre d'observations de lithiase intestinale, sans qu'il y eût un seul cas d'appendicite ou d'accidents appendiculaires.

Réunissant toutes ces observations, M. Dieulafoy arrive à un total de sept à huit cents observations d'entéro-colite muco-membraneuse ou lithiasique, sans un seul cas d'appendicite. Il était donc en droit d'émettre cette assertion, qu'il soutient encore aujourd'hui, qu'il n'existe pas une relation de cause à effet, entre l'entéro-colite muco-membraneuse et l'appendicite, et que, lorsque les deux affections se rencontrent sur le même individu, c'est par le fait d'une simple coïncidence.

Il y a quelques années, ajoute en terminant M. Dieulafoy, la typhlite régnait en souveraine, aujourd'hui elle est bien tombée, et il n'est plus question que de l'encombrante appendicite. On a été trop loin et on a laissé de côté le cæcum dans l'étude des affections intestinales; cependant, entre l'entérite et la colite, il faut bien faire une place pour la typhlite, et au lieu de dire entéro-colite, on devrait dire entéro-typhlo-colite.

Il est hors de doute que le cæcum réclame sa part, et une large part, dans la filière des inflammations intestinales. Ce qu'on décrit sous le nom d'appendicite n'est bien souvent qu'une crise d'entéro-typhlo-colite muco-membraneuse.

Relativement à la pathogénie de l'appendicite, MM. Dieulafoy et Reclus sont près de s'entendre. Sous l'influence de l'exaltation de la virulence des matières ou des microbes, l'inflammation atteint l'appendice; mais il n'est pas besoin pour cela, ajoute M. Reclus, que l'appendice soit transformé en cavité close, et M. Reclus invoque ici les lois de la pesanteur. Mais M. Dieulafoy invoque, à son tour, les cas, bien connus des chirurgiens, dans lesquels l'appendice remonte derrière le cæcum, ces cas d'appendicites rétro-cæcales. Est-il possible de faire intervenir ici les lois de la pesanteur? A cela près, MM. Dieulafoy et Reclus sont d'accord sur les grandes lignes de la pathogénie de l'appendicite.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux. (Voir le Premier-Paris.)

LECTURE

Luxation congénitale de la hanche. — M. HOFFA (de Wurtzbourg) a fait une communication sur le traitement chirurgical des luxations congénitales de la hanche. (Voir plus haut, 1897, p. 348.)

Extraction du cristallin transparent dans la myopie. — M. VACHER (d'Orléans) rappelle que c'est lui qui a publié les premières extractions de cristallin transparent en France. Il a fait actuellement quarante-six opérations toutes suivies de succès. La suppression du cristallin transparent s'obtient par deux procédés : la discision et l'extraction. Chez les sujets de trente ans et au delà, il préfère l'extraction; le traumatisme est unique et la guérison plus rapide.

Il présente un malade qui, atteint de 29 dioptries de myopie avant l'extraction, avec une vision à 1/16, a aujourd'hui une myopie de — 2,50 et une acuité de 1/3. Le sujet, très myope, manque forcément de la notion exacte du monde extérieur; son développement cérébral doit s'en ressentir. Il y aura là matière à une étude médico-légale intéressante.

Les principaux avantages de l'extraction du cristallin sont la vision distincte au loin, l'augmentation de la grandeur des images rétiniennes, la diminution considérable de la réfraction et une prophylaxie du décollement de la rétine. Il ne faut pas opérer les yeux qui n'ont que 1/10 d'acuité visuelle, et on n'opérera qu'un œil et de bonne heure à partir de douze ans seulement si le sujet est atteint de 13 dioptries ou moins de myopie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Lecture des copies. — Séance du 22 mars : MM. Belin, 19; Achalme et Sallard, 18; Thérèse, 17; Potier, 15.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Lecture des copies. — Séance du 22 mars : MM. Chevalier, 29; Mauclaire, 28; Souligoux, 25; Jayle, 23.

— La Société médicale de Londres vient d'élire membre honoraire M. le professeur Félix Guyon.

— Le concours pour une place de médecin adjoint à l'hôpital d'Avignon, ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Vincenti (d'Avignon).

— *École de médecine de Limoges.* — M. Eymeri, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux physiologiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des dilatations congénitales des conduits excréteurs du rein (1).

Par Victor VEAU, interne des hôpitaux.

Je n'ai pas voulu intituler cette Revue générale des hydronéphroses congénitales, car hydronéphrose signifie dilatation des calices et du bassinet, or je désire montrer qu'une anomalie congénitale de l'uretère peut déterminer une dilatation localisée de ce conduit. Comme il n'y avait pas de mot pour dire dilatation de l'uretère, j'ai englobé cette affection sous ce titre général qui signifie : Dilatation des calices et du bassinet (hydronéphrose classique), dilatation localisée de l'uretère.

I

ÉTIOLOGIE ; PATHOGÉNIE

De l'étiologie de cette affection, comme de celle de toutes les lésions congénitales, il est bien peu de choses à dire.

En comparant les observations, on voit que les dilatations congénitales des voies urinaires peuvent se rencontrer à tous les âges. A côté des cas où elles sont si précoces, si marquées, qu'elles sont incompatibles avec la vie, il en est d'autres où elles demeurent absolument latentes et l'individu meurt d'une affection intercurrente. C'est ce qui est arrivé pour notre malade, qui mourut à l'âge de cinquante-huit ans, d'hémorragie cérébrale. Cependant ces dilatations se rencontreraient plus fréquentes à deux périodes distinctes de la vie, vers l'âge de dix ans et à la puberté. Il est rare que le malade vienne consulter pour la première fois à l'âge adulte.

Il est bien difficile de dire si le sexe exerce une influence sur l'affection qui nous occupe, car la plupart des observations recueillies n'en font pas mention. Cependant, les cas rares qui nécessitèrent une intervention chirurgicale, se rencontrèrent plus souvent dans le sexe féminin.

L'enfance et l'adolescence seraient les époques de la vie où elles furent observées le plus fréquemment.

Quant à la pathogénie, elle est ici, comme dans toutes les affections congénitales, absolument inexpliquée. L'étude des observations nous montre que les dilatations congénitales de l'uretère s'accompagnent souvent d'autres malfonctions congénitales, et en particulier il est remarquable de voir que presque tous les cas rapportés se trouvaient sur des uretères surnuméraires, il existait un uretère sain bien développé et un uretère anormal hydronéphrosé. De plus, tous les uretères hydronéphrosés s'abouchaient dans le rein à un niveau supérieur à l'abouchement de l'uretère sain. Ce sont là des faits qui restent absolument inexpliqués.

Mais si l'on ne sait pas pourquoi se font ces anomalies congénitates, on peut, jusqu'à un certain point, reconnaître comment elles sont préparées par le développement normal de l'uretère.

Je ne veux pas entreprendre cette description, je rappellerai simplement ses grandes lignes.

Dans une première phase, l'uretère s'ouvre avec le canal de Wolff dans le cloaque (phase intestinale). Dans une deuxième, il s'isole du conduit intestinal et reste encore ouvert dans le canal de Wolff (phase génitale). Enfin, dans une troisième, il s'isole des voies génitales pour se rapprocher du pédicule allantoïdien déjà différencié en urèthre postérieur et vessie (phase uréthrale ou prostatique et vésicale) ; à chacune de ces phases répond une variété de dilatations congénitales, il suffit de supposer un arrêt de développement pour avoir l'explication de l'anomalie rencontrée.

Toutes ces données du développement normal de l'uretère nous a été fourni par Kupfer (1) qui, le premier, a montré l'origine du conduit excréteur du rein. Mais on peut le dire, bien des faits restent encore obscurs : on ne sait guère comment l'uretère s'isole du canal génital, comment se forme l'éperon qui doit séparer le canal déférent du canal

(1) L'idée de ce travail m'est venue à l'occasion d'un cas que j'ai rencontré à l'hôpital Beaujon, et que j'ai publié avec mon ami Meslay dans les *Bull. de la Soc. anat.* (12 mai et 23 oct. 1896). Pour toutes les recherches bibliographiques, j'ai été aidé par mon ami H. Brinon, qui a fait de ce sujet l'objet de sa thèse (juillet 1896). C'est là où devra se reporter le lecteur qui désirerait plus amples renseignements. Je dois dire, dès le début, que nos recherches ont été facilitées par un récent article de Schwartz fait sur les inspirations de Wölfler : Ueber abnormie Ausmündungen der ureteren und deren chirurgische Behandlung, *Beitr. zur Klin. Chir.*, 1895, p. 159.

(1) KUPFER. *Arch. f. Mikrosc. Anat.*, 1866, vol. II, p. 385.

urinaire, comment l'uretère arrive à s'ouvrir dans la vessie.

Des recherches seraient utiles, elles jetteraient peut-être un jour nouveau sur certaines anomalies, et en particulier sur les abouchements borgnes que nous étudierons tout à l'heure.

Il est donc des cas qui se comprennent par un arrêt de développement, ce sont comme des anomalies physiologiques; mais il en est d'autres non moins nombreuses dont on ne peut pas saisir la raison physiologique; il faut faire intervenir une perturbation plus grande, un vice de développement de la région, on voit alors l'uretère s'ouvrir dans des organes qu'il ne fait que toucher; on le voit même après un trajet des plus bizarres, se porter à une grande distance de sa situation normale, ce sont comme des anomalies pathologiques. Ce sont de vraies monstruosités que rien ne peut faire prévoir et expliquer.

Nous voyons donc qu'au point de vue pathologique, on pourrait classer la dilatation congénitale de voie d'excrétion du rein en deux groupes :

1° Dilatation par arrêt de développement, *facile à interpréter*;

2° Dilatation par vice de développement, monstruosité où l'esprit ne peut saisir le comment.

Cette division pathogénique, bonne pour l'étude des abouchements anormaux, est fatalement incomplète, car il existe d'autres causes de dilatation des voies urinaires, c'est ce que nous allons étudier.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique mérite de nous arrêter plus longtemps et nous étudierons successivement :

1° La lésion congénitale, cause de la distension;

2° Les effets de cette lésion.

L'anomalie de développement qui va déterminer la dilatation des voies urinaires supérieures peut porter sur l'uretère ou sur l'urèthre.

Les malformations de l'uretère peuvent siéger sur son trajet, être un vice de conformation des tuniques ou le fait d'une compression extérieure, ou encore être le fait d'un abouchement anormal dans la portion intestinale, dans la portion urinaire ou dans la portion urinaire du sinus urogénital.

Nous étudierons donc successivement :

I. Malformations sur le trajet de l'uretère.

A. Vice de conformation des tuniques : 1° absence; 2° imperforation; 3° rétrécissements; 4° valvules.

B. Compression par un organe extérieur.

II. Anomalies d'abouchements de l'uretère.

A. Portion intestinale.

B. Portion urinaire : 1° vessie; 2° urèthre prostate (homme); 3° urèthre vestibule (femme).

C. Portion génitale : Homme, canal éjaculateur; canal déférent; vésicule; utricule prostatique. — Femme, trompe; utérus; vagin; canal de Gœrtner.

D. Monstruosités.

III. Anomalies de l'urèthre.

I. Malformations sur le trajet de l'uretère. — Toute disposition congénitale qui crée une gêne pour le libre écoulement de l'urine, peut et doit déterminer une dilatation en amont. Cet obstacle sur le trajet de l'uretère peut porter sur les tuniques, ou être le fait d'une compression par un organe extérieur.

A. Vices de conformation des tuniques. — Les malformations sur le trajet de l'uretère, tenant à un vice de conformation des tuniques, peuvent être groupées en quatre classes : 1° absence; 2° imperforation; 3° rétrécissement; 4° valvules.

1° *Absence.* — L'absence totale du rein et de l'uretère ne mérite pas de nous arrêter, elle ne rentre pas dans notre cadre, elle n'a pas d'histoire clinique. Teyssèdre (1) en rapporte 74 observations.

Plus importants sont les cas de développement de l'uretère avec absence du rein. Dans cette variété d'anomalie, il ne faudrait pas confondre l'absence primitive du rein, son non-développement avec l'atrophie secondaire de l'organe ne pouvant s'accroître en raison de la gêne d'excrétion de l'urine. C'est peut-être dans ce sens qu'il faudrait entendre les cas rapportés.

Teyssèdre (2) en rapporte 6 observations. Deux seulement sont à retenir, celle de Ferrand (3) et celle plus intéressante de Rott (4); la dilatation était peu considérable.

Il faudrait encore ajouter 2 cas rapportés par Arnould (5), ceux de Madge (6) et Cruveilhier (7).

2° *Imperforation.* — Cette variété diffère de la précédente en ce que l'uretère, dans l'absence, manque complètement en un point ou se termine avant d'atteindre le rein.

Dans l'imperforation l'uretère existe, mais seulement en tant que cordon fibreux sans lumière, ce cordon a la valeur de l'uretère sans en avoir les fonctions.

Les observations d'imperforation de l'uretère sont nombreuses. Teyssèdre en compte 11 cas, mais je ne veux retenir que ceux qui présentaient une dilatation en amont de l'imperforation. Dans le cas de Penrose (8) le rein correspondait, étant remplacé par « quelques petits kystes », l'imperforation siégeait à la partie supérieure.

Dans le cas de Teyssèdre (9), l'imperforation était double, la dilatation à peine marquée. On voit combien sont rares les dilatations dans ces cas d'imperforation.

3° *Rétrécissement.* — Au contraire, quand l'uretère est simplement rétréci, la dilatation est presque la règle. Arnauld (10) en rapporte 3 cas bien authentiques.

4° *Valvules.* — Les valvules de l'uretère sont souvent causes de dilatation, et sous ce titre de valvules je ne range que les replis de la tunique interne, bien différents de la saillie formée dans la lumière par le sommet de l'angle dans la coudure de cet uretère. Ces valvules ont été étudiées par Wölfler (11), Englisch (12). Elles seraient fréquentes,

(1) Teyssèdre. *Contribution à l'étude des anomalies du développement du rein, étude d'un cas d'agénésie rénale*, Th. de Paris, 1892, p. 33.
(2) Teyssèdre. Loc. cit., p. 36.
(3) Ferrand. *Constatt's Jahrb.*, 1862, p. 48.
(4) Rott. *Verhand. phys. med. Geselsch. in Wurtzbourg*, in F. XIII, 1879, p. 125-142.
(5) Arnould. Th. de Paris, 1891, p. 94.
(6) Madge. *London Obst. Transact.*, 1887.
(7) Cruveilhier. *Traité d'anatomie pathologique*, t. II.
(8) Penrose. *Tr. path. Soc. London*, 1890, t. LX, p. 161; Teyssèdre. Loc. cit., p. 43.
(9) Teyssèdre. Loc. cit., p. 7.
(10) Arnauld. Loc. cit., p. 96.
(11) Wölfler. Zur chir. der Nieren, *Wien. Med. Wochens.*, 1876, n° 22.
(12) Englisch. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1879.

presque normales, puisque Wölfler les a rencontrées une fois sur cinq uretères normaux. Elles siègent plus souvent à sa partie supérieure. Dans un dixième des cas, elles sont annulaires, n'entravent pas la circulation de l'urine, mais on conçoit facilement qu'une simple exagération de cette disposition puisse être cause d'une dilatation en amont. Aussi, Wölfler regarde-t-il ces valvules comme la cause la plus fréquente des hydronéphroses congénitales.

Il ne faudrait pas cependant exagérer l'importance de cette variété. Dans toutes les hydronéphroses, on trouve des valvules. On est immédiatement tenté de les regarder comme la cause de la dilatation, tandis que souvent elles n'en sont que l'effet. Quand la poche est formée avec ses replis, ses sinuosités, il est impossible de dire si les valvules qu'on y rencontre sont primitives ou secondaires. On peut penser, on doit penser à une valvule congénitale, mais il est bien difficile de l'affirmer. Le cas que j'en ai rapporté avec Meslay en est un bel exemple : à la partie inférieure de la poche gauche, il y avait une valvule qui était suffisante dans certaines conditions. Si l'on avait pas trouvé dans la prostate la cause de l'hydronéphrose, on l'aurait certainement incriminée. Aussi, en parcourant les observations qui concernent ces valvules, on ne peut s'empêcher de se demander si les auteurs n'ont pas été trompés.

L'observation de Martin [de Genève (1)], que Schwartz donne comme la plus probante, est encore sujette à la critique.

Dans une observation de Carpentier, la valvule siégeait à l'orifice vésical (2).

En résumé, les valvules congénitales peuvent être souvent l'origine de dilatation en amont, mais on ne doit les accuser qu'en l'absence de toute autre cause et ne les incriminer qu'avec circonspection.

Un déplacement congénital du rein peut aussi créer une valvule et de là une hydronéphrose congénitale par sa cause, mais acquise quant à son origine. Les auteurs qui veulent voir dans la néphroptose le résultat d'une malformation congénitale, élargissent considérablement le cadre de notre sujet. Je ne les suivrai pas dans cette voie (3).

B. Compression par un organe extérieur a l'uretère. — Là encore il est difficile de pouvoir être affirmatif. Souvent, toujours même dans une hydronéphrose, on voit une artère faire une forte pression sur la poche, et on serait tenté de faire intervenir cette artère comme cause de l'hydronéphrose. L'observation de Boogard (4) est trop peu explicite pour être probante. Il n'en est pas de même de celle de Roberts (5). Dans ces deux cas, l'artère est accusée.

Dans l'observation de Decressac (6) la veine était incriminée, mais la malade avait une vieille pelvi-péritonite et, comme le fait remarquer Letulle dans la discussion qui suivit, la pelvi-péritonite avait peut-être plus d'importance que la compression.

Plus intéressants sont les cas où la compression était produite par les débris anormaux d'un organe embryonnaire. Je trouve deux observations où l'on incrimine le canal de Muller. Dans le cas de Reliquet (1), la nature de l'organe embryonnaire fut reconnu par M. Mathias Duval.

(1) Martin. *Centralbl. f. Gyn.*, 1870, nº 40.
(2) Carpentier. *Brit. Med. Journ.*, 20 avril 1889.
(3) Walch. Th. de Paris, 1896.
(4) Boogard, cité par Morris. *Surgical Diseases of the Kidney*, 1885, p. 325.
(5) Roberts. *Urinary ang renal diseases*, p. 545.
(6) Decressac. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 98.

Launay (2) a présenté à la Société anatomique une hydronéphrose dont M. Reclus a parlé à la Société de chirurgie (3). L'uretère dilaté était tordu autour d'une bride fibreuse qui en haut et en bas se confondait avec les parois du conduit. M. Launay pense au canal de Wolff ou de Muller, sans que rien ne lui permette d'affirmer.

Le canal déférent par un trajet anormal pourrait comprimer la partie inférieure de l'uretère. Je n'en connais pas d'observations.

II. **Anomalie d'abouchement de l'uretère.** — C'est là le chapitre le plus important : il renferme la classe de dilatation des voies urinaires la plus facile à reconnaître au point de vue anatomique, la plus intéressante à étudier au point de vue pathogénique.

Avant d'entrer dans les détails des variétés, il est deux notions sur lesquelles je veux insister.

Les cas d'anomalie d'abouchement siègent, le plus souvent, sur des uretères surnuméraires. On trouve donc du même côté un uretère normal qui est sain, un uretère surnuméraire, qui est dilaté.

Dans toutes les variétés d'ouverture que je vais passer en revue, il peut se rencontrer deux variétés.

L'ouverture libre, la plus fréquente, facile à interpréter : la lumière de l'uretère s'ouvre dans la lumière de l'organe qui la reçoit ;

L'ouverture en cul-de-sac : l'uretère ne s'ouvre pas, il est fermé par une membrane plus ou moins épaisse.

C'est là un fait difficile à comprendre, peu connu en France, puisque tous les traités classiques n'en font pas mention, il n'en existe que quelques observations éparses, qui ont passé absolument inaperçues.

L'uretère, au lieu de communiquer librement avec l'organe qui le reçoit, en est séparé par une cloison. L'arbre urinaire est donc comme coupé à sa base, le rein sécrète du liquide qui ne peut trouver issue et dilate les voies urinaires.

Je le répète, ces ouvertures en cul-de-sac peuvent se reconnaître dans toutes les variétés d'abouchement.

Division. — J'ai indiqué à la pathologie les différentes phases que traversait l'uretère pour s'ouvrir normalement dans la vessie.

Ce rapide exposé nous permet de diviser les anomalies d'abouchement de l'uretère.

a. Dans l'organe dérive de la portion intestinale du sinus uro-génital : le rectum.

b. Dans un organe dérive de la portion urinaire du sinus uro-génital : 1º vessie ; 2º urèthre prostatique chez l'homme ; 3º urèthre vestibule chez la femme.

c. Dans un organe dérive de la portion génitale du sinus uro-génital : 1º chez l'homme, canal éjaculateur, canal déférent, vésicules séminales ; 2º chez la femme, trompe, utérus, vagin, canal de Gartner.

d. Puis je passerai rapidement sur ces cas absolument incompréhensibles, créés par un vice de développement que rien ne peut expliquer.

Il nous restera encore à mentionner les anomalies congénitales qui déterminent à distance des dilatations des voies

(1) Reliquet. *Progrès méd.*, 12 mars 1887, p. 205.
(2) Launay. *Bull. de la Soc. anat.*, 7 déc. 1894, p. 892.
(3) Reclus. *Bull. de la Soc. de chir.*, 5 déc. 1894, p. 782.

urinaires, je veux parler des rétrécissements — de l'imperforation de l'urèthre, faits qui créent indirectement des dilatations des canaux d'excrétion du rein.

a. Abouchement dans l'organe développé au défaut de la portion intestinale du sinus uro-génital : *le rectum*.

Nous avons vu que cet état répondait à la première phase du développement ; aussi, quand à ce moment il y a arrêt de développement, le plus souvent il existe d'autres malformations qui font du fœtus un véritable monstre, intéressant seulement au point de vue tératologique.

Si l'uretère s'ouvre largement dans le rectum, il peut ne pas y avoir dilatation, mais comme le rectum est un milieu éminemment septique, l'infection ne tarde pas à s'élever. C'est ce qui arriva, je crois, dans l'observation d'Oberleuffer et Revolet (1), et dans celle de Saviard (observations de chirurgie), que je n'ai pas pu me procurer.

La dilatation, dans les cas d'ouverture dans le rectum, peut être le fait d'un orifice uréthral étroit ; d'un rétrécissement ou imperforation du rectum ; d'une ouverture en cul-de-sac.

Viguier (2) rapporte un cas par rétrécissement de l'orifice.

Olshausen (3) a observé un autre exemple où il y avait absence d'uretère et d'anus, la vessie, l'utérus et l'intestin communiquant ensemble formaient trois tumeurs volumineuses.

Gerster (4) rapporte un cas où l'uretère s'ouvrait en cul-de-sac. L'enfant naquit avec une hydronéphrose et mourut bientôt après.

En somme, les abouchements de l'uretère dans le rectum ne sont pas absolument rares.

b. Abouchement dans un organe dérivé de la portion urinaire du sinus uro-génital :

Cette classe renferme les faits les plus nouveaux, les plus intéressants.

Les abouchements 1° dans la vessie ; 2° dans l'urèthre prostatique chez l'homme ; 3° dans l'urèthre, le vestibule chez la femme.

1° Vessie : l'abouchement dans la vessie peut être cause d'hydronéphrose quand l'uretère présente un long trajet intra-pariétal ; quand il est rétréci à son orifice ; enfin, quand il s'ouvre en cul-de-sac.

α. Obstacle par longueur du trajet intra-pariétal : La gêne au libre écoulement de l'urine est créée par la différence du niveau entre le point où l'uretère pénètre dans la musculeuse et celui où il s'ouvre dans la muqueuse. Quelquefois, l'orifice vésical est au-dessus du niveau où l'uretère pénètre dans les parois : on dit alors que l'orifice est trop élevé. Mais cette élévation est absolument relative. Le canal a un trajet récurrent, ascendant dans l'épaisseur des tuniques. La gêne est la conséquence de la coudure du conduit, de la contraction des fibres musculaires de la paroi.

On comprend que l'abouchement trop élevé soit la conséquence d'une séparation trop précoce de l'uretère et du canal de Wolff, comme le dit Schwartz (5). Mais ce qu'on comprend plus difficilement, c'est la raison de ce trajet récurrent dans l'épaisseur de la tunique musculaire.

Walther (1) en rapporte un cas.

D'autres fois, l'orifice vésical est trop au-dessous du point d'entrée, dans la tunique muqueuse ; cette cause doit être plus fréquente, car cet état anatomique n'est que l'exagération de la disjonction normale, le trajet de l'urèthre oblique en bas et en avant, au lieu d'être de quelques millimètres, atteint plusieurs centimètres, et c'est la tonixité, c'est la contraction du muscle vésical qui s'oppose au libre écoulement de l'urine.

Schwartz (2) ne rapporte qu'une observation authentique de ce fait, due à Wrany (3) : un uretère surnuméraire, après avoir parcouru, dans la paroi vésicale, un trajet de 8 millimètres, s'ouvrait par un orifice de 6 millimètres près du col vésical, le bassinet et la partie du rein correspondante étaient hydronéphrosés.

β. Étroitesse de l'orifice vésical : c'est là une cause difficile à apprécier, car cette étroitesse n'est que relative et l'orifice, après la formation de la dilatation, peut se dilater lui aussi et devenir méconnaissable.

Cette étroitesse peut encore être créée par une valvule. Förster (4) a trouvé chez un fœtus un uretère droit s'ouvrant du côté gauche par un orifice anormalement étroit. Il n'y avait ni rein, ni uretère gauche, le rein droit était hydronéphrosé.

γ. Abouchement en cul-de-sac de l'uretère de la vessie : c'est là le fait le plus curieux que nous avons à étudier : un uretère arrive à la vessie et une membrane empêche la communication des deux cavités.

En France, ces faits semblent presque complètement ignorés, car nos traités classiques n'en parlent pas. Schwartz en a cependant rassemblé 14 observations, abstraction faite des 4 cas qu'il a rencontrés chez des monstres. Sur ces 14 cas, 6 se rencontraient sur des uretères normaux et sur des uretères surnuméraires. De cet abouchement fermé de l'uretère, il résulte une impossibilité absolue à l'écoulement de l'urine, de là dilatation. Cette dilatation peut occuper deux sièges : elle peut être située en dehors de la paroi vésicale, c'est-à-dire en arrière de la vessie ; ou en dedans de la paroi musculaire, c'est-à-dire entre la musculaire et la muqueuse. D'autres fois, elle est en même temps extra et intra-vésicale, affectant la forme d'une gourde de pèlerin dont la portion rétrécie répond à la paroi musculaire du réservoir urinaire.

La cause de cette disposition doit être dans le siège précis de la terminaison de l'uretère, la structure de la membrane obturante. Si l'uretère arrive sous la muqueuse, celle-ci se laisse facilement déprimer ; de là une poche intravésicale. Si l'uretère s'arrête en dehors de la musculeuse, l'urine est arrêtée, s'accumule en amont, de là une poche extravésicale.

La poche tout entière extravésicale est une rareté. Schwartz (5) n'en rapporte qu'un cas dû à Meschede (6) : la poche était constituée par une petite tumeur de la gros-

(1) Oberteuffer et Revolet. *Starken Arch.*, t. II, p. 634.

(2) Viguier. Soc. anat., cité par Sechevron. *Arch. de tocol.*, 1889, p. 255.

(3) Olshausen. *Arch. f. Gyn.*, t. II, p. 240, cité par Hergott. Th. d'agrég., 1878, p. 216.

(4) Gerster. *New-York med. Journ.*, 1878, cité par Schwartz. Loc. cit., p. 211.

(5) Schwartz. Loc. cit., p. 226.

(1) Walther. *Einige Krankheiten der Nieren und Harnblase*, Berlin 1800, 4, p. 14 ; cité par Schwartz. Loc. cit., p. 180.

(2) Schwartz. Loc. cit., p. 178.

(3) Wrany. *Pathol. anat. Mitteilungen aus dem Frans-Josef-Kunderspital zu Prag.*, 8, p. 105.

(4) Förster. *Die Missbildungen des Menschen*, Iena 1861.

(5) Schwartz. Loc. cit., p. 198.

(6) Meschede. *Virchow's Archiv*, Bd. XXXIII, p. 546.

seur d'un œuf; elle était couverte de petites bosselures et absolument fermée; cette poche s'était insinuée dans la cloison vaginale et faisait saillie dans le vagin. A sa partie supérieure et appliqué sur elle courait un cordon creux communiquant avec la cavité de la poche, c'était l'uretère qui se perdait dans le tissu cellulaire de la région rénale, le kyste contenant un liquide vert brun.

La poche intravésicale se présente sous l'aspect d'une tumeur lisse, régulière et souple, faisant saillie dans la cavité vésicale.

Dans les cas moyens, le kyste prend une forme hémisphérique ou ampullaire régulièrement arrondie et profonde de 1 à 2 centimètres. Dans le cas de Tangl (1), la poche occupait la partie supérieure de la vessie.

Quand elle est plus prononcée elle s'allonge en pointe vers le col jusqu'à l'orifice de l'uretère, la forme est alors variable. Boström (2) en trouva une pièce dans le musée d'anatomie pathologique d'Erlangen : la tumeur avait la forme d'un doigt quand elle était vide, quand on l'étendait elle avait la forme d'une poire dont la queue serait l'uretère. Elle devait quand elle était remplie faire une saillie presque horizontale, dirigée de droite à gauche. La surface intérieure était lisse, l'orifice d'abouchement mesurait 1 à 2 centimètres. Boström fit ces recherches à l'occasion d'un cas qu'il avait très bien observé cliniquement et sur lequel nous reviendrons à propos des symptômes.

Dans ce cas, la tumeur était énorme, faisait saillie sous la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic. La poche incurvée, en demi-lune, se prolongeait en arrière de la vessie, sa longueur était de 15 centimètres, sa largeur de 5 à 8 centimètres. En bas, du côté de la vessie, elle diminuait de volume et se continuait par un tube membraneux qui traversait la paroi vésicale et communiquait avec une poche kystique tombée au fond de la vessie.

Cette poche était triangulaire et *poussait sa pointe jusqu'au verumontanum*, elle mesurait dans toutes ses dimensions 3 à 4 centimètres, elle était excessivement mince.

Il en était de même dans le cas de Rott (3). La poche de l'uretère qui communiquait avec le canal déférent formait une tumeur vésicale qui arrivait jusqu'au veru.

C'est encore ce qui avait lieu dans le cas de Lilienfeld (4).

Dans le cas de Heller (5) il y avait une poche extravésicale si volumineuse qu'elle remplissait tout l'abdomen (et cependant la malade était morte de pneumonie à soixante-douze ans), la poche intravésicale était du volume d'une pêche.

Jusqu'ici nous n'avons vu qu'une tumeur intravésicale petite, si petite qu'elle était le plus souvent une trouvaille fortuite d'autopsie.

Mais la tumeur peut acquérir un volume plus considérable, remplir en grande partie la cavité vésicale. Il arrive même que la muqueuse vésicale est refoulée dans l'urèthre (surtout chez la femme à cause des dimensions plus grandes du conduit) et prolabée à l'extérieur. Des accidents graves peuvent alors survenir comme l'a montré Wölfler.

La contraction du col vésical sur la muqueuse prolabée peut gêner la circulation en retour, amener de la stase veineuse à son sommet, d'où œdème quelquefois énorme, hémorragie et même gangrène.

De plus, cette muqueuse engagée dans le col vésical en oblitère l'orifice, s'oppose à l'écoulement de l'urine et peut ainsi amener une distension de la vessie et de l'uretère sain.

La distension de l'uretère sain peut encore être le résultat d'un autre mécanisme. La tumeur intravésicale est parfois assez volumineuse pour arriver jusqu'à l'orifice d'un autre uretère normal ou surnuméraire du même côté ou du côté opposé. On conçoit que la tumeur gêne l'écoulement de l'urine et crée ainsi une dilatation, congénitale par sa cause qui est congénitale mais acquise, car elle n'est que secondaire à une dilatation vraiment congénitale.

Dans les cas de Geerdts (1) et dans le premier cas de Boström (2), la dilatation arrivait jusqu'à l'orifice opposé; elle n'avait pas déterminé de gêne de dilatation sur l'autre uretère. Schwartz ne rapporte pas d'exemple de ce fait, mais on conçoit très bien qu'il puisse exister, quelque étrange que paraisse cette conception d'une dilatation congénitale de l'uretère déterminant une dilatation d'un uretère normal.

2° Urèthre prostatique : Les abouchements dans l'urèthre prostatique sont fréquents, moins cependant qu'on pourrait le croire si on acceptait l'affirmation des auteurs. En effet, abouchement dans l'urèthre prostatique ne signifie pas abouchement dans la prostate, il y a dans la prostate le reste des canaux de Wolff (canal éjaculateur), les débris du canal de Muller (utricule). Les observations sont souvent trop laconiques, elles disent quelquefois : l'uretère s'ouvre dans l'urèthre au voisinage du verumontanum. Or, pour être complète, une observation doit donner exactement les rapports de l'urèthre avec les canaux précédents. Nous ne nous occuperons ici que des cas d'abouchement de l'uretère dans l'urèthre prostatique. Schwartz (3) en rapporte dix observations partant soit sur des uretères normaux, soit sur des uretères surnuméraires, il faudra ajouter celle que j'ai publiée avec Meslay qui présentait un abouchement borgne.

Dans un cas de Binninger (4), il n'y avait pas de vessie, les deux uretères s'ouvraient dans l'urèthre ou plutôt se réunissaient au milieu d'une masse glandulaire qui représentait la prostate.

Thuchu (5) a rapporté un cas où l'uretère normal se terminait dans l'urèthre au col de la vessie sur la ligne médiane; il y avait de ce côté absence de vésicules séminales et de canal déférent.

Dans un cas de Zalusky (6), un uretère surnuméraire s'abouchait dans la prostate et dans l'urèthre au-dessus du verumontanum.

Weigert (7) rapporte un autre cas où l'uretère s'ouvrait *en avant* des conduits éjaculateurs, fait qui s'explique bien

(1) Tangl. *Virchow's Archiv*, Bd. CXVIII, p. 414.

(2) Boström. *Beitr. zur pathol. anat. der Nieren*, Fribourg 1884. — Malheureusement, la bibliothèque de la Faculté ne possède pas cet important mémoire.

(3) Rott. *Verhandlung der physik. med. Geselchaft*, in Wurzbourg, Bd. VIII.

(4) Lilienfeld. *Beitr. zur morphologische und Entwickelungschichte des Geschlechs organe*, Marburg 1858.

(5) Heller, cité par Schwartz. Loc. cit., p. 206.

(1) Geerdts. *Ein Fall von doppelter Ureterenbildung*, in Diss. Kiel, 1887.

(2) Boström. Loc. cit.

(3) Schwartz. Loc. cit., p. 159.

(4) Cité par Förster. *Die Misbildungen des Menschen*, Iena 1861.

(5) Thuchu. Soc. biol., 1873, p. 79.

(6) Zalusky. Inaug. Dissert, Greifswald 1869.

(7) Weigert. *Virchow's Archiv*, Bd. LXX, p. 490, et Nachtrag. *Virchow's Archiv*, Bd. LXXII, p. 131.

mal par l'embryologie et qui serait aussi bien placé dans les monstruosités.

Walther (1) en a observé un autre exemple, l'uretère s'ouvrait en arrière de l'utricule prostatique; il n'est pas fait mention des conduits éjaculateurs.

Dans un cas de Tangl (2), l'uretère, comme dans le nôtre (voir plus loin), se plaçait en arrière de l'urèthre et s'ouvrait au-dessus de l'utricule.

Enfin, Carrieu (3) et Civiale (4) en rapportent deux autres exemples.

Dans tous ces cas, l'uretère s'ouvrait librement dans l'urèthre. Schwartz, qui a étudié avec beaucoup de soin les abouchements borgnes, n'en rapporte pas d'exemples dans cette région.

A tous ces exemples, il faudrait ajouter celui que j'ai présenté à la Société anatomique avec mon ami Meslay (5). A l'aide de coupes en série nous avons très bien pu nous rendre compte du trajet intraprostatique de nos deux uretères.

Du côté gauche, l'uretère traversait la prostate à sa partie toute supérieure, et se terminait librement sur la paroi latérale gauche de l'urèthre, très près du col de la vessie, une couche glandulaire, peu épaisse en haut, l'entourait sur tout son trajet; l'orifice uréthral était large, les deux conduits communiquaient à plein canal, l'uretère n'était pas entouré de fibres musculaires propres, il traversait simplement la paroi de l'urèthre.

Le trajet de l'uretère droit était plus curieux. Il pénétrait dans la prostate, au-dessous du point de pénétration de l'uretère gauche; il traversait toute la partie droite de la prostate, en se rétrécissant il arrivait jusqu'à la ligne médiane, se plaçant en arrière à l'urèthre, en avant des canaux éjaculateurs et de l'utricule prostatique, il se rapprochait de plus en plus de l'urèthre. Bientôt, les deux muqueuses arrivaient en contact et ce contact se faisait sur une largeur de plusieurs millimètres. Il semblait que si l'uretère était rempli, la poche ferait hernie dans le canal de l'urèthre et en obstruerait la lumière. Le contact des deux muqueuses se poursuivait sur une longueur de plusieurs millimètres, mais, en aucun point, il n'y avait ouverture de la poche, communication de l'uretère avec l'urèthre; l'uretère s'abouchait donc en cul-de-sac dans l'urèthre prostatique, au-dessus du verumontanum.

Ce fait n'a rien qui nous étonne, après ce que nous avons vu au sujet des abouchements borgnes dans la vessie.

Étant donné l'abouchement dans l'urèthre prostatique, on peut se demander quel est le mécanisme de la rétention. Dans le cas que j'ai rapporté, d'abouchement borgne, il n'est pas besoin d'explications. Dans le cas d'abouchement libre, on s'attendrait plus volontiers à trouver de l'incontinence, cependant, le mécanisme de la rétention, qui est un fait constaté, est encore facile à comprendre; il y a, d'abord, la contraction du sphincter prostatique, du sphincter de la région membraneuse, qui est à la fois un obstacle à l'écoulement permanent et une gêne continuelle, cause de rétention, de dilatation, il y a la présence des lobes glandulaires.

(1) Walther. *Einige Krankheiten der Nieren und Harnblase*, Berlin 1800, 4, p. 14.
(2) Tangl. Loc. cit.
(3) Carrieu. *Union méd.*, 19 nov. 1887.
(4) Civiale. *Maladies des reins et des organes génitaux*, 1843, p. 115.
(5) Meslay. Soc. anat., 23 oct. 1896.

Souvent enfin, l'orifice est très étroit et gêne d'autant le libre écoulement.

J'avais émis l'hypothèse (1) que le développement de la glande prostatique pouvait créer ou exagérer la difficulté d'excrétion du liquide rénal, et faire naître ainsi une dilatation vers l'âge de la puberté. Peut-être est-ce le développement des glandes prostatiques qui a été le grand facteur de la dilatation de mon uretère surnuméraire gauche. J'y avais pensé avant d'avoir fait les coupes en série de la prostate que j'ai étudiée. Rien ne permet de l'affirmer, ce n'est qu'une hypothèse.

3° Urèthre et vestibule chez la femme : Wölfler (2) a réuni cinq observations d'abouchements anormaux de l'uretère dans l'urèthre de la femme. Dans tous les cas, elle se faisait au tiers supérieur de l'urèthre. L'observation de Nelsen est la plus intéressante (3), il y avait duplicité de l'uretère droit, l'uretère gauche, de 2 centimètres de diamètre, faisait suite au rein hydronéphosé. Cet uretère était coudé à angle aigu, à 1 centimètre du bassinet, et très étranglé à ce niveau. Il s'abouchait normalement à la vessie; mais, au lieu de s'ouvrir aussitôt dans sa cavité, il courait en se dilatant dans l'épaisseur de sa paroi, et constituait ainsi une tumeur en forme d'entonnoir, dont la grosse extrémité correspondait au point d'arrivée de l'uretère, à la face postérieure de la vessie, et dont le sommet se terminait en cul-de-sac, auprès de l'orifice externe de l'uretère.

Dans les observations de Tauffer (4), d'Erlach (5) et de Kolisko (6), l'uretère dilaté formait, derrière la muqueuse de l'urèthre, une poche kystique semblable à celle que nous avons trouvée dans les terminaisons en culs-de-sac dans la vessie.

Dans un cas de Thilow (7), il n'y avait pas de vessie.

On comprend assez mal, au premier abord, quel est le mécanisme de ces dilatations; il semble que l'uretère s'ouvrant dans l'urèthre, l'urine devrait trouver un plus facile écoulement, le seul trouble devrait être de l'incontinence. Et, en effet, on en trouve dans quelques cas, mais deux causes entrent en jeu pour créer un obstacle.

D'abord, l'étroitesse de l'orifice vaginal, plusieurs auteurs en font mention; puis la contraction du sphincter de ces fibres musculaires qui entourent transversalement l'urèthre, depuis le col de la vessie jusqu'à sa partie moyenne. C'est la contraction de ces fibres qui empêche l'incontinence, c'est elle qui contribue à gêner le cours de l'urine qui crée la dilatation.

L'uretère, avons-nous dit, peut encore s'aboucher à la vulve dans le vestibule. Les cas de ce genre seraient encore plus nombreux que les cas d'abouchement dans l'uretère. Au premier abord, ces faits devraient s'accompagner moins souvent de dilatation, car l'orifice est ouvert; il n'y a pas de sphincter pour gêner le cours de l'urine, et cependant presque toutes les observations mentionnent un léger degré de

(1) V. Veau. Loc. cit., p. 217.
(2) Wölfler. *Prag. Med. Wochens.*, 1895, nos 22 et 24.
(3) Nelsen. *Beitr. z. pathol. Anat. und allg. Anat. von Zügler und Nauwerck*, III, 3, 1888; — Schwartz. Loc. cit., p. 174, fig. 9, Pl. XI.
(4) Tauffer. Beitrage zur Chirurgie der Ureteren und der Vieren, *Ark. f. Gyn.*, 1894.
(5) Erlach. *Wien. Med. Wochens.*, 1889, p. 517.
(6) Kolisko. *Wien. Klin. Wochens.*, 1889, no 48.
(7) Thilow. *Von den Nieren die Keinen Harmleiten fatten*, p. 17 et 18, cité par Schwartz. Loc. cit., p. 186.

dilatation. C'est ce qui arriva dans les cas de Schrader (1), Banquet (2), Baker (3), Manari (4), Bois (5), Colsi (6).

Dans tous ces cas, la dilatation existait mais n'était qu'accessoire. Dans deux observations seulement, je trouve une dilatation notable.

Dans le cas de Wölfler, la poche pouvait contenir de 80 à 100 grammes de liquide. Dans un cas de Josso (7), elle était encore plus considérable. Il s'agissait d'une petite fille morte d'athrepsie, à trois semaines. Toujours la tumeur s'insinuait entre l'urèthre et le vagin, en dédoublant la cloison. Elle s'ouvrait par un orifice le plus souvent très étroit; c'est précisément cette étroitesse qui est cause de la dilatation. Dans le cas de Wölfler, l'orifice n'admettait qu'une tête d'épingle. Jamais il n'y avait de communication entre la poche et la vessie en avant, ou le vagin en arrière.

Il est remarquable de voir que la dilatation est presque toujours circonscrite et se fait en arrière de la vessie, l'uretère rétréci dans la cloison uréthro-vaginale ne peut se laisser distendre, l'urine s'accumule là où les tissus environnants lui opposent moins de résistance.

c. Abouchement de l'urèthre dans un organe dérivé de la portion génitale du sinus uro-génital : *α*. Organes dérivés du corps de Wolff, canaux éjaculateurs, canal déférent, vésicule séminale.

Schwartz rapporte quatre cas d'abouchement de l'uretère dans les canaux éjaculateurs.

Dans le cas d'Eppinger (8), l'uretère gauche, après avoir traversé la paroi de la vessie à sa place normale, se dilatait à son extrémité inférieure et formait, entre la muqueuse et la musculeuse de la vessie, une poche profonde de 4 centimètres, lisse, mince, transparente. Elle ne s'ouvrait pas du côté de la cavité vésicale, mais à l'extérieur, en arrière, on voyait un petit conduit qui se rendait à la partie la plus haute du conduit éjaculateur.

Hoffmann (9) a rapporté deux cas semblables dans lesquels un uretère surnuméraire dilaté s'abouchait dans le canal éjaculateur. Il n'y avait pas de vésicule séminale.

Cinq fois l'uretère communiquait avec la vésicule séminale ou le canal déférent.

Le cas de Weigert (10) se rapproche du cas d'Eppinger, l'uretère formait une poche dans la vessie, poche qui ne communiquait qu'avec la vésicule séminale.

Boström (11) en rapporte deux exemples, Palmers (12) en possède un cinquième.

Je n'ai pas voulu séparer les abouchements dans la vésicule de ceux dans le canal déférent, car le plus souvent l'uretère, la vésicule, le conduit éjaculateur forment une

(1) Schrader. *Observationes et historiæ Amstelodani*, 1674; cité par Secheyron. Loc. cit., p. 256.

(2) Banquet. *Sammlung Auserlesener Wahrnehmungen*, VI, 1762.

(3) Baker. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1878, *Die Centralbl. f. Gyn.*, 1879, Nr. 11.

(4) Manari. Eine Seltem Anomalie der weiblichen Harn-und Geschlechts-organe, *Wien. Med. Wochens.*, 1879, p. 879.

(5) Bois. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, juillet 1893, p. 371.

(6) Colsi. Contributo allo studio delle Anomalie di sbocco degli ureteri, *Lo Sperimentale*, anno XLIX, Sezione Biologica, fasc. i.

(7) Josso. *Gaz. méd. de Nantes*, 1884, p. 123.

(8) Klebs. *Beitr. z. pathol. Anat.*, 2 Heft., p. 126.

(9) Hoffmann. *Arch. der Heilk.*, 1872.

(10) Weigert. *Virchow's Archiv*, Bd. LXX, p. 490, et Nachtrag. *Virchow's Archiv*, Bd. LXXII, p. 131.

(11) Boström. Loc. cit.

(12) Palmers. Zur pathol. Anatomie der Bildungsanomalien im uropoëtischen System, *Prag. Med. Wochens.*, 1891, n°s 32 et 33.

poche où se jette le canal déférent, et il est bien difficile de dire si l'abouchement se faisait primitivement dans l'un ou l'autre de ces organes.

Rott (1) et Thiersch (2) ont rapporté deux observations d'abouchement borgne de l'uretère dans le canal déférent.

β. Reste du canal de Muller, utricule prostatique. Il existe deux observations d'abouchement de l'uretère dans l'utricule. Peut-être seraient-elles plus nombreuses si un examen plus attentif avait été fait des uretères qui s'ouvrent « au voisinage du verumontanum ». Le premier appartient à Boström (3). Le second à Remy (4). Il trouva un petit cordon qui naissait dans la région rénale au milieu de petites vésicules et aboutissait à l'utricule prostatique. L'auteur le rattache à une persistance complète du canal de Muller, Schwartz le considère comme un uretère surnuméraire.

γ. L'uretère peut encore s'aboucher, chez la femme, dans un organe développé, aux dépens du canal de Muller (trompe, utérus, vagin), c'est là une véritable monstruosité puisque, à aucun moment, l'uretère n'est ouvert dans ce canal, mais ces organes sont si rapprochés que l'on comprend la fréquence relative de ces abouchements.

Il est tout à fait exceptionnel que l'uretère s'ouvre dans l'utérus. Förster (5) et Wrany (6) en rapportent des exemples, l'uretère se terminait en cul-de-sac dans la paroi utérine. Le bassinet correspondant était très dilaté.

Les abouchements dans le vagin sont beaucoup plus fréquents. Tantôt ils se font librement : Emmet (7), Davenfort (8), Byfort (9), Depaul (10); tantôt il y a abouchement borgne. Dans un cas d'Ortmann (11), l'uretère se terminait en cul-de-sac, il y avait dilatation sous forme d'une petite tumeur sur la paroi antérieure du vagin. L'uretère devait être peu dilaté, le rein complètement atrophié, puisque la ligature du conduit n'amena pas d'accidents.

d. L'uretère peut s'ouvrir dans un canal de Gartner, vestige de la portion tout inférieure du canal de Wolff. Schwartz ne rapporte qu'un cas dû à Tangl (12). L'uretère s'ouvrait dans un conduit tout entier, situé dans l'épaisseur de la paroi vaginale. Ce conduit fermé à ses deux extrémités était tapissé d'un épithélium cylindrique, à cils vibratils, et fut considéré par l'auteur comme un conduit de Gartner.

D. Monstruosités. — Il nous reste à mentionner encore, comme cause de dilatation des voies d'excrétion du rein, toutes ces anomalies que rien ne peut expliquer, qui sont de véritables monstruosités. Les variétés en sont aussi grandes que le nombre des malformations. Comme elles ne sont jamais compatibles avec la vie, elles n'intéressent pas le clinicien. On peut tout rencontrer dans ces cas, je ne veux pas essayer d'en faire le dénombrement, il faudrait

(1) Rott. *Verhandlungen der physik-medic. Gesellschaft*, in Würzburg, N.F. Bd. XIII, 1879, p. 125.

(2) Thiersch. *Illust. med. Zeit.*, I; cité par Förster. Loc. cit., p. 157.

(3) Boström. Loc. cit.

(4) Remy. *Journ. d'anat.*, 1879, n° 2, p. 175.

(5) Förster. *Die Missbildungen des Menschen*, Iena 1861.

(6) Wrany. *Pat. anat. Mitteilungen aus der Franz-Joseph-Kinderspital zu Prag.*, 8, p. 105.

(7) Emmet. *Pratique des maladies des femmes*, 1887.

(8) Davenfort. Anomalously located ureter, *Transact. of the Ann. Gyn. Soc. Amer. Journ. of obst.*, Bd. XXIII, p. 1122.

(9) Cité par Schwartz. Loc. cit., p. 188.

(10) Depaul. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1852, p. 282.

(11) Ortmann. *Centralbl. f. Gyn.*, 1893, n° 7.

(12) Tangl. *Virchow's Archiv*, Bd. CXVIII, p. 414.

parcourir toutes les publications qui s'occupent de tératologie. Je dirai simplement que j'ai vu un fait de ce genre à Dijon. M. Lagoutte l'a publié dans la *Gazette hebdomadaire*, janvier 1896. Il s'agissait d'un monstre anencéphale, chez lequel l'uretère, légèrement dilaté, se continuait dans l'ouraque, traversait le cordon et s'ouvrait dans la cavité amniotique.

III. Anomalies de l'urèthre. — A. Hydronéphrose par vice de conformation de l'urèthre. — On comprend facilement que toute malformation congénitale qui crée une diminution du calibre de l'urèthre doive occasionner une dilatation en amont. Mais dans ces cas, la vessie se distend en même temps que les uretères et même la dilatation vésicale acquiert, le plus souvent, de telles proportions, que les dilatations des voies d'excrétion du rein passent au second plan.

De plus, si, dès la phase embryonnaire, le libre écoulement de l'urine est empêché, le rein ne peut se développer, il s'ensuit que la vie est incompatible avec de tels vices de conformation, et les hydronéphroses par anomalie de l'urèthre sont dépourvues, pour le chirurgien, de tout intérêt clinique et thérapeutique. Mais en raison même de leur forme, de leur époque du développement, elles acquièrent une importance considérable en obstétrique, comme cause de dystocie, on peut dire que les anomalies de l'urèthre sont la forme anatomique de l'hydronéphrose obstétricale. Elles n'ont guère été étudiées que par les accoucheurs.

Mais il faut être prévenu du sens que l'on donne, dans ces cas, au mot hydronéphrose : les hydronéphroses qui causent la dystocie ne sont pas de vraies hydronéphroses, au sens propre du mot, ce sont des dilatations de toutes les voies d'excrétion de l'urine, y compris la vessie, qui par son volume est toujours le plus grand obstacle.

Nous allons retrouver dans l'urèthre tous les genres d'anomalies que j'ai décrits sur l'uretère : l'absence, l'imperforation, la sténose.

Les cas d'absence ou d'imperforation complète de l'uretère ne sont pas absolument exceptionnels. Mais le plus souvent, cet état anatomique s'accompagne d'autres malformations très graves. La dilatation des voies d'excrétion du rein passe au second plan. Je ne mentionnerai que les cas de Kristaller, d'Olshausen, qui ont présenté un plus grand intérêt obstétrical.

A côté de ces absences complètes, on peut trouver des oblitérations ou des imperforations partielles. Le plus souvent, l'uretère est ébauché, il y a deux amorces du canal, l'une postérieure, dont l'extrémité s'abouche à la vessie; l'autre antérieure, qui a un orifice cutané. Ces deux canaux terminés en culs-de-sac, sont réunis par un cordon fibreux imperméable. Il semble que ce soient les ébauches du canal qui n'ont pu se souder. Depaul (1), Howship (2), Kennedy (3), Deve (4) en rapportent des exemples. Dans ce dernier cas, qui fut observé dans le service de M. Porak, la vessie était énorme, le fœtus était transformé en une outre volumineuse sur laquelle étaient aplatis le cordon, la tête et les membres. Elle contenait quatre litres de liquide environ, ses tuniques étaient très épaisses; sa cavité communiquait avec le rectum par un orifice excessivement petit. Les orifices uréthraux étaient considérablement dilatés, surtout l'orifice droit qui mesurait 2cm7 de diamètre. Du côté de l'urèthe, on trouvait un orifice vésical ponctiforme auquel faisait suite un petit cul-de-sac de 2 millimètres de profondeur, l'urèthre pénien était bien développé, mais il s'arrêtait en cul-de-sac à 27 millimètres du méat. Sur dissection on vit que la portion de l'urèthre, ainsi oblitérée, mesurait 24 millimètres.

M. Porak, à l'occasion de cette communication, a rapporté un autre cas analogue chez un enfant de six mois; l'état de l'urèthre y est moins bien étudié.

D'autres fois, c'est une membrane, une valvule qui ferme la lumière.

Dans un cas de Lamotte, cité par Morris (1), il existait un mince septum muqueux siégeant à l'orifice vésical. On put le perforer et amener ainsi l'évacuation de l'urine.

Dans une autre observation de Porak (2) l'obstacle se trouvait au niveau du verumontanum. C'était un repli valvulaire adhérent à la paroi postérieure de l'urèthre et flottant dans la lumière du conduit. Une pression exercée de bas en haut le repoussait contre la paroi, une pression exercée de haut en bas ne pouvait le vaincre. Il constituait donc un obstacle complet à l'écoulement de l'urine.

Enfin, la sténose de l'urèthre peut encore être due à la présence d'un organe anormal ou aberrant. Dans une observation de Neelsen (3), l'obstacle venait de l'uretère même qui se réfléchissait. (*A suivre.*)

DES TROUBLES OCULAIRES DANS LA SYPHILIS ACQUISE (4)

Par E. Demerson, externe des hôpitaux.

III

Syphilis de la conjonctive. — Le terrain conjonctival est également apte à présenter l'accident primitif de la syphilis, ainsi que la série des accidents secondaires et tertiaires.

Chancre de la conjonctive. — On a réuni, pendant longtemps, sous le nom de chancres de l'œil, ceux de la paupière et ceux de la conjonctive, sans les différencier aucunement. On les sépare aujourd'hui d'une façon précise; cependant, une partie de la description clinique des premiers s'adapte aux seconds, et par suite les particularités de ceux-ci méritent seules d'être mentionnées.

Étiologie. — Le chancre syphilitique de la conjonctive est une lésion rare. On en trouve plusieurs cas dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, et dès 1889, Touchaleaume en a pu réunir dix-huit observations dans sa thèse.

Comme pour le chancre palpébral, les causes du chancre de la conjonctive sont souvent difficiles à découvrir. Il peut être d'origine professionnelle, dans les cas de contamination du médecin, de la sage-femme, de la nourrice par le malade. Le plus souvent il est communiqué par le baiser.

Symptômes. — Ce chancre peut siéger sur tous les points de la conjonctive. Rare au niveau de la conjonctive bulbaire,

(1) Depaul. *Gaz. hebd.*, 18 mai 1860, p. 324; cité par Hergott. Th. d'agrég., 1878, p. 206.
(2) Howship. *Treatise and Diseases of the urinary organ.*
(3) Kennedy. *Dublin. Journ. Med. Sc.*, 1840.
(4) Deve. Soc. obstét., Paris, 9 mai 1895, p. 210.

(1) Morris. *Surgical Diseases of the Kidney*, 1885, p. 330.
(2) Porak. *France méd.*, oct. 1885, p. 1412, et Charle. *Bull. de la Soc. anat.*, 1885.
(3) Neelsen. *Beitr. z. path. Anat. und allg. pathol. von Ziegler und Nauwerck*, III, 3, 1888.
(4) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 345.

il se montre quelquefois au niveau des culs-de-sacs supérieurs ou inférieurs, mais les points les plus fréquemment atteints semblent être le grand angle de l'œil et l'angle externe. On a vu que l'ulcération pouvait débuter sur le bord libre de la paupière et se développer secondairement sur la conjonctive.

Le chancre commence par une saillie papuleuse indolente de la conjonctive. Cette saillie ne tarde pas à s'ulcérer et à s'indurer à sa base. Au niveau des commissures, l'ulcération ressemble à une fissure ; sur la conjonctive palpébrale, elle revêt un aspect ovalaire ou circulaire ; à la partie profonde des culs-de-sac, elle prend la forme d'une rigole dont le fond correspond au sommet du cul-de sac, et dont les bords s'étendent sur la conjonctive bulbaire et palpébrale.

Le chancre conjonctival tantôt n'est qu'une simple érosion de la muqueuse, tantôt, au contraire, c'est une ulcération profonde à bords taillés à pic. Il peut exister toutes les lésions intermédiaires à ces deux termes extrêmes.

Il est de couleur grisâtre, d'autres fois rouge chair musculaire, quelquefois même revêt l'aspect d'une plaque d'un blanc sale.

L'indolence de l'affection est d'autant plus remarquable, qu'on connaît la susceptibilité de la conjonctive et sa propriété de réagir à la moindre lésion. On doit dire, toutefois, que, dans les cas d'infection secondaire, on voit se développer une conjonctivite avec ses troubles habituels. Dans un petit nombre d'observations, le chancre a revêtu une marche ulcéreuse et détruit une partie des tissus environnants.

L'induration n'est pas toujours facile à percevoir. L'adénite débute par le ganglion préauriculaire, et l'infection de ce ganglion, peu de temps après l'existence d'une ulcération de la conjonctive, serait pathognomonique du chancre de cette muqueuse (Touchaleaume).

Diagnostic. — Le diagnostic de ce chancre s'impose quelquefois, mais dans le plus grand nombre des observations, il n'a été porté qu'après coup.

L'herpès peut être confondu avec la forme érosive du chancre conjonctival, mais dans le premier cas, on a de la douleur, une photophobie extrême, la cornée est prise, les ganglions restent sains.

Certaines pustules de la conjonctive peuvent s'ulcérer et prêter à erreur, mais elles se développent de préférence chez les enfants lymphatiques ; elles sont douloureuses et entourées d'une injection vasculaire intense ; leur base est souple, les ganglions sont indemnes.

On pourra hésiter dans certains cas de pemphigus de la conjonctive, mais dans cette affection, il existe de grosses bulles auxquelles succèdent des ulcérations profondes. Les ganglions restent sains, l'ulcération d'ordinaire unique dans le chancre, est multiple dans le pemphigus.

La confusion est possible entre le chancre et une tumeur maligne de la conjonctive ; surtout au moment où celle-ci revêt la forme d'une élevure rouge, présentant à sa périphérie une vascularisation très marquée. Dans la suite, la néoplasie augmente de volume, elle devient d'un rouge vineux et s'ulcère à sa partie culminante. Les ganglions apparaissent tardivement.

On peut se demander, dans certains cas, si l'on n'a pas affaire à des accidents secondaires. Le diagnostic est assez facile, car on ne trouve alors ni induration, ni ganglions, et cette manifestation oculaire est rarement isolée.

Lorsque la gomme n'est pas ulcérée, l'erreur est très rare, mais elle devient fréquente quand la tumeur s'ulcère. Le diagnostic est souvent impossible, si l'on s'en tient à l'examen local.

Au point de vue local, le chancre de la conjonctive n'est pas grave. Il laisse rarement à sa suite de déformations.

Accidents secondaires. — Les accidents secondaires de la syphilis à siège conjonctival, sont encore assez mal délimités.

On en trouve quelques observations éparses dans les journaux ou les traités d'ophtalmologie, mais elles n'ont été, jusqu'ici, l'objet d'aucun travail d'ensemble.

Mauthner a décrit un catarrhe intense considéré comme un accident général de la vérole ; Goldzicher une conjonctivite syphilitique simulant le trachome. Enfin, on a signalé des éruptions papuleuses de la conjonctive et Terson (*Gaz. méd.*, 1894) a rassemblé les connaissances acquises sur ce sujet.

Smée (*Lond. med. Gaz.*, 1844, et *Ann. d'occ.*, 1845) est le premier ou l'un des premiers qui ait donné une observation d'éruption syphilitique de la conjonctive. Desmarres père parle d'une éruption de syphilides tuberculeuses guéries par le traitement spécifique, mais on ne sait s'il s'agit d'une véritable éruption papuleuse ou d'infiltrations gommeuses multipliées. La thèse de Savy (Paris, 1876) contient un exemple de syphilide papuleuse vraie, due à M. Fournier. Terson rapporte une observation qui lui est personnelle et plusieurs autres dues à Jullien, Lallier et Galezowski.

Les papules de cette région ont été observées jusqu'ici dans la syphilis acquise et à l'âge adulte. Elles apparaissent chez l'homme ou chez la femme, indifféremment.

D'autres manifestations secondaires les accompagnent toujours, soit des accidents oculaires (syphilides palpébrales, iritis uni ou bilatérale), soit des accidents généraux (éruptions papuleuses, papulo-squameuses, plaques muqueuses, etc.). Ces papules sont sur la conjonctive comme sur la peau un accident de la période secondaire.

« Elles sont uni ou bilatérale, de nombre très variable, pouvant survenir très intenses sur l'œil même où l'iritis n'existe pas, quand elle n'existe que d'un côté. Elles peuvent atteindre la forme boutonneuse ; elles mamelonnent la conjonctive bulbaire, sans toutefois en chasser la cornée qui ne présente aucune complication ; elles se développent aussi sur le cul-de-sac qu'elles congestionnent, et même sur la conjonctive palpébrale, où elles doivent souvent passer inaperçues. Leur caractère le plus important est d'être absolument mobiles avec la conjonctive dont elles font partie. Elles ne provoquent qu'un peu de larmoiement, une gêne légère » (Terson). Elles sont en nombre variable, se multipliant et disparaissant rapidement.

Il est généralement assez facile de reconnaître la nature de cette éruption.

On pensera aux éruptions conjonctivales, dues au zona, à l'érythème noueux et papuleux.

On distinguera l'épisclérite non syphilitique, soit dans sa forme localisée, soit dans sa forme boutonneuse, par l'immobilité absolue de la saillie qui tient à la sclérotique.

La gomme épisclérale est le plus souvent constituée par un bouton unique adhérent à la sclérotique.

On ne confondra pas les papules avec les conjonctivites syphilitiques décrites par Mauthner et Goldzicher.

S'il y a ulcération, on sera plutôt en présence de gommes épisclérales ou de plaques muqueuses.

PLAQUES MUQUEUSES. — Les plaques muqueuses de la conjonctive ne présentent rien de particulier.

Elles occupent le bord libre des paupières et exposent plus que le chancre à des cicatrices fibreuses. Galezowski (*Journ. d'opht.*, 1872) rapporte une observation d'ulcérations secondaires, enveloppant la racine des cils et se composant de plusieurs plaques arrondies, dont les bords sont taillés à pic et par places forment des élevures en forme de papules. « Les cils tombent en grande partie et l'ulcération s'étend en dedans du bord libre. Le reste de la conjonctive n'est qu'enflammé, mais ne présente point d'ulcération. La cornée et les autres parties du globe de l'œil n'ont aucune altération. » Ces lésions ont été, jusqu'ici, peu étudiées.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des acnés.

A. ACNÉS PAR RÉTENTION. — a. *Acnés ponctuée et miliaire.* — 1° Éviter dans l'alimentation la charcuterie, les salaisons, les épices, les fruits acides. Ni thé ni café. Couper la boisson avec l'eau de Vichy (Hauterive). Chaque jour, prendre un verre à bordeaux d'eau de Carlsbad ou de Miers.

2° Savonner deux fois par jour les parties malades avec de l'eau très chaude, additionnée d'eau de Cologne, et se servir d'un savon au soufre ou au naphtol.

3° Vider les follicules glandulaires en les comprimant à l'aide d'une petite clef de montre.

4° Lotionner ensuite avec la solution suivante :

Borax.	} *āā*	10 grammes.
Bicarbonate de soude. .		
Éther sulfurique		20 —
Eau de roses.		300 —

5° Tous les ans faire une saison à Luchon, Barèges ou Challes, et prendre des douches sulfureuses locales.

b. *Acné varioliforme.* — 1° Inciser les petites tumeurs et pratiquer l'inoculation du contenu.

2° Toucher ensuite la cavité avec un pinceau imbibé de teinture d'iode, ou bien cautériser avec un crayon effilé de nitrate d'argent.

3° Lotionner, matin et soir, avec la solution suivante :

Sublimé.	50 centigrammes.
Teinture de benjoin . .	10 grammes.
Eau.	500 —

4° Le soir appliquer la pommade suivante, et laver, le lendemain matin, à l'eau chaude alcoolisée :

Résorcine.	50 centigrammes.
Soufre précipité.	5 grammes.
Vaseline	30 —

B. ACNÉS INFLAMMATOIRES. — 1° Surveiller l'alimentation et proscrire tous les aliments qui augmentent la fermentation intestinale. Ni alcool, ni thé, ni café.

Maintenir la laxité du ventre et prendre, à chaque repas, un verre d'eau de Miers.

2° Laver avec du savon naphtolé, puis lotionner avec de l'eau chaude, additionnée par moitié d'eau de Cologne, après avoir vidé les boutons.

3° Le soir, appliquer la pommade suivante :

Soufre précipité.	3 grammes.
Axonge benzoïnée.	30 —

Pendant la journée, appliquer la poudre suivante :

Acide borique pulvérisé . . .	5 grammes.
Oxyde de zinc.	10 —
Poudre d'amidon et de riz . .	15 —

5° Pratiquer les douches sulfureuses locales et faire une saison à Luchon, Cauterets, Challes ou Saint-Honoré-les-Bains.

C. ACNÉ CONGESTIVE OU COUPEROSE. — 1° Surveiller le régime alimentaire ; éviter les épices, le gibier, la charcuterie, le poisson, les coquillages, etc. Pas d'alcool ni de café. Maintenir la laxité du ventre.

Couper les boissons avec l'eau de Vals, ou mettre, dans chaque verre, une pincée de bicarbonate de soude.

Éviter les irritations de la peau et se préserver du froid.

2° Tous les matins, se lotionner avec de l'eau très chaude, additionnée d'eau de Cologne. Poudrer ensuite avec du talc ou de la poudre d'amidon de riz.

Le soir, lotionner avec :

Fleur de soufre.	15 grammes.
Alcool camphré.	15 —
Eau de rose	250 —

3° Pratiquer les douches sulfureuses locales et faire une saison aux eaux alcalines de Royat, ou sulfureuses de Saint-Gervais, Challes, Luchon, Cauterets. (Dr A. MALBEC. *Tribune médicale.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aujourd'hui 26 mars, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis, ont eu lieu, en l'église de la Madeleine, les obsèques de notre très regretté confrère, M. le docteur Louis-Alexandre de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, ancien président de la Société de chirurgie.

— Par suite du décès de M. de Saint-Germain, la séance de la Société de chirurgie du 24 mars 1897 a été levée en signe de deuil.

— Les obsèques de M. le docteur V. Odent, décédé le 24 mars 1897, dans sa quarante-deuxième année, auront lieu samedi 27 mars, à onze heures très précises, en l'église Saint-Jacques-le-Majeur au Grand-Montrouge (Seine).

— Sont nommés membres du Comité d'inspection et d'achat de livres des bibliothèques : 1° du Havre, M. le docteur Sorel, conseiller municipal ; 2° de Luxeuil, M. le docteur Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Collignon (de Saint-Mihiel) ; Fodéré, médecin honoraire du bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement de Paris ; de Marbaix (de Louvain).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 37. — MARDI 30 MARS 1897. 70e ANNÉE. MARDI 30 MARS 1897. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 29 mars 1897.

La séance du 26 mars, à la Société médicale des hôpitaux, a été de nouveau consacrée à l'**appendicite** : tout d'abord, avec M. Talamon, il est question des rapports de l'appendicite et de l'hystérie.

L'hystérie peut simuler de toutes pièces l'appendicite, ou bien, existant chez un sujet atteint réellement d'appendicite, elle peut en dramatiser les manifestations, de telle façon que les accidents peuvent sembler beaucoup plus graves qu'ils ne le sont et paraître nécessiter à bref délai une intervention qui, en réalité, n'a rien d'urgent. Lorsque l'appendicite existe réellement, l'hystérie peut donner lieu à une réaction péritonéale exagérée, qui n'est, dans le cas présent, qu'une des modalités du péritonisme névropathique.

Quand l'hystérie est seule en jeu, sans lésions appendiculaires, il peut y avoir des douleurs vives dans le ventre, des vomissements, de la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite : cependant, on ne rencontre guère d'une façon nette et précise le point douloureux appendiculaire signalé par Mac Burney; la douleur siège, en général, plus haut vers l'hypocondre, correspondant à un point douloureux postérieur, symétriquement situé. Chez ces malades, on relève souvent des stigmates hystériques bien caractérisés, il n'y a pas de fièvre ; par la suggestion seule on peut quelquefois obtenir la disparition des accidents.

L'embarras sera grand surtout lorsqu'on aura affaire à une appendicite chez des hystériques. Chez eux il faudra tenir compte du nervosisme et ne pas se presser d'opérer pendant la crise.

Une malade de M. Hayem avait, depuis plusieurs années, des vomissements nerveux qui prenaient, à certains moments, des allures de vomissements incoercibles. Un jour, elle fut prise d'accidents fébriles d'appendicite ; on intervint et on réséqua l'appendice. Depuis, elle n'a plus eu que de simples régurgitations insignifiantes. L'appendice enlevé était très malade et. d'après les lésions, malade depuis longtemps. L'appendicite chronique latente avait-elle donc été la cause des vomissements incoercibles? C'est l'interprétation vers laquelle tend M. Hayem. Il ne faudrait pas, évidemment, s'autoriser de ce fait unique pour réséquer l'appendice des hystériques qui ont des vomissements incoercibles, car l'émotion seule d'une opération quelconque pourrait très bien chez eux amener un résultat aussi heureux, quel que soit, du reste, l'organe attaqué par le chirurgien.

M. Le Gendre a apporté une contribution à l'étude de l'appendicite, portant sur des points différents de l'histoire clinique, de la pathogénie et du traitement de cette affection. Tout d'abord il a vu une appendicite à rechutes donner lieu à plusieurs poussées au cours de la grossesse. Ces poussées étaient surtout marquées à l'époque à laquelle les règles auraient dû survenir; cependant, l'opération put être faite à froid, la malade guérit et la grossesse suivit son cours.

Dans 25 cas d'appendicite, il a relevé 15 cas de guérison sans intervention chirurgicale ; 1 cas de mort par perforation sans opération ; 2 cas opérés à chaud ont été suivis de mort ; 7 cas opérés à froid ont été suivis de guérison. Concluez-en qu'il vaut beaucoup mieux opérer à froid qu'à chaud; n'en concluez pas qu'il ne faut jamais opérer à chaud, puisque ces dernières opérations sont, en réalité, des opérations d'urgence.

Chemin faisant, M. Le Gendre proteste, avec raison, contre la pratique conseillée récemment par M. Lucas-Championnière, qui veut qu'on purge les malades au lieu de leur donner de l'opium ou de la morphine pour les constiper.

Pour M. Le Gendre, l'appendicite survient chez les dyspeptiques, chez les dyspeptiques latents, surtout chez les dilatés. Nous croyons, pour notre part, qu'il a une tendance exagérée à attribuer un rôle pathogénique à un état parfois si problématique de dyspepsie qu'il est amené à le qualifier de latent. On peut, avec cette façon très large de comprendre la dyspepsie, expliquer par elle la genèse de toutes les maladies : c'est, du reste, ce qu'ont fait des écoles médicales célèbres.

MM. Achard et Broca ont étudié la bactériologie d'une vingtaine de cas d'appendicite, ils ont trouvé le plus souvent le coli-bacille, qui est, comme on le sait, l'hôte normal de l'intestin, isolé ou associé au streptocoque. Il ne manquait que dans trois cas.

M. Letulle fait une étude anatomo-pathologique basée sur l'examen de vingt et une pièces anatomiques. Il insiste sur le rôle considérable que jouent les follicules clos et la lymphangite dans la production des lésions. Comme on l'a dit déjà, l'appendice s'enflamme un peu à la façon de l'amyg-

dale dont la rapproche sa richesse extrême en follicules clos.

Dans les cas chroniques, il y a tendance à l'organisation fibreuse et à l'atrophie scléreuse. Parfois, l'appendice est oblitéré, réduit à l'état d'un mince cordon ; parfois il n'est représenté que par une sorte de frange adipeuse. Notons aussi ce fait que deux fois l'appendice chroniquement enflammé présentait des lésions tuberculeuses.

STAPHYLORRAPHIE ET URANOPLASTIE (1)

Par le professeur LE DENTU,
Membre de l'Académie de médecine.

VI

Accidents divers. — Il y en a deux principaux à redouter, l'*hémorragie* et la *gangrène*. Pendant l'opération, l'écoulement du sang est ordinairement très abondant. Seulement gênant si l'on sait le combattre, il deviendrait dangereux, surtout chez les jeunes sujets, si on l'envisageait à la légère. Il est causé par la section des branches nombreuses de l'artère palatine postérieure et quelquefois du tronc lui-même. On le combat par la compression au moyen du pouce, de petits tampons de charpie de bois enveloppés de gaze aseptique (J. Wolff), ou simplement de coton hydrophile mouillé et tassé.

On étanche la gorge incessamment avec de petites éponges aseptiques, afin que le jeu de la respiration soit entravé le moins possible.

Je n'ai observé qu'une fois une hémorragie post-opératoire sérieuse survenue au bout d'une demi-heure à peine ; le tamponnement d'une des incisions latérales en a eu raison.

On verra plus loin que, par l'opération en deux séances, J. Wolff a limité les chances d'hémorragie dangereuse. Comme partisan des opérations très précoces, il a peut-être trouvé le bon moyen de diminuer les risques chez les très jeunes enfants; mais à partir de l'âge de cinq à six ans, pareille précaution me paraît superflue.

La *gangrène* reconnaît plusieurs causes dont certaines sont du fait de l'opérateur. Si la section de l'artère palatine postérieure ne peut pas toujours être évitée, il n'en est pas de même du détachement incomplet du périoste, des manœuvres brutales, des échappées brusques des instruments qui ont pour résultat la déchirure partielle ou la rupture d'un lambeau, et de l'étranglement des tissus par des fils trop serrés. La déchirure partielle et le détachement d'un lambeau vers son extrémité antérieure doivent être réparés séance tenante au moyen d'une suture.

La seule cause de gangrène dont le chirurgien ne soit nullement responsable est la minceur excessive des lambeaux. En pareil cas on les voit ordinairement pâlir et prendre une teinte livide au moment du détachement; mais, assez souvent, dans le cours de l'opération, ils recouvrent peu à peu leur coloration normale.

Fort heureusement aucune de ces causes ne produit infailliblement la mortification des tissus. Elles impliquent simplement une menace qui ne se réalise pas toujours. Ordinairement partielle, la gangrène frappe quelquefois un lambeau presque en son entier. Elle n'atteint guère le voile proprement dit qu'au niveau de la ligne de suture, vers sa base, là où les fils doivent embrasser la plus grande épaisseur de tissus. Quelquefois les bords et les surfaces des incisions offrent un aspect diphtéroïde, en se couvrant d'exsudats qui ont de la tendance à se reproduire malgré leur ablation au moyen d'un pinceau un peu rude. A leur chute, on aperçoit des pertes de substance de peu d'épaisseur qui souvent n'occasionnent pas la désunion.

Les escharres tombent au bout de huit ou dix jours, et alors on assiste à un travail de réparation spontanée qui dépasse tout ce que l'on peut espérer *a priori*. Des pertes de substance de près de 1 centimètre de diamètre se comblent quelquefois entièrement. J'ai même vu une fois le palais se reconstituer entièrement après une gangrène qui avait détruit un des lambeaux sur la moitié de sa largeur et au moins sur 2 centimètres de longueur.

Ordinairement il persiste une *fistule* plus ou moins large, consécutivement aux solutions de continuité ayant plus de 5 à 6 millimètres de diamètre. Des attouchements très légers, tous les trois jours environ, avec un crayon de nitrate d'argent, ou quotidiens avec de la teinture d'iode, activent la cicatrisation. Si celle-ci reste incomplète, *il n'y a qu'un moyen d'obtenir la guérison complète*, c'est de recommencer l'opération exactement de la même manière. De nouvelles incisions libératrices et le détachement de petits lambeaux en pont procurent seuls la laxité des tissus nécessaire pour une nouvelle suture.

Je rappelle pour mémoire les accidents intestinaux et pulmonaires qui ne s'observent guère que sur de très jeunes enfants.

VII

Procédés ostéo-muqueux et naso-vomérien. — Fergusson a exécuté plus de quatre-vingts fois un procédé imaginé antérieurement par Dieffenbach et déjà employé par Wutzed, Langenbeck, Buhring, G. Simon. Il comprend les temps suivants : avivement large des bords, incisions antéro-postérieures de chaque côté de la fente, au milieu de l'espace qui la sépare de la rangée alvéolaire, section au ciseau de la voûte osseuse dans toute son épaisseur, refoulement en dedans des deux lambeaux ostéo-muqueux l'un vers l'autre pour les mettre en contact. Des sutures ne sont pas nécessaires. Lannelongue a eu recours plusieurs fois à ce procédé avec succès. On ne peut donc en nier la valeur, mais il est plus brutal que l'uranoplastie de Baizeau-Langenbeck et ne mérite pas la préférence.

Le *procédé naso-vomérien* de Lannelongue lui a été inspiré par certaines conditions anatomiques de la fente palatine. On se rappelle que parfois la cloison des fosses nasales se continue directement avec un des côtés de la voûte palatine. Lannelongue a eu l'idée de tailler sur la muqueuse de cette cloison, obliquement étalée sous les yeux de l'opérateur, un épais lambeau quadrilatère destiné à être suturé avec le bord opposé de la fente, préalablement avivé. Ultérieurement, on peut compléter l'occlusion de la fente par la staphylorraphie. On a le droit de se demander si, d'une façon générale, le rapprochement des bords de la division du voile ne doit pas être plus difficile à obtenir qu'après une uranoplastie ordinaire. En tout cas, ce procédé pourrait trouver son application à titre exceptionnel, si un écartement très considérable des bords coexistait avec une grande obliquité de la cloison nasale.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 341.

VIII

Les opérations en deux séances. — TECHNIQUE DE J. WOLFF. — Dans les débuts de l'uranoplastie, on n'osait pas reconstituer d'un coup par une seule opération le palais osseux et le voile. Presque tous les opérateurs ont passé par cette période de timidité. Aujourd'hui presque tous sont d'accord pour affirmer que la restauration du palais doit être faite en une seule séance. On rend ainsi plus facilement aux opérés un organe souple dont le fonctionnement ultérieur sera ainsi mieux assuré. On peut cependant hésiter dans les circonstances suivantes : lorsque la fente palatine atteint ou intéresse l'arcade alvéolaire en avant, même s'il n'existe pas d'écartement osseux, et aussi lorsque les lambeaux palatins deviennent très pâles ou livides après leur détachement. Dans ces deux cas, dans le second surtout, il est prudent de remettre la staphylorraphie à une époque ultérieure, éloignée de plusieurs mois.

J. Wolff a pensé pouvoir, par un autre moyen, écarter les dangers de l'hémorragie et de la gangrène. Il a imaginé, en 1887, un procédé en deux séances espacées de quelques jours, mais qui ne consiste pas à faire d'abord l'uranoplastie, puis la staphylorraphie. Voici l'exposé de sa technique, telle qu'il l'a exposée récemment, sous la forme qu'il considère comme définitive après les quelques variations qu'elle a subies :

Dans une première séance, J. Wolff pratique les incisions libératrices et détache les lambeaux d'une façon nouvelle. Il ne fait d'abord qu'un tiers (le tiers moyen) de l'incision projetée et sépare le lambeau dans la zone correspondante (tiers moyen). Il complète alors l'incision en avant et décolle le tiers antérieur du lambeau, puis s'occupe du tiers postérieur de l'incision et du lambeau. Si l'opéré est un enfant très jeune, il détache un lambeau un jour et le second le lendemain. Si le sujet a une résistance suffisante, il termine en une séance la séparation des lambeaux, et, sans les aviver, il les laisse reprendre leur place.

Cinq jours après, il avive et suture. A ce moment, les lambeaux se laissent détacher de nouveau très facilement. Wolff dit même qu'on peut parfois en opérer le rapprochement, sans être obligé de rompre toutes les nouvelles adhérences.

Après l'avivement des bords, il passe les fils d'argent au moyen du crochet d'or de Langenbeck et de fils de soie qui en entraînent les extrémités.

Comme il ne parle plus de la suture de la luette par devant et par derrière, et de la suture des pharyngo-staphylins immédiatement au-dessous de la luette, on peut supposer qu'il a renoncé à cette manière de faire.

Il a recours aux bâillons de Whitehead, de Frænckel et de Trélat, et aux aiguilles fines de Hagedorn pour la luette. Pour faciliter l'éducation phonétique, il préconise la prothèse temporaire du gosier avec l'obturateur de G. Hahn.

L'opération en deux séances aurait un triple avantage, surtout chez les très jeunes enfants ; il rendrait l'hémorragie et le shock moins redoutables, et exposerait moins à la gangrène.

Polaillon s'est rallié au principe de l'opération en deux séances à la manière de Wolff, même pour l'adolescent et l'adulte, mais, dans sa manière de faire, l'intervalle n'est que de vingt-quatre heures.

Sans élever d'objection fondamentale contre cette pratique, je ne pense pas qu'il soit utile de la généraliser. J'accorderai que, dans certaines occasions, on pourrait être tenté de lui accorder la préférence, par exemple, lorsque les lambeaux offrent une teinte livide ou que l'opéré semble très éprouvé par la perte de sang.

IX

Résultats plastiques et phonétiques de l'urano-staphylorraphie. Prothèse partielle. — Le palais et le voile sont reconstitués plus ou moins complètement, suivant que le chirurgien a à sa disposition plus ou moins d'étoffe dans le sens antéro-postérieur. Chez les sujets privilégiés, il se reforme un palais ferme en avant, souple en arrière, terminé par une luette mobile. Se reproduit-il de la substance osseuse à la surface du périoste détaché ? Bien qu'Ollier ait vu sur un chien le palais osseux entièrement reconstitué, pareil résultat ne peut guère être espéré sur l'homme. En tout cas, aucun fait, que je sache, ne prouve qu'on puisse compter sur autre chose que des reproductions osseuses limitées. Rarement la longueur totale de la voûte palatine présente les dimensions qu'elle doit avoir dans l'état normal ; rarement aussi pendant la déglutition ou l'émission des sons, l'occlusion du pharynx se réalise d'une façon satisfaisante. Il arrive fréquemment que le bord postérieur du voile reste séparé de la paroi pharyngienne par un trop large intervalle, et, si les troubles de la déglutition ne persistent guère, il n'en est pas de même de ceux de la phonation. Pour parer à ce grave inconvénient, on a imaginé des compléments d'opération qui méritent d'être signalés, quoiqu'ils n'aient pas donné des résultats vraiment avantageux.

C'est à cette fin que Passavant a imaginé successivement quatre opérations plus ou moins ingénieuses : la suture du bord postérieur des deux moitiés du voile à la paroi du pharynx, avant la réunion des bords de la fente ; le refoulement du voile, reconstitué au préalable, vers la paroi pharyngienne, par une incision transversale séparant complètement le voile du bord postérieur du palais osseux ; la formation d'un bourrelet persistant sur la paroi postérieure du pharynx ; enfin, l'occlusion temporaire, par suture vélo-pharyngienne, de l'espace compris entre le voile et le pharynx (1).

C'est dans la même intention que Küster a proposé le rabattement, vers le pharynx, de petits lambeaux taillés aux dépens de la luette, que Schœnborn a intercalé entre les deux moitiés du voile un lambeau emprunté au pharynx. Tous ces artifices, qui compliquent l'urano-staphylorraphie et risquent de la compromettre, ne sont guère dignes de confiance. La correction du langage, lorsque des exercices phonétiques bien réglés sont restés inefficaces, doit être plutôt demandée, d'après J. Wolff, à la prothèse partielle.

Trélat attachait une grande importance aux exercices phonétiques pré-opératoires. Mais, je dirai avec Ehrmann : « Que de malades pour lesquels une éducation pré-opératoire restera à l'état de vaine et stérile recommandation ! » Quelques avantages qu'elle puisse offrir chez les sujets auxquels leur situation de fortune permet ce luxe de préparation, je ne saurais jamais y voir une raison suffisante pour différer une opération opportune. Donc, généralement, il faut opérer d'abord, rectifier ensuite la parole. Tâche difficile, qui exige de la part de l'opéré de l'intelligence et de la

(1) Voyez pour la critique de ces diverses opérations : J. WOLFF. *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. XXXIII, p. 169.

volonté, de la part des parents de l'esprit de suite, de la part du maître une connaissance approfondie des conditions du langage et des moyens de le corriger. L'expérience a montré ce qu'on peut obtenir de tant d'efforts.

Certains sujets étonnent par des modifications constatées dans la parole, tout de suite après l'opération et indépendamment de tout exercice. Ceux-là sont des candidats désignés d'avance à la correction parfaite ou presque parfaite du langage. D'autres arrivent presque d'eux-mêmes à un résultat très satisfaisant. Quelques indications leur ont suffi pour les mettre dans la bonne voie. A d'autres, il faut une direction particulièrement compétente, prolongée pendant plusieurs mois ou plusieurs années. Finalement, ils aboutissent à un succès plus ou moins franc ou à un insuccès absolu. C'est alors qu'une prothèse complémentaire peut, d'après J. Wolff, améliorer considérablement leur situation. Les essais du chirurgien berlinois semblent avoir été plus heureux que ceux de Passavant qui, après avoir fendu à sa base le voile du palais réuni, introduisait dans la fente une sorte d'obturateur en bouton de chemise, destiné à refouler le voile en arrière vers le pharynx. J. Wolff a fait construire, par Schiltzky, un obturateur qui, par une bande étroite de caoutchouc durci, prend un point d'appui sur la rangée alvéolaire antérieure et latéralement sur les molaires (fig. 7). La pièce essentielle, dans cet appareil, est un petit tambour en caoutchouc souple, qui se place derrière le bord postérieur du voile, prolonge ce dernier, qui lui communique ses changements de forme et ses vibrations, et obture l'espace vélo-pharyngien. Kappeler dit avoir employé avec un grand succès un appareil presque entièrement semblable à celui de Wolff (1).

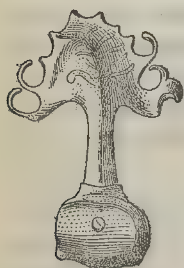


Fig. 7. — Obturateur de Schiltzky.

Si les communications de ces deux chirurgiens ne sont pas entachées d'optimisme, il est permis d'affirmer qu'à la suite de l'uranoplastie, on peut toujours corriger les défectuosités de la parole, d'une manière très satisfaisante, soit par le fait de la seule opération, soit par l'utilisation de la prothèse partielle; mais, dans l'un et l'autre cas, la grande part du succès revient à l'éducation phonétique pré-opératoire, si elle a été jugée opportune, et surtout à l'éducation post-opératoire patiemment et intelligemment poursuivie.

(*A suivre.*)

DES TROUBLES OCULAIRES DANS LA SYPHILIS ACQUISE (2)

Par E. Demerson, externe des hôpitaux.

IV

Gommes de la conjonctive. — Les gommes de la conjonctive sont mieux connues. La première observation est due au professeur Magni [de Bologne (1863)]; elle a trait à une kérato-conjonctivite gommeuse. Depuis, on en a publié plusieurs cas, surtout dans ces dernières années. Petit rapporte dans sa thèse (Bordeaux, 1893) les faits publiés jusqu'à cette époque. Boyard (Thèse de Paris, 1896) rassemble vingt-deux observations, dont une personnelle.

Symptômes. — On a discuté le siège exact ou tout au moins l'origine précise de ces gommes. Trousseau (1888) cite deux observations où elles avaient, d'après lui, le tarse pour point de départ. Panas, Démichéri, Larroque (Thèse de Paris, 1895-1896) rapportent plusieurs cas de gommes dont ils mettent le siège primitif dans le tissu superficiel de la sclérotique : ce sont des gommes épisclérales. Enfin, dans deux observations, l'une de Brière et l'autre de Boyard, la gomme est mobile sur les tissus sous-jacents, et par conséquent s'implante nettement sur la conjonctive.

Ces gommes n'ont été vues jusqu'à ce jour que dans la syphilis acquise. Leur maximum de fréquence est à l'âge moyen de la vie; le sexe n'a pas d'influence. Elles constituent un accident tertiaire, mais sont très souvent précoces.

Elles siègent, le plus souvent, sur la portion bulbaire de la conjonctive, contrairement au chancre. La conjonctive palpébrale n'est atteinte que cinq fois dans vingt-deux observations. Elles sont généralement plus ou moins éloignées de la cornée, cependant, Dénarié dit avoir constaté une gomme sur la cornée elle-même et Galezowski, toute une couronne de petites gommes au pourtour de la cornée.

Tantôt elles sont les premiers accidents oculaires, tantôt elles sont précédées de gommes palpébrales (Caudron), d'iritis et parfois d'irido-choroïdite. Toutefois, ces iritis n'auraient jamais affecté la forme granuleuse (Fromaget, *Ann. d'oculist.*, octobre 1893).

Ces gommes d'ordinaire uniques peuvent être multiples (Higgens, Alexander, Panas, Galezowski).

Le début est habituellement insidieux. Le malade n'éprouve qu'une légère douleur à l'œil; la conjonctive s'injecte, avec prédominance de la rougeur au point où va apparaître la gomme. En même temps, on observe une légère sécrétion catarrhale, du larmoiement, quelques picotements, une photophobie peu marquée.

Bientôt, au point le plus rouge, se montre une petite élevure rosée qui va se développer lentement. Cette saillie prend l'apparence d'une masse charnue où se rendent de nombreux vaisseaux, pas ou peu mobiles à sa surface. A ce niveau, la conjonctive est dépolie, granuleuse, tomenteuse. La tumeur est arrondie, ovalaire, assez régulière dans son ensemble. Quand la gomme s'implante sur la conjonctive, elle en suit les mouvements et reste immobile, au contraire, quand elle prend son origine sur les parties sous-jacentes.

Les troubles sont peu marqués, sauf dans les cas où la gomme siège près de la cornée. Elle retentit alors ordinairement sur la cornée qui s'opacifie en partie, s'infiltre et perd sa courbure normale. Il peut en résulter des troubles définitifs du côté de la vision.

A cette période, si l'on fait intervenir un traitement énergique, tout rentre rapidement dans l'ordre; sinon la gomme se ramollit en un temps plus ou moins long et donne lieu à une ulcération. Cette ulcération gommeuse est assez régulière, à peu près circulaire; les bords sont taillés à pic, le fond est recouvert d'une pellicule grisâtre qui se détache facilement; au niveau de la portion bulbaire, elle peut gagner en profondeur et perforer la sclérotique (Andrews). Parfois, les ulcérations se réunissent en groupes; en ce cas, les unes sont superficielles, les autres profondes, et il existe une disposition en marche d'escalier tout à fait caractéristique (Boyard). Si le traitement est institué, les ulcères se détergent, le fond se nettoie et se comble, l'engorgement ganglionnaire disparaît. Il ne reste plus rien qu'un peu de tissu cicatriciel qui, dans certains cas, simule à s'y méprendre un ptérygion (Faguet).

(1) J. Wolff. *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. XXV, 1880, p. 887 et 893.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 360.

Sans traitement, les troubles oculaires ou les déviations palpébrales peuvent persister.

Diagnostic. — On peut confondre les gommes de la conjonctive avec les syphilides secondaires de cette même muqueuse. On a vu que ces lésions gardent un volume restreint et coïncident avec d'autres lésions secondaires cutanées ou muqueuses.

Dans la blépharite ulcéreuse, les ulcérations sont superficielles, siègent sur le bord libre et évoluent ordinairement d'une façon aiguë.

La conjonctivite phlycténulaire ne trompera pas; elle a une marche toute différente, donne lieu à des réactions plus intenses; les éléments sont plus petits.

Terson a montré que l'érythème polymorphe peut produire de volumineuses nodosités conjonctivales, auxquelles on pourrait penser, mais celles-ci sont fugaces.

La confusion est plus facile entre la gomme épisclérale et celle du corps ciliaire. Pour le professeur Panas, quand une iritis a précédé l'apparition de la gomme, on serait en présence d'une gomme ciliaire. Des faits rapportés par Arlt, Mooren, Galezowski, Andrews et Alexander ont combattu cette opinion.

Le traitement local de cette affection consiste à se garder d'une intervention opératoire.

Lésions de la cornée. — On a dit, au début, que la cornée était surtout atteinte par la syphilis héréditaire. Ajoutons, toutefois, que la kératite interstitielle a été observée, quoique bien plus rarement, dans la syphilis acquise (Sanguinet, th. Paris, 1889). Fournier, Lacombe, Galezowski, Couzon en ont cité des cas. Cette kératite évolue comme dans la syphilis héréditaire, mais elle a peut-être une plus grande tendance à se localiser sur un segment de la cornée, à se compliquer d'iritis ou à succéder à cette lésion (Fournier). Toutefois elle peut exister seule sans iritis (Galezowski). (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

La graduation des tétées d'après le développement physiologique de l'estomac des jeunes enfants. — M. Variot montre l'utilité de la graduation des tétées dans les premiers mois de la vie. Cette graduation favorise la bonne digestion du lait stérilisé, le seul à employer pour l'allaitement artificiel.

La capacité gastrique des nourrissons a été appréciée par Morgan Rotch, de la façon suivante :

Enfant de	3 heures.	25 à 30	cent. cubes.
—	4 semaines.	75	—
—	8 —	96	—
—	12 —	100	—
—	16 —	107	—
—	20 —	108	—

Pour éviter que l'estomac du nouveau-né soit forcé et fatigué par les quantités excessives de lait, Ssnitkin a proposé de donner au nourrisson le centième de son propre poids de lait, en augmentant d'un gramme par jour. Ainsi, un enfant de 4500 grammes à la naissance, recevra 45 grammes de lait par tétée, au bout de quinze jours il prendra 45 plus 15 grammes.

Morgan Rotch conseille de donner pendant la première semaine, toutes les deux heures, 30 centimètres cubes; pendant la deuxième, toutes les deux heures, 45 centimètres cubes; pendant la quatrième, toutes les deux heures, 75 centimètres cubes; pendant la sixième, toutes les deux heures et demie, 90 centimètres cubes; pendant la huitième, toutes les deux heures et demie, 100 centimètres cubes. Au troisième mois, toutes les deux heures et demie, 120 centimètres cubes; au quatrième mois, toutes les deux heures et demie, 135 centimètres cubes; au cinquième mois, toutes les trois heures, 165 centimètres cubes; au sixième mois, toutes les trois heures, 175, jusqu'à 200 grammes du huitième au douzième mois.

M. Marfan conseille de donner, le premier jour de la naissance, 10 grammes par tétée; le deuxième jour, 10 à 20 grammes; le troisième jour, 40 à 50 grammes; le quatrième jour, 50 à 60 grammes; du cinquième au trentième jour, 60 à 75 grammes; le deuxième mois, 90 à 105 grammes, etc.

Il me semble préférable, surtout dans les premiers jours de la vie, de suivre la pratique prudente de Ssnitkin et de Morgan Rotch, et d'augmenter très lentement les quantités de lait en se rapprochant, autant qu'il est possible, des conditions physiologiques. (*Journ. de clin. et thérap. inf.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 5 au 10 avril 1897)

Examens de doctorat.

Lundi 5 avril. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Tillaux, Terrier et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Retterer et Sebileau; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, André et Heim.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Pinard, Peyrot et Broca ; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Chauffard et Marie ; — (2e série) : MM. Fournier, Gaucher et Gilles de la Tourette ; — M. Varnier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Delens, Humbert et Delbet; — (2e partie) : MM. Ricard, Lejars et Walther; — M. Widal, suppléant.

Mardi 6 avril. — Dissection, épreuve pratique : MM. Panas, Polaillon et Quénu.

1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Berger et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Cornil, Poirier et Roger; — (2e série) : MM. Raymond, Rémy et Chantemesse; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Gley et Chassevant.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Le Dentu, Pozzi et Hartmann.

4e examen : MM. Proust, Gilbert et André; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Nélaton et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Debove et Charrin; — (2e série) : MM. Laboulbène, Dieulafoy et Achard ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar ; — M. Marfan, suppléant.

Mercredi 7 avril. — Dissection, épreuve pratique : MM. Humbert, Broca et Sebileau.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Retterer et Heim; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie, *Hôtel-Dieu* : (1re série) : MM. Terrier, Peyrot et Delbet; — (2e série) : MM. Delens, Ricard et Lejars; — (2e partie) : MM. Hayem, Chauffard et Wurtz; — M. Netter, suppléant.

Jeudi 8 avril. — Dissection, épreuve pratique : MM. Polaillon, Quénu et Hartmann.

1er examen : MM. Farabeuf, Nélaton et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Poirier et Wurtz.

3e examen (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gilbert et Charrin.

4e examen : MM. Proust, Pouchet et Achard; — M. Gley, suppléant.

VENDREDI 9 AVRIL. — Dissection, épreuve pratique : MM. Rémy, Retterer et Thiéry.

3e examen (2e partie) : MM. Grancher, Marie et Chantemesse.

4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Peyrot, Lejars et Walther; — (2e série) : MM. Delens, Humbert et Broca; — (2e partie) : MM. Hayem, Chauffard et Wurtz; — M. Gaucher, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. Heim, suppléant.

SAMEDI 10 AVRIL. — 1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Polaillon et Albarran.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Raymond, Thiéry et Hartmann; — (2e série) : MM. Le Dentu, Rémy et Quénu; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Gley et Chassevant.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Berger, Maygrier et Nélaton; — (2e partie) : MM. Hutinel, Letulle et Achard; — M. André, suppléant.

5e examen (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Roger et Ménétrier; — (2e série) : MM. Laboulbène, Debove et Gilbert; — M. Widal, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Pozzi et Bar; — M. Heim, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 7 AVRIL, à une heure. — M. MACHADO. De la valeur séméiologique de la percussion de l'oreillette gauche (MM. Potain, président; Joffroy, Gilles de la Tourette et Widal). — M. MARSON. Contribution à l'étude des hallucinations verbales psychomotrices (MM. Joffroy, président; Potain, Gilles de la Tourette et Widal). — M. RIVET. Étude sur le pemphigus foliacé (MM. Fournier, président; Pouchet, Gaucher et André). — M. PICARD. Dyspnée toxique d'origine alimentaire (MM. Pouchet, président; Fournier, Gaucher et André). — M. LEGENDRE. Le pyramidon. Étude expérimentale et thérapeutique (MM. Pouchet, président; Fournier, Gaucher et André). — M. BLANDEAU. Albuminurie des multipares (MM. Pinard, président; Ch. Richet, Varnier et Bonnaire). — M. BASTARD. Contribution à l'étude du traitement ombilical après la naissance. Action des bains (MM. Pinard, président; Ch. Richet, Varnier et Bonnaire). — M. BRÉSARD. Étude de chirurgie pulmonaire (MM. Tillaux, président; Marie, Poirier et Walther). — M. GODONNÈCHE. Manifestations tardives dans les fractures du rachis (MM. Tillaux, président; Marie, Poirier et Walther). — M. DUDOUYT. Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité inférieure du radius (MM. Tillaux, président; Marie, Poirier et Walther). — M. ANGHEL. Sur la pathogénie de l'appendicite (MM. Tillaux, président; Marie, Poirier et Walther). — M. LEBLANC. Contribution au traitement des fractures du maxillaire inférieur (MM. Tillaux, président; Marie, Poirier et Walther).

JEUDI 8 AVRIL, à une heure. — M. PHILOUZE. Coups de feu sans projectiles, armes de poche. Étude médico-légale (MM. Brouardel, président; Laboulbène, Thoinot et Heim). — Mlle CHAULIAGUET. Recherches médicales sur les genres actœa et arum (MM. Brouardel, président; Laboulbène, Thoinot et Heim). — M. BROUSSE. Œdème brightique du larynx (en dehors de l'anasarque) (MM. Laboulbène, président; Brouardel, Thoinot et Heim). — M. COLONNA-WALEWSKI. Des abcès de la cloison (MM. Panas, président; Le Dentu, Pozzi et Roger). — M. TERSON. Contribution à l'étude de l'énophtalmie et de l'exophtalmie alternantes (MM. Panas, président; Le Dentu, Pozzi et Roger). — M. MACÉ. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus (MM. Le Dentu, président; Panas, Pozzi et Roger). — M. ABLAIRE. Considérations générales de pathologie comparée; nouvelles recherches sur la nature de la maladie dite des chiens, dans ses rapports avec la rougeole et le pemphigus des enfants (MM. Raymond, président; Hutinel, Marfan et Ménétrier). — M. CLAUDE. Sur les lésions du foie et des reins (MM. Raymond, président; Hutinel, Marfan et Ménétrier). — M. ROSANOFF. Du mal de montagne (MM. Hutinel, président; Raymond, Marfan et Ménétrier). — M. LEBŒUF. Contribution à l'étude de la hernie épigastrique (MM. Guyon, président; Berger, Netter et Albarran). — M. BRIANÇON. Contribution à l'étude des hernies de l'appendice et de l'appendicite herniaire (MM. Berger, président; Guyon, Netter et Albarran). — M. PARMENTIER. Contribution à l'étude du mal de Bright chez les vieillards (MM. Cornil, président; Ch. Richet, Chantemesse et Retterer). — M. BORDAS. Description anatomique et étude histologique des glandes à venin des insectes (MM. Ch. Richet, président; Cornil, Chantemesse et Retterer). — M. BENOIT. Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme (MM. Tarnier, président; Grancher, Maygrier et Bar). — Mlle BOTKOWSKAIA. Des occipito-postérieures. Étude statistique (MM. Tarnier, président; Grancher, Maygrier et Bar). — M. FORMAN. Contribution à l'étude de l'expulsion de l'œuf en bloc, dans le dernier trimestre de la grossesse (MM. Tarnier, président; Grancher, Maygrier et Bar).

VENDREDI 9 AVRIL, à une heure. — M. KREIS. Des attitudes vicieuses dans la coxalgie. Pathogénie et traitement (MM. Tillaux, président; Ricard, Sebileau et Thoinot). — M. DEBIENNE. De la hernie du poumon (MM. Tillaux, président; Ricard, Sebileau et Thoinot). — M. GESLAUD. De la myoplastie dans la cure radicale de la hernie crurale (MM. Tillaux, président; Ricard, Sebileau et Thoinot). — M. JACQUEMART. Des hémorragies post-opératoires dans la thyroïdectomie (MM. Tillaux, président; Ricard, Sebileau et Thoinot).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Lecture des copies. — Séance du 26 mars : MM. Parmentier, 19; Caussade, Enriquez et Létienne, 18; Michel, 16.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Lecture des copies. — Séance du 24 mars : MM. Bouglé et Thiéry, 27; Guillemain, 24; Longuet, 23.

Séance du 26 mars : MM. Auvray et Morestin, 23; Michon, 20.

— Par décret, en date du 26 mars 1897, M. le docteur Rozier, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs de Chammard père (de Tulle) et Delahaye (d'Héry).

— M. A. Siredey commencera à l'hôpital Saint-Antoine, le mardi 30 mars, à dix heures et demie, des conférences de gynécologie médicale, et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Proust reprendra son cours le jeudi, 1er avril, à quatre heures. Il traitera de la défense de l'Europe contre la peste et de la conférence de Venise.

— *Les médecins au* XVIIe *siècle* : tel est l'objet de la conférence que donnera à la salle des Mathurins, 36, rue des Mathurins, M. Victor du Bled, vendredi 2 avril, à deux heures et demie. Cette conférence sera la neuvième et avant-dernière que fera le conférencier sur la Société française au XVIIe siècle.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2 050
Bicarbonate de soude.....	4.480	5 800	5.940	6.040	6 280
— de potasse ..	0 040	0 263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0 02	0.010	0 010	0.029
Chlorure de sodium......	0 060	1 200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine ..	0.080	0.060	0.060	0 058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives. Emplois spéciaux:* **SAINT-JEAN,** maladies des organes digestifs; — **PRECIEUSE,** maladies de l'appareil biliaire; — **DESIREE,** maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE,** chlorose, anémie; **MAGDELEINE,** maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE			
Acide sulfurique libre.....................			1.33
Silicate acide	*Sesqui-oxyde de fer......*		0.44
Arséniate »			
Phosphate »			
Sulfate »			
— de chaux...............................			
Chlorure de sodium...........................			
Matières organiques...........................			

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : **1 bouteille par jour.**



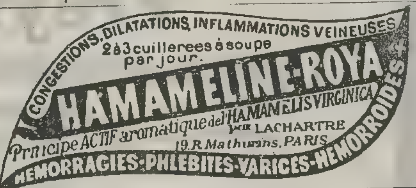
GRANULES FERRO-SULFUREUX
J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie



TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatharrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées par jour. Boul. Haussmann, 41, Paris et Pharm.

MIGRAINE, NÉVRALGIES

guéries par les *DRAGÉES* et les *CACHETS* de

PHÉNÉDINE-PELISSE

Ils n'occasionnent

NI TROUBLES GASTRIQUES NI VERTIGES

Phie PENNÈS, 49 *Rue des Écoles.* DÉTAIL TOUTES Phies

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation ou bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. – Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM.

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les Signatures :



Veuillez les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

LE PERDRIEL et Cie, PARIS

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
— *LYON* —

KELENE
CHLORURE D'ETHYLE PUR
Application du Profr Dr C. REDARD

Pour prix et littérature demander le prospectus

Brevetés.g.d.g.

ANESTHESIE LOCALE
NEVRALGIES

PHTISIE PULMONAIRE, TUBERCULOSE

guéries par le

CRÉOSOTAL "HEYDEN"

Dose : 2 à 3 cuillerées par jour

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Par Jour 5 à 8 **CAPSULES CREOSOTAL HEYDEN** à 50 centgr.

HÉMORRHAGIES — LYMPHATISME

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

ANÉMIE — CHLOROSE

Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.
Le Flacon : 4 francs

N° 38. — JEUDI 1er AVRIL 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 1er AVRIL 1897. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 »

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Reclus n'a pas voulu laisser sans réponse le dernier discours de M. Dieulafoy sur l'appendicite. En présence d'un tel contradicteur, il n'a pu, comme il l'a dit, résister au plaisir de prolonger la conversation. Personne ne s'en est plaint à l'Académie. On sait ce qui divise ces deux orateurs : pour M. Reclus, les rapports de l'entéro-colite et de l'appendicite sont indéniables. Pour M. Dieulafoy, d'après les observations, ces rapports seraient très rares. Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit là d'une question nouvelle, à l'étude. Les travaux sur lesquels s'est appuyé M. Dieulafoy datent déjà de plusieurs années et l'attention n'avait pas été encore attirée sur ces faits. Il n'est donc pas surprenant que les auteurs de ces travaux les ait passés sous silence. Quant à la pathogénie de l'appendicite, M. Reclus maintient les explications qu'il a données en les appuyant sur de nouvelles observations. M. Dieulafoy répondra dans la prochaine séance.

M. Monod a fait un rapport sur une opération nouvelle pratiquée par M. Bazy et que l'auteur désigne sous le nom d'uretéro-pyélo-néostomie. Il s'agissait d'une hydronéphrose volumineuse due à un mauvais abouchement de l'uretère dans le bassinet. M. Bazy a évacué la collection, puis il a sectionné l'uretère pour le réimplanter dans le bassinet en un point favorable à l'écoulement de l'urine.

M. Hervieux a communiqué un travail sur les mesures à prendre en l'absence d'une loi sur la vaccine obligatoire. Il propose qu'en attendant cette loi tant de fois réclamée par le corps médical les pouvoirs publics adoptent les mesures suivantes :

« 1° Exiger l'application rigoureuse des articles 29, 30, 31 et 32 de la loi du 23 décembre 1874 sur la protection de l'enfance, articles relatifs à la vaccination non seulement des nourrices et des nourrissons, mais aussi des femmes qui se chargent de la garde ou du sevrage de l'enfant;

2° En vertu des statuts, décrets, circulaires, arrêtés, règlements émanés des différents ministres qui se sont succédé depuis 1809 jusqu'en 1893, exiger la vaccination des élèves au moment de leur admission dans les écoles primaires publiques et privées, dans les lycées, pensionnats et maisons d'éducation quelconques, et la revaccination de ces mêmes élèves pour être admis ou maintenus dans lesdits établissements lorsqu'ils ont atteint leur dixième année;

3° Organiser l'inspectorat médical sur une base assez large pour assurer dans toutes les communes le service des vaccinations et des revaccinations;

4° Exiger de toute jeune femme qui se présente à la mairie, pour contracter mariage, un certificat de revaccination dûment légalisé.

M. Robin a appelé l'attention sur de nouveaux calculs intestinaux dont n'a pas parlé M. Dieulafoy dans sa communication. Il s'agit de l'agglomération de poudre de salol prescrite dans le but de désinfecter l'intestin et qui se cristallise au point de fournir des masses de poudre de plusieurs grammes.

Signalons une intéressante observation d'opération césarienne et d'hystérectomie abdominale totale pratiquée par M. Mouchet (de Sens). Cette observation sera l'objet d'un rapport de M. Pinard.

Parmi les pièces de la correspondance, nous signalons une note de M. Schisgal (de Thiberville) sur la sérothérapie antidiphtéritique, qui lui aurait donné de constants succès dans une récente épidémie de diphtérie.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire. Le classement est ainsi arrêté : en première ligne, M. Richelot; en deuxième ligne, M. Peyrot; en troisième ligne, M. Bouilly; en quatrième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Kirmisson, Quénu et Segond.

STAPHYLORRAPHIE ET URANOPLASTIE (1)

Par le professeur LE DENTU,
Membre de l'Académie de médecine.

X

Procédés exceptionnels. — Dans les cas où la fente congénitale est énorme, dans ceux aussi où, à la suite d'une urano-staphylorraphie, les lambeaux ont été frappés de gangrène sur une grande étendue, certains chirurgiens ont eu recours à des lambeaux empruntés aux parties voisines de la face. C'est ainsi que Blasius, le premier, a eu l'idée de

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 366.

prendre un lambeau sur le front et de le faire pénétrer, par l'une des narines, dans la brèche qu'il devait combler. Un pédicule rattachait ce lambeau à la région qui l'avait fourni (1).

Langenbeck estime que le dessèchement d'un lambeau ainsi rabattu dans les fosses nasales, et exposé au courant d'air incessant de l'inspiration et de l'expiration, doit être fort à craindre au point de vue de sa vitalité.

Thiersch a taillé une fois un lambeau dans l'épaisseur entière de la joue, et l'a implanté de telle façon que la face muqueuse regardait les fosses nasales, et la face cutanée la cavité buccale. Cette opération paraît avoir fourni un résultat passable; seulement il fallait de temps à autre raser les poils qui poussaient à la surface du nouveau palais.

Bosc fit, dans un cas, un emprunt à la muqueuse labiale; Rotter eut recours à un procédé analogue à celui de Blasius, mais en le modifiant d'une certaine façon. C'était sur un sujet chez qui une des incisions libératrices latérales ne s'était pas cicatrisée, à la suite d'une uranoplastie. Il tailla d'abord sur le front un lambeau comprenant toute l'épaisseur des parties molles, jusqu'au périoste inclusivement; puis il appliqua sur sa face périostique un autre lambeau uniquement cutané, de telle sorte qu'il présentât deux faces cutanées. Lorsque les adhérences entre les deux couches de tissus superposées furent solides, Rotter implanta le lambeau dans la perte de substance par la narine, après avoir pratiqué une incision qui permît de rebrousser le nez.

Je n'insiste pas. Si ces tentatives de restauration quand même sont légitimes sur des individus qui ont subi un traumatisme grave de la face, et qui sont déjà plus ou moins défigurés par des cicatrices, elles le sont beaucoup moins chez ceux qui sont atteints de difformités congénitales.

D'ailleurs, chez la plupart de ces sujets, l'urano-staphylorraphie est exécutable. Lorsque la malformation est primitivement au-dessus des ressources de la chirurgie, ou qu'un grave échec opératoire a été le résultat de l'intervention, mieux vaut recourir à la prothèse, encore précieuse dans ces circonstances.

XI

J'ai traité, jusqu'à ce jour, 40 cas de divisions acquises ou congénitales du palais, par la staphylorraphie, l'uranostaphylorraphie et l'opération du bec-de-lièvre.

Ces 40 cas font partie d'une série de 46 faits que j'ai observés, mais sur lesquels il y en a 6 dont je n'ai pas mené le traitement jusqu'au bout.

Cette série doit être partagée de la manière suivante :

11 cas de fistules et de divisions acquises plus ou moins larges, d'origine opératoire ou pathologique; 35 cas de fissures congénitales plus ou moins étendues, avec ou sans bec-de-lièvre concomitant.

Sur ces 35 cas, 25 ont été traités complètement; 4 très peu accentués, réduits à une division du bord alvéolaire du maxillaire supérieur, n'ont pas eu besoin d'un traitement autre que l'opération du bec-de-lièvre; 4 n'ont eu qu'un commencement de traitement; enfin 2, jugés inopérables, ne figurent dans ce tableau qu'à titre d'argument en faveur du traitement opératoire et de sa possibilité dans l'immense majorité des cas. De ces 2 cas, il y en a même 1 que je ne considérerais certainement plus, aujourd'hui, comme inopérable; de sorte que, en réalité, dans les 35 cas de fissures congénitales que j'ai observés, un seul, remarquable par la forme parabolique de la division, dont le contour, rigoureusement parallèle à l'arcade alvéolaire, était distant de celle-ci à peine d'un demi-centimètre, un seul, dis-je, comportait des contre-indications absolues à toute tentative de restauration.

I. Divisions acquises. — Les 11 cas de cette première série comprennent 2 fistules de la base du voile, 2 perforations, ou pertes de substance assez étendues de ce dernier, 2 divisions opératoires pour extraction de polypes muqueux ou myxo-sarcomateux de l'espace nasopharyngien, 1 perforation assez large, 4 perforations plus étendues, dont 1 considérable, du palais osseux.

J'ai obtenu 8 guérisons complètes, dont 2 après deux opérations; il y a eu 1 échec partiel par désunion, 1 autre par gangrène d'un lambeau, et 1 échec total dans un cas de fistule, le premier que j'opérais, imputable, certainement, à mon inexpérience d'alors.

II. Fentes congénitales. — Je les grouperai en plusieurs catégories : 1° les fentes du voile ou vélopalatines sans bec-de-lièvre; 2° les fentes du voile ou vélopalatines accompagnées de bec-de-lièvre.

Premier groupe. — Il comprend 10 cas opérés, 2 cas non opérés, dont l'un, ainsi que je l'ai dit plus haut, aurait pu être traité avec succès par une intervention chirurgicale, si, il y a dix ans, j'avais eu l'habitude de ces sortes d'opérations que j'ai acquise depuis cette époque; sur les 10 cas opérés, je compte 10 succès complets, dont 9 du premier coup, un seul après un échec partiel qui a nécessité une deuxième intervention.

Deuxième groupe. — 15 cas dont 12 avec bec-de-lièvre unilatéral plus ou moins compliqué, 3 avec bec-de-lièvre bilatéral.

9 fois j'ai tenté la réunion de toute la brèche palatine, au moyen d'une seule opération, et j'ai ordinairement réussi; 6 fois j'ai procédé, en deux temps, à la restauration; mais j'aurais certainement pu, dans plusieurs de ces cas, l'obtenir en une fois, si j'avais osé la tenter.

13 fois j'ai obtenu une guérison complète, 2 fois il a persisté une petite communication entre la bouche et les fosses nasales, immédiatement en arrière, ou à une très courte distance des dents incisives. Aujourd'hui, j'éviterais cette petite imperfection, au moyen de l'ostéotomie du palais et du vomer, que j'ai appliquée 4 fois avec un plein succès.

J'ai observé, sur ces 25 cas de staphylorraphie et d'uranostaphylorraphie, tous guéris finalement, sauf la petite défectuosité signalée plus haut, certains accidents qui n'ont pas compromis le résultat définitif, à savoir :

1 seule hémorragie post-opératoire assez sérieuse, 3 désunions partielles limitées et 1 gangrène assez étendue d'un lambeau, qui n'ont pas empêché la réunion de se faire; 1 production abondante d'exsudats couenneux, 1 fois le détachement d'un lambeau en avant, et 1 déchirure partielle, réparés immédiatement avec succès par la suture; enfin, 1 gangrène partielle du voile, 1 désunion totale des lambeaux, par suite de l'emploi de fils de catgut, qui m'ont obligé à faire une deuxième opération.

En résumé, sur 36 staphylorraphies ou urano-staphylorraphies, pour division acquise ou congénitale du voile et du palais osseux, je compte :

31 succès complets;

3 petits échecs partiels à peu près inévitables, étant donné

(1) Voyez J. Wolff, *Berl. Klin. Wochens.*, 2 mars 1891.

l'existence d'une fissure du bord alvéolaire, imparfaitement ou non corrigée ;

2 échecs complets (divisions acquises).

Il me reste à parler de deux petits groupes de 4 cas chacun, qui doivent être envisagés à part.

Troisième groupe. — Fissures alvéolaires peu étendues. — Quatre fois j'ai observé des fissures du bord alvéolaire incomplètes, en ce sens que la substance osseuse faisait défaut et que la muqueuse non interrompue, ou à peine échancrée, passait d'un bord osseux à l'autre. Une seule fois la fissure était complète sur une faible longueur. Ces fissures étaient accompagnées d'un bec-de-lièvre unilatéral, compliqué de saillie de l'os inter-maxillaire. Dans 2 de ces cas, je n'ai pas pratiqué l'ostéotomie du palais et du vomer. Dans les deux autres, cette opération préalable m'a procuré d'excellents résultats.

Les fissures alvéolaires incomplètes n'ont pas eu besoin d'être traitées directement. L'opération du bec-de-lièvre a suffi pour corriger la difformité, surtout chez les deux sujets ayant subi l'ostéotomie palato-vomérienne.

Quatrième groupe. — Ici se placent 4 cas de grande division vélo-palatine, compliqués de bec-de-lièvre unilatéral (1 fois) ou bilatéral (3 fois), dont j'ai seulement commencé le traitement. Le premier est celui d'une petite fille atteinte de gueule-de-loup, qui est morte de diarrhée, à la suite de l'application de l'instrument de Richet pour la section de la cloison ; un jeune enfant de six mois est mort de bronchite après une opération de bec-de-lièvre double, avec refoulement de l'os inter-maxillaire, à la façon de Gensoul. Les deux autres petits sujets, opérés d'un bec-de-lièvre unilatéral et d'un bec-de-lièvre bilatéral, subiront plus tard l'uranoplastie, lorsqu'ils auront atteint l'âge opportun.

On voit, par ce qui précède, que, grâce aux perfectionnements apportés dans ces dernières années au manuel opératoire de l'urano-staphylorraphie, on a le droit de se considérer comme presque sûr du succès, surtout lorsqu'il s'agit de fissures congénitales. Celles-ci sont rarement trop vastes pour être traitées chirurgicalement. Le plus ordinairement on trouve sur les côtés de la brèche l'étoffe suffisante pour la taille des lambeaux en pont. Je suis resté fidèle aux règles tracées par Trélat et je me suis contenté d'ajouter à son appareil instrumental des formes de rugines et une aiguille qui m'ont paru faciliter certaines des manœuvres délicates de l'urano-staphylorraphie.

NOTE

SUR UN TIRAILLEMENT DOULOUREUX A DISTANCE DANS LE FOIE MOBILE

Par Paul Guéniot,
Interne provisoire des hôpitaux.

Un des symptômes classiques du foie mobile consiste dans une sensation de tiraillement au niveau de l'épigastre ou de l'hypocondre droit, qu'explique naturellement la traction du foie ptosé.

L'observation clinique nous a montré que cette sensation de tiraillement au niveau de l'épigastre ou de l'hypocondre peut s'accompagner d'une sensation de tiraillement *en arrière du sternum et au niveau même du cou*, comme si la traction hépatique se transmettait et retentissait douloureusement à pareille distance.

Or, anatomiquement, la possibilité d'une traction ainsi transmise ne paraît pas invraisemblable, si l'on se souvient que le foie est suspendu au diaphragme, qui par son centre phrénique adhère intimement (chez l'homme) au péricarde sur une bonne partie de leur zone d'accolement, et que le péricarde lui-même présente des connexions fibreuses bien connues avec les aponévroses cervicales.

A peine trouve-t-on, dans la bibliographie du foie mobile, quelques mentions se rapportant au fait que nous étudions. « Ces douleurs, dit Sangline (Th. de Paris, 1896), parlant des douleurs de l'hépatoptose, irradient dans les lombes, dans la paroi thoracique, dans la ceinture scapulaire : ce sont probablement des douleurs réflexes dues à la compression, au tiraillement des plexus abdominaux. Par l'intermédiaire du nerf phrénique droit, d'après Luschka, on voit se produire une irradiation ascendante vers l'épaule droite. » Bien rares sont les observations qui parlent de douleurs dans la poitrine. Ce que nous avons trouvé de plus net est dans une observation de Rubanowitch, citée par Faure dans sa Thèse (Paris, 1892, p. 181) : « Le malade, est-il écrit, montre la partie supérieure du sternum, d'où « cela le tire en bas » pendant la station debout. »

Aussi croyons-nous intéressant d'attirer l'attention sur ce fait clinique, jusqu'ici négligé, du tiraillement à distance dans le foie mobile.

L'observation qui nous a amené à notre conception est celle d'une femme qu'il nous a été donné d'examiner et d'étudier avec soin, il y a deux ans, à l'hôpital Beaujon, dans le service de notre cher maître M. Lucas-Championnière.

Entrée à l'hôpital le 25 juin 1895, cette femme, âgée de trente-cinq ans, qui n'a jamais eu de maladie sérieuse, et ordinairement bien réglée, a eu trois enfants, il y a quinze ans, treize ans et cinq ans. Au mois de novembre dernier (1894), à la suite du port d'une lourde charge, elle éprouva un malaise, une sensation d'étouffement, une douleur dans le ventre, et elle se trouva forcée de supprimer le corset. Puis, le 20 novembre, le malaise augmente, la malade reste au lit une huitaine de jours.

Depuis lors, elle est sujette à une constipation fréquente, elle éprouve de la pesanteur dans le ventre, surtout dans la station debout et la marche, moins lorsqu'elle est couchée. Elle supporte très bien et sans douleur les aliments.

Elle explique fort bien que la douleur du creux épigastrique présente le caractère d'un tiraillement et donne l'idée d'un organe qui pèse. De plus, très intelligente et traduisant très nettement ses sensations, elle déclare qu'elle éprouve également un *tiraillement en arrière du sternum jusqu'au niveau de la base du cou.*

L'examen du ventre montre un prolapsus pariéto-viscéral de l'abdomen typique, un ventre pendant dans la station debout et couvert de vergetures, avec une éventration de la ligne blanche. La palpation permet de saisir le bord antérieur du foie, très abaissé, entre les quatre derniers doigts de la main, enfoncés sous le foie à travers cette paroi abdominale flasque et dépressible, et d'autre part le pouce s'appuyant sur la face antérieure de l'organe. Ce foie descend bien au-dessous des fausses côtes ; son lobe droit arrive en pleine fosse iliaque.

L'organe est en même temps assez mobile, susceptible de déplacements très sensibles, qui se produisent au cours même de l'examen et empêchent de tracer son contour sur la paroi.

M. Lucas-Championnière pratiqua l'hépatopexie le 26 juillet. La malade, revue quelques semaines après l'opération,

était en bon état, les troubles douloureux dont elle se plaignait avaient disparu. Nous aurions désiré voir le résultat éloigné, mais nous n'avons pu retrouver les traces de cette malade.

Notons que, au cours de l'opération, notre maître fit remarquer qu'il ne pouvait pas complètement réduire le foie dans l'hypocondre, le cacher sous les côtes à son niveau normal, comme si le diaphragme abaissé y eût fait opposition (1).

Nous venons d'observer, le 26 mars 1897, à la consultation médicale si active de l'hôpital Beaujon, à laquelle nous avons l'honneur d'être attaché, sous la direction de M. le docteur Launois, un autre fait du même ordre. Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans, ménopausée depuis dix-sept mois, que nous soignons depuis quelque temps pour des phénomènes dyspeptiques, apparaissant une heure environ après les repas et qui dateraient de la ménopause. Un examen plus approfondi nous a fait voir, par l'inspection du ventre, que cette femme, qui a eu neuf grossesses et deux fausses couches, est encore et surtout une ptosique. Elle a le ventre pendant et couvert de vergetures, et la paroi abdominale pend d'autant plus qu'elle est chargée d'une épaisseur assez notable de graisse qui accentue le prolapsus. Un examen rapide nous fit conclure à l'abaissement du foie, qui laissait une zone anormale de sonorité descendre fort bas dans l'hypocondre droit.

Or, cette femme accuse une sensation de tiraillement, de défaillance épigastrique, du tiraillement dans l'hypocondre droit, et se plaint enfin d'*un tiraillement douloureux au niveau du cou*.

Cette observation, bien que n'ayant pu être étudiée avec autant de détails et aussi à loisir que la première, fournit cependant un nouvel appoint en faveur de notre conception.

En résumé, il existe parfois dans le foie mobile une sensation douloureuse de tiraillement en arrière du sternum et au niveau du cou, accompagnant le tiraillement de l'épigastre ou de l'hypocondre. — Nous pensons, sans être encore pleinement affirmatif, qu'il faut peut-être voir dans ce fait une manifestation clinique de la solidarité anatomique qui unit le foie, par l'intermédiaire du diaphragme, au péricarde, et le péricarde lui-même, par des connexions fibreuses bien connues, aux aponévroses du cou.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du coryza aigu simple ou compliqué de « hay fever ».

Toucher la muqueuse malade avec la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne . . . 2 grammes.
Eau bouillie. . . . . 18 —
Glycérine neutre. . . . . . . 2 —
(TISSIER.)

ou user de la pommade suivante :

Faire de fréquentes applications dans le nez au moyen de petits tampons d'ouate hydrophile de la pommade :

Chlorhydrate de cocaïne . } ââ 15 centigr.
Thymol . . . . }
Sous-carbonate de bismuth . . 60 —
Vaseline . . . . 30 grammes.
(MENCH.)

Pratiquer encore des insufflations avec l'une des poudres suivantes :

Acide borique pulvérisé. . . . . 2 grammes.
Salicylate de soude. 2gr50
Chlorhydrate de quinine . . . . 12 centigr.
(PHILPHOTS.)

Naphtaline en poudre impalpable. 25 grammes.
Acide borique finement pulvérisé. 25 —
Camphre en poudre . . . . . . 1 —
Extrait de violettes. . . . . . . 1 —
Essence de roses . . . . xx gouttes.

Menthol. . . . . 25 à 50 centigr.
Acide borique pulvérisé. } ââ 2gr50
Talc en poudre. . . . . }

Chlorhydrate de cocaïne. . . 50 centigr.
Menthol. . . . . 25 —
Salicylate de bismuth. . } ââ 5 grammes.
Sucre de lait. . . . . . }
(LERMOYEZ, d'après F. ROUX, *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mars 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

RAPPORT

Uretéro-pyélo-néostomie. — M. CH. MONOD lit un rapport sur le cas d'un malade chez lequel, pour guérir une hydronéphrose volumineuse due à un mauvais abouchement de l'uretère dans le bassinet, M. Bazy, après avoir évacué la collection par une large incision, sectionna l'uretère et le réimplanta dans le bassinet en un point déclive, favorable à l'écoulement de l'urine.

A propos de cette opération, que M. Bazy a appelée « uretéro-pyélo-néostomie », dont on peut rapprocher les cas analogues de Knester, Cramer, Helferich, Fenger, etc., M. Monod fait remarquer la tendance de la chirurgie rénale actuelle à être plus conservatrice qu'autrefois. Dans les cas d'hydronéphrose fermée ou définitive, en particulier, alors que jusqu'ici l'ablation du rein semblait la seule ou la meilleure ressource, l'incision du rein lui-même, combinée ou non avec la néphropexie, ou la recherche de l'abouchement de l'uretère dans le bassinet et la section d'un rétrécissement qui siège parfois à ce niveau, ou bien, enfin, l'uretéro-pyélo-néostomie peuvent, tout en n'entraînant pas le sacrifice du rein, point capital, donner des guérisons complètes et durables.

DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. RECLUS répond à M. Dieulafoy. Contrairement à M. Dieulafoy, il estime que, loin de craindre d'effrayer les gens, il faut les prémunir contre les dangers possibles de l'entéro-colite, afin de les mieux décider à se soigner. M. Dieulafoy admet la coexistence de l'entéro-colite et de l'appendicite et non la descendance de cette dernière par rapport à l'entéro-colite. Aux 5 observations de M. Reclus, M. Dieulafoy a opposé 7 ou 800 observations empruntées à différents auteurs. Évidemment, il y a une imposante disproportion entre ces deux statistiques, mais M. Reclus pourrait d'abord invoquer que des observations positives ont plus de valeur que des observations négatives. Il rap-

(1) A rapprocher de ce fait ce que dit Faure dans sa Thèse (p. 93) : « Il y a parfois quelques troubles pulmonaires, dyspnée, oppression, et jusqu'à des accès d'asthme. Il en faut sans doute chercher la cause dans les obstacles apportés au jeu régulier du diaphragme. »

pelle, à ce sujet, l'exemple des hernies. Combien y a-t-il de hernies étranglées sur le nombre colossal de hernies qu'on observe au Bureau central? Niera-t-on, pour cela, que la hernie étranglée soit une conséquence de la hernie? En outre, les statistiques invoquées par M. Dieulafoy remontent déjà à plusieurs années. La leçon clinique de M. Potain est de 1889, la brochure de M. Bottentuit est de 1892. A cette époque, l'appendicite n'était pas encore bien pratiquement connue et l'on passait bien souvent à côté, sans la voir. Ce n'est guère qu'en 1890, après les travaux de Roux (de Lausanne), que M. Reclus a présenté à la Société de chirurgie le premier appendice enlevé après diagnostic ferme. Un grand clinicien lui a déclaré n'avoir diagnostiqué la première appendicite qu'en 1895. Il est vrai qu'il s'est bien rattrapé depuis. Il n'est donc pas étonnant que dans les travaux cités par M. Dieulafoy, il n'ait pas été fait mention de l'appendicite, puisqu'elle n'était pas encore pratiquement connue. Il fallait, en outre, que les rapports de cette appendicite avec l'entéro-colite fussent reconnus. M. Reclus a pratiqué ses premières opérations d'appendicites, sans tenir compte de l'entéro-colite. Et cependant celle-ci existait. M. Reclus cite plusieurs exemples qui montrent très nettement l'existence de ces rapports entre l'appendicite et l'entéro-colite. L'un de ces exemples constitue, en quelque sorte, une expérience de laboratoire. Une jeune femme de vingt-neuf ans ayant des oxyures vermiculaires prend, par erreur, un lavement de 200 grammes d'eau avec 50 centigrammes de sublimé. S'apercevant de son erreur, elle prend aussitôt un autre grand lavement d'eau. Malgré cela, elle a une entéro-colite des plus caractérisées qui, bientôt, est suivie d'une appendicite.

M. Dieulafoy a invoqué l'opinion de M. Bottentuit, médecin consultant à Plombières. M. Reclus invoque, à son tour, celle de M. Baraduc, médecin consultant à Châtel-Guyon. M. Baraduc, lui, a vu l'appendicite succéder souvent à l'entéro-colite. Mais il fait une distinction qui lui paraît capitale : l'entéro-colite envahirait très rarement la totalité du gros intestin; tantôt, l'inflammation se localise au côlon transverse et à l'angle, au coude du côlon transverse et du côlon descendant; tantôt au cæcum et au côlon ascendant, et cette typhlo-colite, plus rare et surtout observée chez les enfants, serait la variété que l'appendicite compliquerait de préférence.

L'opinion de M. Reclus, pour jeune et récente qu'elle soit, n'en est pas moins partagée par nombre de bons esprits. Elle a pour elle la presque totalité des orateurs qui ont pris part à la discussion de la Société de chirurgie; elle a été défendue à l'Académie par Lucas-Championnière, et bien que la question n'ait été posée à la Société médicale des hôpitaux que d'une manière incidente, MM. Mathieu, Siredey, Comby et Marfan ont cité des observations qui l'appuient. D'ailleurs, nous en aurons bientôt le cœur net. Le débat actuel ne peut passer inaperçu : les observations positives ou négatives vont affluer et on saura bientôt si l'appendicite est, oui ou non, la conséquence fréquente des entérites en général, et des entéro-colites membraneuses en particulier.

M. Reclus arrive à la deuxième objection que lui a faite M. Dieulafoy. Il s'agit de sa théorie pathogénique de la stagnation; elle explique l'exaltation de la virulence des microbes, non par le seul vase clos, qui laisse de côté un beaucoup trop grand nombre d'appendicites, mais par la stagnation des liquides dans l'appendice, théorie plus compréhensive et qui paraît englober toutes les variétés d'appendicites. M. Dieulafoy semble croire que M. Reclus attribue cette stagnation des liquides à la seule position déclive de l'appendice; les matières n'en pourraient sortir, parce qu'elles ont à lutter contre la pesanteur. Mais alors, riposte M. Dieulafoy, comment concilier cette théorie avec les faits très nombreux où l'appendicite éclate dans un appendice à type remontant, alors, par conséquent, que toutes les conditions sont remplies pour éviter la stagnation et pour favoriser l'écoulement facile des liquides septiques?

M. Reclus connaît les appendices qui remontent, et il en a observé très souvent de ce type, en arrière du cæcum, dans des extirpations à froid. Mais M. Dieulafoy oublie que lorsque l'appendice remonte ainsi, son embouchure dans le cæcum reste fixe; ne peut changer de direction et remonter sans qu'il se fasse une coudure brusque qui oblitère sa lumière; on a alors l'emprisonnement des liquides, la stagnation à son maximum, et M. Dieulafoy le sait bien puisque cette coudure est la cause peut-être la plus fréquente de son vase clos. Dans sa théorie de la stagnation, M. Reclus n'invoque pas seulement la déclivité ordinaire de l'appendice, il invoque surtout la forme de l'organe, ce cæcum du cæcum, ce diverticule ouvert dans un diverticule, ce canal aveugle et anfractueux, souvent tordu, souvent coudé, souvent étranglé dans une gangue de néo-membranes et qui devient bientôt l'équivalent d'une fistule borgne naturelle, où les liquides stagnent et exaltent leur virulence.

PRÉSENTATION D'APPAREIL

Aiguille de Reverdin perfectionnée. — M. PERIER présente une aiguille de Reverdin perfectionnée par M. Mariaud.

L'aiguille de Reverdin, qui était d'une grande commodité et d'une grande célérité dans les opérations chirurgicales, laissait cependant à désirer. En effet, avant de piquer l'aiguille dans les chairs, l'opérateur devait s'assurer que le chas était fermé, avoir le soin de tenir toujours le pouce sur le bouton conducteur du stylet afin que celui-ci ne reculât pas. Cet accident arrivait souvent, car le chirurgien, très préoccupé par l'opération, ne pouvait avoir constamment à l'esprit la pensée de tenir son doigt sur le bouton pour maintenir l'aiguille fermée. Fréquemment le stylet reculait lorsque l'aiguille était introduite dans la chair, donnant ainsi à la pointe une forme de hameçon qui empêchait d'avancer pour transpercer complètement les lèvres de la plaie. L'opérateur ne pouvait pas davantage retirer l'instrument, il faisait alors un mouvement brusque en arrière ou en avant pour dégager l'aiguille et généralement la pointe se cassait au niveau du chas : le chirurgien était désarmé et l'instrument restait sans valeur.



La modification ingénieuse qui a été apportée à l'instrument par M. Mariaud consiste en un ressort B, démontable d'après les indications de M. le docteur Périer, et qui tient l'aiguille toujours fermée, ainsi que le montre la figure ci-contre.

Peu importe la façon dont l'opérateur tient l'instrument, il peut piquer dans les tissus sans avoir besoin de tenir le bouton A avec son pouce. Pour passer le fil, tirer le bouton en arrière comme dans l'ancienne aiguille, le ressort fait aussitôt refermer le chas. Cette disposition permet ainsi de supprimer deux temps dans le maniement de l'instrument.

En outre, le talon du stylet se trouve toujours abaissé contre le corps principal de l'aiguille par le ressort; il ne peut plus se soulever et passer au-dessus de son arrêt comme cela arrivait fréquemment avec l'ancienne aiguille.

COMMUNICATIONS

Vaccine. — M. HERVIEUX communique un travail sur les mesures à prendre en l'absence d'une loi sur la vaccine obligatoire. (Voir le Premier-Paris.)

Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale dans une grossesse de huit mois compliquée de fibrome utérin. — M. MOUCHET (de Sens) rapporte l'observation d'une femme ayant déjà eu cinq grossesses normales et qui s'est présentée à son examen avec un volumineux fibrome remontant jusqu'à l'ombilic.

Onze mois après, il la revoyait, enceinte de huit mois à huit mois et demi. Le fibrome remontait alors à plusieurs travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il décida une intervention immédiate.

Les membranes furent rompues, et la laparotomie fut pratiquée. L'utérus ouvert sur la ligne médiane, il enleva un enfant en état de mort apparente, mais qui fut ramené à la vie. Le placenta fut laissé en place et l'utérus fut désinséré du vagin après perforation du cul-de-sac de Douglas. L'opération dura une heure et demie, n'eut pas de suites. M. Mouchet ne fit pas de drainage, et les fils de l'incision abdominale furent enlevés au bout de dix jours.

La femme guérit, elle ne présenta pas de sécrétion lactée. L'enfant, mis dans la couveuse, mourut au bout de vingt heures d'asphyxie progressive. Le fibrome séparé de l'utérus pesait 1 550 grammes.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Les épreuves cliniques auront lieu dans les hôpitaux suivants : Charité, Beaujon, Laënnec.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Épreuve du 29 mars : MM. Mauclaire, 19; Launay, 17; Cazin, 16.

La prochaine séance aura lieu le 31 mars, à quatre heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

— *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 24 mai 1897, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 15 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1897, leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1901.

— *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 10 mai 1897, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 1er mai inclusivement.

Les aides d'anatomie entreront en fonctions le 1er octobre 1897, leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1900.

— Les amis de M. Napias lui offriront un banquet, à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, le vendredi 9 avril, au Grand-Hôtel, à sept heures et demie.

— *Amphithéâtre d'anatomie.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire, sous la direction de M. le docteur Quénu, directeur des travaux scientifiques, commenceront le lundi 26 avril 1897.

Des conférences sur l'Histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de la présente affiche.

— *L'impôt sur le revenu en Prusse.* — Le sujet prussien est obligé de déclarer lui-même le revenu brut qu'il a eu pendant les trois dernières années, et les déductions qu'il veut y voir faire. Il faut indiquer en détail les sources de revenu et la nature des déductions et fixer exactement le montant de chacune d'elles. En outre, il faut déclarer si ces chiffres reposent sur une évaluation ou sur des livres tenus régulièrement.

Nous sommes à même de donner quelques détails sur des questions posées à un médecin auquel l'administration a signifié qu'elle ne pourrait tenir compte de ses déclarations que s'il donnait encore des indications sur les points suivants :

On voulait connaître la valeur locative de la salle d'attente et du cabinet de consultation, on désirait savoir si ces locaux étaient aussi habités en dehors des heures de consultation et notamment si le salon de consultation servait aussi de bureau de travail. On demandait les heures et la durée des consultations, pour fixer les frais de chauffage et d'éclairage. L'administration désirait apprendre si le service, et particulièrement le nettoyage et le chauffage se faisaient par des domestiques servant en même temps dans le ménage ou engagés uniquement pour cet ouvrage. Relativement aux dépenses pour des nouveaux instruments, il fallait indiquer si ces derniers avaient été achetés pour le remplacement d'autres détériorés par l'usage. Enfin, il fallait détailler les dépenses faites pour chevaux et voitures.

L'exemple que nous venons de citer donnera à nos lecteurs une idée de l'inquisition à laquelle l'impôt sur le revenu expose les contribuables. Aussi, l'enthousiasme qu'on avait eu en Prusse lors de l'introduction de cette forme d'imposition, a-t-il fait place à un grand désenchantement dans les contrées occidentales de la monarchie.

— M. Budin, accoucheur en chef de la Maternité (119, boulevard de Port-Royal), commencera ses leçons de clinique obstétricale le samedi, 4 avril, à trois heures et demie du soir, et les continuera les samedis suivants, à la même heure. A trois heures et demie, présentation des malades ; à quatre heures et demie, leçon clinique.

— M. le docteur Ch. Fournel, lauréat de la Faculté, commencera le mardi 27 avril, à cinq heures, à l'École pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de gynécologie médico-chirurgicale. Il le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 39. — SAMEDI 3 AVRIL 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 3 AVRIL 1897. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des dilatations congénitales des conduits excréteurs du rein (1).

Par Victor Veau, interne des hôpitaux.

La gêne à l'excrétion rénale entraîne des lésions qui portent sur l'uretère et le bassinet, qui se dilatent en totalité ou en partie, sur le rein et quelquefois sur la vessie, les vésicules séminales.

L'uretère est dilaté, le plus souvent la dilatation s'étend au bassinet, ce sont là les lésions de l'hydronéphrose ordinaire, mais j'ai montré tout à l'heure qu'il y avait des cas où la dilatation était localisée à un segment de l'uretère.

Quand la dilatation est étendue à tout l'appareil excréteur du rein, il existe une poche supérieure volumineuse développée au-dessus du bassinet, auquel fait suite un boyau volumineux qui est l'uretère dilaté.

La poche supérieure présente un volume qui peut varier entre celui d'un œuf et celui d'une tête de fœtus. Les proportions peuvent même devenir colossales, puisque dans le cas de Heller elle contenait 3 400 grammes de liquide. Les rapports de la tumeur sont subordonnés au volume, ils sont ceux de toute espèce d'hydronéphrose, quelle qu'en soit la cause. Je n'insisterai pas.

L'uretère qui lui fait suite est dilaté, aminci, il forme un long boyau appliqué contre la colonne vertébrale. Son calibre est rarement uniforme, par endroit il peut atteindre 4 à 6 centimètres de diamètre; il présente dans d'autres points des rétrécissements qui lui donnent souvent une apparence de chapelet. D'autres fois, ces sillons sont superficiels. Le conduit avec ces caractères a l'aspect d'un intestin en place.

Il est un fait sur lequel je veux insister, car je le trouve mentionné dans la plupart des observations : c'est l'abondance de graisse qui entoure cette tumeur; au niveau du bassinet c'est la capsule adipeuse du rein très épaissie, qui avance sur la tumeur. Dans le cas que j'ai observé, cette masse adipeuse était épaisse de 2 centimètres en avant, de 4 centimètres en haut. Sur l'uretère, la graisse forme une enveloppe complète dont l'épaisseur peut atteindre 1 centimètre. Le plus souvent elle se laisse facilement déchirer en plusieurs places, son adhérence à l'uretère dilaté est en général faible.

Quand il y a un double uretère, tous deux sont dans la même enveloppe fibreuse. Quelquefois ils sont séparés par de la graisse, ils ont un trajet distinct, beaucoup plus souvent l'uretère anormal, qui est dilaté, s'enroule autour de l'uretère normal, qui est sain. Dans nombre d'observations je trouve indiqué cet enroulement des deux uretères; dans le cas que j'ai observé, l'uretère dilaté décrivait autour de l'uretère sain trois tours de spires.

Tout cet état anatomique n'existe que si l'inflammation n'a pas altéré les organes, car alors les parois de la poche, qui étaient minces, transparentes, s'épaississent, l'enveloppe graisseuse, dont je viens de parler, se transforme en tissu fibreux dense, dont l'adhérence rend la dissection impossible; il se fait autour de l'uretère un travail analogue à celui qui atteint la capsule du rein dans la vieille périnéphrite scléreuse. Une infection plus virulente pourrait créer autour de la poche des abcès. Les observations sont peu explicites sous ce rapport. L'attention a toujours été détournée du côté de l'abouchement des uretères.

J'ai dit tout à l'heure qu'il y avait des *dilatations localisées de l'uretère*, c'est là un fait sur lequel insistent à peine nos auteurs classiques, et qui cependant mérite de nous arrêter.

Cette dilatation circonscrite de l'uretère à laquelle on ne peut donner le nom d'hydronéphrose, siège le plus souvent, pour ne pas dire toujours, au niveau de la partie inférieure du conduit, dans la région rétrovésicale. Elle est en général peu considérable et dépasse rarement le volume d'un œuf. Nous avons déjà vu dans les cas d'abouchement borgne, que cette poche rétro-vésicale communiquait avec une poche intravésicale creusée entre la paroi du réservoir. Je n'y reviendrai pas.

Ces dilatations localisées de la partie inférieure de l'uretère se voient dans deux cas :

1° Quand l'uretère s'ouvre dans une cavité ou à l'extérieur par un orifice trop étroit pour suffire au débit de l'urine est insuffisant pour empêcher une dilatation générale des voies d'excrétion correspondante. La partie inférieure du conduit qui supporte la plus grande pression se dilate seule, le bassinet est normal, le rein continue à sécréter.

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 355.

Cette dilatation circonscrite peut être considérée comme le premier stade de la dilatation généralisée.

2° Quand l'uretère se termine par un orifice borgne, la pathogénie, dans ces cas, est bien difficile à affirmer. Le rein n'a-t-il sécrété que la quantité juste suffisante pour faire une dilatation localisée? ou bien y aurait-il au début une dilatation générale de tout l'appareil excréteur du rein, et la poche qui reste ne serait-elle que le reliquat du travail de résorption? Cette dilatation localisée ne serait alors que le dernier stade de l'hydronéphrose. Ce ne sont là que des hypothèses.

Au niveau de ces poches, les parois de l'uretère sont rarement hypertrophiées. Le plus souvent, elles sont minces, tendues et presque transparentes. Cette minceur est particulièrement remarquable sur les poches intravésicales. La paroi, dans ces cas, n'est constituée que par l'adossement des deux muqueuses vésicale et uretérale.

B. Rein. — A la lecture des observations, on est frappé de la différence qui existe dans l'état du rein : tantôt le rein augmente de volume, il fait comme partie de la poche, il est appliqué sur sa paroi, il est difficile à reconnaître. Dans ces cas, sa substance sécrétante est aplatie, étalée, réduite quelquefois a la minceur d'une lame de papier. D'autres fois le rein est petit, ratatiné, mais cet organe altéré a conservé sa forme il est facile à reconnaître.

Dans l'un et l'autre cas, à la coupe, le tissu présente un aspect granuleux, il est d'une consistance fibreuse de couleur grisâtre, quelquefois marbré de rouge ou de blanc.

On doit se demander si ces différences de l'état macroscopique du rein tiennent à des différences du degré d'obstruction. Il n'en est rien, le même obstacle peut engendrer les deux lésions, et en particulier les abouchements en culs-de-sac créent indifféremment l'une ou l'autre forme anatomique.

Au microscope, l'aspect des lésions dépend du degré d'atrophie où en est arrivé l'organe. Dans les hydronéphroses anciennes, trouvées chez des adultes, cette atrophie est généralement complète, les éléments du rein ont disparu au milieu du tissu conjonctif qui les a étouffés. Chez le fœtus, où l'évolution scléreuse est moins avancée, il est plus facile de trouver les lésions décrites par Strauss dans les hydronéphroses acquises, depuis le simple aplatissement des pyramides jusqu'aux désordres les plus profonds de la néphrite interstitielle. Ces faits n'ont rien de spécial à l'hydronéphrose congénitale.

Dans les cas de deux uretères s'abouchant dans un seul rein, l'atrophie ne porte que sur la portion correspondante à l'uretère dilaté, l'autre partie est normale. Je rappellerai que l'uretère surnuméraire s'abouche toujours à la partie supérieure du rein. Par conséquent, c'est toujours cette partie qui est atrophiée.

C. Contenu de la poche. — Le liquide de l'hydronéphrose varie considérablement, selon que l'uretère est ouvert ou fermé. Dans les cas d'abouchement libre, c'est presque toujours un liquide clair, transparent, légèrement coloré en jaune, de réaction acide, ne se coagulant pas par le repos et ne contenant ni sucre ni albumine. Sa densité est faible (1007 à 1010). Il contient à peu près autant de chlorure que l'urine, mais toutes les analyses s'accordent pour lui reconnaître qu'une très faible teneur en urée. Dans le cas de Dévé, le liquide était jaune clair peu coloré; il s'élevait à 3k980; il renfermait 24 centigrammes d'urée. Le liquide observé par M. Porak s'élevait à 860 grammes; il renfermait 7 centigrammes d'urée. M. Porak a vu dans ce fait la preuve de l'excrétion par le placenta. Dans le cas que j'ai observé, les poches renfermaient d'un côté 950 grammes, de l'autre 350 grammes. Le liquide était clair citrin et peu différent de chaque côté.

Dans les cas d'abouchement en cul-de-sac, le contenu est ordinairement peu abondant. Abstraction faite des cas de Geerdts et de Reliquet, où le liquide avait été modifié par l'infection, le contenu est presque toujours brunâtre, épais, plus ou moins visqueux, de réaction alcaline, renfermant de nombreux globules altérés. Il était vert brun, dans le cas de Mescledi; jaune verdâtre assez fluide, dans le cas de Tangl; visqueux et jaune brun, dans le cas de Lilienfeld.

D. Les voies spermatiques sont dilatées quand elles reçoivent l'uretère : c'est ainsi que l'on voit le canal éjaculateur, le canal déférent, les vésicules séminales, prendre des proportions considérables. Dans le cas de Rott, le canal déférent avait 2 centimètres de diamètre. La vésicule séminale ne se dilate pas dans tous les cas où l'uretère s'abouche dans le canal déférent, il peut y avoir à son orifice une valvule suffisante. La vésicule dilatée forme une poche à grosse extrémité supérieure. Elle se continue en bas avec la dilatation terminale de l'uretère, dont elle n'est séparée que par un rétrécissement ou par un canal. Mais cet état dépend du degré de dilatation de la vésicule. A l'état extrême elle peut ne constituer qu'une simple dilatation latérale du boyau uretéral. Le contenu de la poche est le même que celui de l'uretère. Il contient chez l'adulte des spermatoïdes mélangés aux éléments figurés de l'urine.

E. Vessie. — Quand l'obstacle à l'écoulement de l'urine siège sur les uretères, la vessie est généralement peu altérée. L'hypertrophie de sa paroi n'est notée que dans un cas de Boström, mais alors le refoulement de l'uretère borgne venait obstruer l'orifice uréthral et créer un obstacle en avant.

Au contraire, quand l'obstacle siège sur l'urèthre, la dilatation de la vessie devient considérable. Elle forme un globe énorme auquel sont appliqués tous les organes du fœtus. Dans ces cas, il semble que la dilatation de l'uretère ne soit qu'accessoire. Il est assez fréquent alors de trouver de l'ascite. Cet épanchement serait dû, pour certains auteurs, à une gêne de la circulation déterminée par la pression du globe vésical sur la veine ombilicale. M. Porak la rattache à une inflammation du péritoine, communiquée par les lésions uretérales et rénales.

III

SYMPTÔMES

La diversité des causes qui peuvent produire la dilatation des voies d'excrétion du rein, la variété des lésions nous permettent de prévoir toutes les variations symptomatiques que peut présenter cette affection.

On doit tout d'abord, au point de vue clinique, diviser l'affection qui nous occupe en deux classes.

Les unes, comme il est facile de le prévoir, sont incompatibles avec la vie. Ce sont : 1° les cas de distension générale de tout le système urinaire par obstacle au niveau de l'urèthre; 2° les cas de dilatation sur chacun des uretères non dédoublés; 3° enfin, les cas où les anomalies du sys-

tème urinaire coïncident du côté des organes voisins ou éloignés, avec des troubles de développement trop considérables pour permettre l'existence.

Cette classe ne mériterait guère de nous arrêter si elle ne renfermait pas les hydronéphroses qui sont un obstacle à l'accouchement : les hydronéphroses obstétricales.

D'autres dilatations congénitales sont absolument compatibles avec la vie. Ce sont ces cas d'hydronéphrose unilatérale, siégeant sur un uretère normal ou surnuméraire, ou les cas d'hydronéphrose bilatérale siégeant sur des uretères surnuméraires. Alors, le rein ou la portion du rein qui reste assure l'épuration sanguine et écarte, pour un moment du moins, les dangers d'urémie. Les unes resteront latentes toute la vie, la dilatation ne sera qu'une trouvaille d'autopsie; les autres présenteront un tableau clinique qu'il est important de connaître.

En résumé, nous voyons que dans le chapitre des symptômes nous devons éliminer d'abord les hydronéphroses incompatibles avec la vie, mais qui ne gênent pas l'accouchement; puis les hydronéphroses qui ne déterminent jamais aucun accident. Et quand on parcourt les observations, on constate que ces cas constituent la majorité.

Mais il nous reste à étudier deux variétés symptomatiques d'hydronéphrose congénitale.

La première, par les difficultés dystociques qu'elle occasionne, est du domaine de l'obstétrique.

La deuxième, par les interventions qu'elle a nécessitées, appartient à la chirurgie.

Hydronéphrose obstétricale ; dystocie par hydronéphrose. — Hergott, dans sa thèse d'agrégation (1878), a complètement étudié cette classe d'hydronéphroses, il a bien montré que ce mot d'hydronéphrose obstétricale était mauvais, car ce n'est pas la dilatation du rein et du bassinet qui empêche l'accouchement, mais la distension énorme de la vessie. Il ne rapporte qu'un exemple (loc. cit., p. 192), dû à Ahlfeld, où la distension du bassinet pouvait être incriminée. Cette restriction faite, j'étudierai les symptômes pendant la grossesse, pendant l'accouchement.

Pendant la *grossesse*, les manifestations extérieures auxquelles ces lésions peuvent donner lieu sont minimes. Aucun signe particulier, subjectif ou objectif, ne vient révéler l'anomalie. Le ventre peut bien être, à la fin de la gestation, plus tendu, plus volumineux, les parties fœtales difficiles ou même impossibles à sentir ; mais on pense à l'hydramnios et le diagnostic n'est généralement pas établi.

Un fait important pourrait cependant aider l'accoucheur dans son diagnostic, c'est que presque toujours le travail se déclare avant terme.

Au moment de l'*accouchement*, quand le travail est commencé, tout semble d'abord évoluer normalement, l'engagement progresse, surtout s'il y a présentation du sommet; mais il arrive un moment où malgré les efforts de la malade et les contractions de l'utérus tout s'arrête : l'utérus se fatigue, la parturiente s'épuise et l'on se décide à intervenir. Grâce à l'application du forceps, on réussit souvent à dégager la tête, mais les tractions plus ou moins violentes exercées ensuite sur cette tête, restent sans succès. Si l'on augmente les efforts de tractions, on ne réussit le plus souvent qu'à arracher la tête. Les bras, successivement dégagés, ont le même sort. Un certain nombre d'observations citées par Hergott, Porak, Dévé relatent ces mutilations. Des essais de version sont tentés et restent généralement infructueux. On se décide alors à la ponction ; et après l'évacuation de plusieurs litres de liquide, on arrive à terminer l'accouchement.

Il ne faut pas demander ce que devient le fœtus au milieu de ces troubles, même quand l'accouchement se fait sans accidents. En admettant qu'il fût vivant au début du travail, la lenteur de l'accouchement suffit, le plus souvent, à en amener la mort. En tout cas, il ne tarde pas à succomber à l'asphyxie.

Quant à la mère, elle est, du fait du volume fœtal et des manœuvres tentées pour la délivrer, exposée à des accidents graves : ruptures utérines, hémorragie, infection.

Dilatations des voies d'excrétion du rein, compatibles avec la vie, mais déterminant des accidents. — Ces faits se rencontrent, comme je l'ai dit, dans les cas d'hydronéphrose unilatérale ou d'hydronéphrose bilatérale portant sur des uretères surnuméraires.

Tous les cas de ce genre n'ont pas une histoire clinique. Nous avons déjà vu qu'un grand nombre d'entre eux restaient indéfiniment latents. La vraie hydronéphrose chirurgicale gêne celui qui la possède. Mais le tableau en est bien variable. Quelquefois elle se présente avec les symptômes que l'on est habitué de rencontrer dans les hydronéphroses acquises, ce sont les formes les mieux connues en France. Elles répondent anatomiquement aux dilatations généralisées des voies d'excrétion du rein. On pourrait dire que ce sont des formes à évolution abdominale. Mais il existe, comme nous l'avons vu, de nombreux cas de dilatations circonscrites de l'uretère. Elles siègent toujours à sa partie inférieure. Elles entraînent des phénomènes de compression qu'il est important de bien étudier.

Ces faits, par opposition aux précédents, constituent comme une seconde forme à évolution pelvienne.

I. Je n'insisterai pas sur les symptômes de la première catégorie de faits, c'est le tableau clinique que l'on connaît de toute hydronéphrose.

Quelquefois, chez un enfant, le ballonnement anormal du ventre attire l'attention, et on trouve une poche fluctuante que l'on présume être une hydronéphrose.

D'autres fois, c'est chez un adulte : son attention est attirée par une gêne, des douleurs dans la région lombaire, une sensation de tiraillement des troubles urinaires, et le médecin, à un examen attentif, trouve les signes caractéristiques de toute hydronéphrose : c'est une tumeur lombo-abdominale, de forme lisse ou mamelonnée, quelquefois très mobile, ballottant d'un main à l'autre; sonore, en avant, quand elle est de moyen volume; mate, quand elle acquiert des proportions plus considérables. Enfin, elle est fluctuante quand elle est volumineuse, dure et élastique quand elle est petite.

Le chirurgien peut, par ces caractères, arriver au diagnostic d'hydronéphrose, mais rien ne peut lui indiquer nettement l'origine congénitale ou acquise de la tumeur. S'il a affaire à un enfant, si aucune cause ne peut être incriminée, il aura des présomptions sur la nature de la tumeur, mais ce ne sera toujours que l'examen anatomique qui permettra d'affirmer la nature de l'affection.

Dans ces cas, on diagnostique une hydronéphrose, mais combien de fois l'affection qui nous occupe a-t-elle été méconnue? Le malade de Reliquet ne présenta, toute sa vie, que des accidents de lithiase.

II. D'autres fois, l'anomalie d'abouchement de l'uretère se manifeste par des symptômes absolument différents. Ce

sont ces cas où il n'y a qu'une dilatation localisée du canal.

Deux catégories de faits nous intéresseront tout particulièrement, ce sont les cas d'abouchement borgne de l'uretère dans la vessie, et les cas d'abouchement libre dans l'urèthre de la femme ou dans le vestibule du vagin.

Je ne dirai qu'un mot des abouchements en cul-de-sac dans le vagin.

a. Dans les *cas d'abouchement borgne de l'uretère*, la tumeur se présente avec des caractères si étranges qu'elle a toujours, jusqu'à présent, dérouté la sagacité du chirurgien. Ce diagnostic n'a jamais été fait sur le vivant. Toutefois, la connaissance de ces faits pourrait, à l'heure actuelle, éclairer le clinicien, et c'est à ce titre qu'ils sont intéressants.

Quand ces dilatations circonscrites de l'uretère sont extra-vésicales, elles ne déterminent que très rarement des troubles suffisants pour inviter le clinicien à pratiquer une exploration pelvienne minutieuse. Elles refoulent bien quelquefois la paroi postérieure de la vessie, mais ce refoulement n'est que rarement assez considérable pour provoquer des troubles de la miction. Dans un cas de Wölfler toutefois, l'enfant avait des mictions fréquentes et ne pouvait retenir son urine pendant plus d'un quart d'heure ou d'une demi-heure. On reconnut la présence de la poche rétro-vésicale et on établit une communication entre cette poche et la vessie; le résultat fut inespéré, l'enfant put retenir son urine pendant quatre ou six heures. Il est très probable que l'incontinence était provoquée par la pression de la poche urétérale sur la vessie.

Quand la dilatation terminale de l'uretère refoule la muqueuse vésicale et forme une poche intravésicale, les troubles de la miction sont bien plus marqués. L'intensité des troubles dépend alors du volume de la tumeur et de son siège.

Par son volume, la poche intravésicale peut diminuer la capacité de la vessie et causer une fréquence anormale des mictions; par son siège, elle peut avoir une influence plus malheureuse encore, car, même très petite, si elle est très rapprochée du col, elle peut compromettre la perméabilité du canal et causer des désordres graves.

La *fréquence des mictions* est notée dans toutes les observations, c'est donc là un symptôme de premier ordre, c'est lui qui a toujours attiré l'attention du chirurgien. Elle est d'autant plus marquée que la tumeur est plus volumineuse. Quand la tumeur augmente, elle arrive à recouvrir le trigone et obstrue l'orifice uréthral. La *rétention d'urine* en est alors la conséquence, elle peut être d'emblée très marquée et entraîner des accidents graves qui causent la mort. Plus souvent elle est graduelle. Dans quelques cas même où le kyste est pédiculé, la rétention disparaît par déplacement de la tumeur. Celle-ci agit alors comme un véritable calcul. Wölfler et Schwartz citent des cas où l'écoulement de l'urine était rétabli quand la position du malade amenait une surélévation de son bassin, probablement par suite de la chute de la tumeur en arrière.

La dilatation de la vessie est la conséquence de cette rétention. Quelquefois, elle prend des proportions considérables et masque la tumeur plus petite formée par l'uretère dilaté. D'autres fois, les deux tumeurs se développent simultanément et deviennent accessibles sous la paroi antérieure. C'est ce qui se produisit dans le cas de Boström. Il s'agissait d'un enfant de douze ans qui, cinq mois avant son entrée à l'hôpital, avait été pris de douleurs vésicales qui avaient été en augmentant avec besoins impérieux d'uriner, mictions fréquentes, quelquefois difficiles. La nuit, il arrivait à l'enfant de perdre ses urines, ce qu'il n'avait jamais fait auparavant.

A l'examen physique, on trouva une tumeur médiane siégeant entre l'ombilic et la symphyse; elle était superficielle, parfaitement mobile dans le sens latéral, indolente, de forme un peu allongée. A son extrémité inférieure, elle semblait fixée à la symphyse, tandis que son extrémité supérieure était mobile, on y sentait une fluctuation obscure et elle était mate à la percussion. L'urine était claire, de densité 1007, contenant des traces d'albumine et des éléments figurés.

Une ponction de la tumeur située entre l'ombilic et la vessie donna un liquide presque clair, comme de l'eau colorée en jaune, de réaction acide, et qui ne se coagulait pas par le repos. On pensa à un kyste hydatique, en raison du siège médian de la tumeur. On dut ponctionner une seconde fois la tumeur, et le trocart arrivé dans la poche fut arrêté, il fallut, pour l'enfoncer, le retourner de manière à orienter sa pointe en bas et en arrière, alors il s'écoula un peu d'urine trouble. A la suite, survint du météorisme. Le malade ne tarda pas à mourir dans le collapsus. Pendant le séjour à l'hôpital, la quantité d'urine avait subi des variations remarquables.

En s'approchant de l'urèthre la tumeur est susceptible de s'y engager et de créer ainsi une variété de *prolapsus de la muqueuse vésicale*. Ces faits se rencontrent seulement chez la femme. Dans ces cas la muqueuse vésicale peut venir faire une saillie au méat et amener l'apparition d'une petite tumeur entre les petites lèvres. Dans le cas de Geerdts cette petite tumeur était recouverte d'une muqueuse rouge et avait le volume du petit doigt, tout autour on voyait par intermittence sourdre l'urine. Cette muqueuse ainsi prolabée peut être comprimée par la contraction du col et se sphacéler, l'infection et la mort ont été la conséquence de cette complication.

En présence de ces troubles vésicaux mal classés, le toucher vaginal et rectal s'impose; c'est par lui que Wölfler a reconnu une tumeur molle fluctuante. Il ne pouvait en déterminer la cause, mais il put lui rapporter les troubles observés. Son traitement fut couronné de succès, comme je l'ai déjà dit.

L'examen endoscopique ne devra pas être négligé, quoiqu'il n'ait jamais été pratiqué, il pourrait peut-être entre des mains habiles donner des renseignements sur le siège, l'étendue, l'implantation de la tumeur. Mais, c'est encore un moyen bien peu fidèle.

b. L'*abouchement libre de l'uretère dans l'urèthre féminin* ou à la vulve, s'accompagne de symptômes plus nets, sur lesquels Wölfler et Schwartz ont surtout attiré l'attention. C'est d'abord l'*incontinence*. Elle a des caractères propres qui permettent de faire un diagnostic rapide et certain de son origine, c'est une émission inconsciente, se faisant lentement, goutte à goutte, et d'une façon permanente. Le fonctionnement de la vessie est parfait, les malades sont en état d'émettre volontairement des jets d'urine, à intervalles réguliers et normaux. Ce symptôme d'incontinence avec miction normale est pathognomonique d'une anomalie d'abouchement urétéral, il existe dans tous les cas d'abouchement libre, dans le vagin, l'urèthre, la vulve et nous avons vu pourquoi il manquait, dans les cas d'abouchement dans la partie supérieure de l'urèthre de la femme.

On pourrait peut-être s'étonner qu'à propos de dilatation

des voies d'excrétion du rein, je me sois ainsi étendu sur la description de cette incontinence, symptôme qui cadre mal avec l'idée que nous nous faisons d'une dilatation. De fait, on ne peut pas dire que cette incontinence, qui est tout simplement le résultat d'une anomalie d'abouchement de l'uretère, soit un symptôme de dilatation ; mais, comme nous l'avons vu, ces uretères, anormalement abouchés, ont un orifice de sortie insuffisant pour leur débit, ils se dilatent en arrière de la vessie, en une formation sacciforme pouvant atteindre dans certains cas le volume d'un œuf. Wölfler, Baunnus, Kolesko, Erlach, Colzi en ont cité des exemples. Et même, ce sont ces dilatations qui ont le plus gêné le chirurgien dans son intervention. Si, donc, il n'existe, entre l'incontinence en question et la dilatation, aucune relation de cause à effet, il n'en est pas moins vrai que la coïncidence de ce symptôme et de cette lésion, est presque constante et que la constatation nette, précise, évidente de la première, peut faire deviner et découvrir l'existence obscure de la seconde.

c. Abouchement borgne dans le vagin. — Il nous reste peu de chose à dire des poches kystiques, que l'on peut voir bomber dans le vagin, en cas d'abouchement borgne d'un uretère dans la paroi de cet organe. Il est facile de se figurer les caractères que peuvent revêtir ces petites poches, plus ou moins fluctuantes, ordinairement arrondies et lisses, susceptibles de se laisser réduire. Mais à part ce dernier signe, tous ces caractères appartiennent à toute espèce de tumeur liquide, et, en pratique, le diagnostic n'a jamais été fait. Ortmann, dans un cas, prit la tumeur pour un kyste vaginal, on ne pensa à une anomalie de l'uretère que pendant l'opération, et encore on pourrait peut-être émettre des doutes sur l'assertion d'Ortmann.

IV

DIAGNOSTIC

Ce que nous venons de voir sur les symptômes, nous permet de prévoir les difficultés qui attendent le chirurgien, quand il sera obligé de poser un diagnostic précis.

Trois cas bien différents peuvent se présenter, il importe de les étudier à part. Ce sera, d'abord, un accoucheur appelé auprès d'une femme en travail, dont l'accouchement ne peut se terminer. D'autres fois, ce sera un chirurgien consulté pour une tumeur abdominale. Enfin ce peut être un ensemble de troubles urinaires pelviens, qui attirent l'attention du malade et du chirurgien.

I. *Hydronéphrose fœtale.* — Le diagnostic de l'hydronéphrose chez le fœtus est impossible. Pendant la grossesse, le développement du ventre maternel, les difficultés de la palpation sont généralement imputés à l'hydramnios.

L'accouchement prématuré peut tout au plus faire penser à l'existence de quelque anomalie fœtale. Il en est de même de la lenteur du travail, mais rien ne permet de soupçonner que cette anomalie fœtale est une poche urinaire. La palpation directe du fœtus pourrait peut-être renseigner sur le caractère de l'obstacle qui entrave l'accouchement. Elle est malheureusement impraticable dans la grande majorité des cas, empêchée qu'elle est par la présentation du sommet. Après le dégagement de la tête, seulement, le toucher manuel devient possible et permet de se rendre compte de la nature de l'obstacle, et encore a-t-il été nécessaire, quelquefois, de faire la détroncation pour pouvoir pratiquer le toucher.

Dans les cas de présentation du siège, il est plus facile de faire une exploration manuelle, on se rend ainsi compte des caractères de l'obstacle. Mais, il y a loin encore entre reconnaître les caractères de l'obstacle qui gêne l'accouchement, et en reconnaître la nature : bien d'autres tumeurs liquides donnent la même sensation.

C'est malheureusement là, que s'arrêtera le plus souvent le diagnostic de l'accoucheur. Pour terminer l'accouchement il fera une ponction, alors la nature du liquide pourra lui donner des présomptions sur le siège de la tumeur.

Après la ponction le ventre s'affaisse, les derniers temps de l'accouchement se terminent rapidement. Mais on a vu des cas, où la ponction de la poche, l'évacuation d'une certaine quantité de liquide ne facilitaient pas l'extraction (cas de Depaul), c'est qu'en effet, nous avons vu, au chapitre d'anatomie pathologique, que ces distensions de la vessie peuvent s'accompagner d'ascite souvent abondante (cas de Porak). Une seconde ponction peut alors donner issue au liquide non évacué. L'accoucheur doit être prévenu de ces faits et ne pas craindre de pratiquer plusieurs ponctions, au cas où une seule ne suffirait pas.

II. *Hydronéphrose abdominale.* — Dans une seconde catégorie de faits, c'est un enfant, un adulte, qui vient consulter pour des troubles vagues, des pesanteurs, des tiraillements, une fatigue dans les reins ; ces troubles datent de plusieurs mois. Souvent les urines sont louches. Un palper attentif de la région fait reconnaître une tumeur. Quelquefois cette tumeur, tout en étant nettement abdominale, fait saillie dans les lombes. On peut alors presque affirmer une tumeur rénale. Mais combien de fois la tumeur n'était perçue que par l'abdomen ! C'est alors qu'on émet toutes les hypothèses : kyste du foie, du mésentère, de la rate, abcès froid, péritonite tuberculeuse, etc.

On le voit donc, souvent le diagnostic s'arrête avant même qu'on ait pu affirmer l'hydronéphrose. Et cependant, là ne serait que la première étape, car pour notre affection, l'étiquette hydronéphrose ne suffit pas, il faut la différencier de l'hydronéphrose acquise. Je dois dire que, jamais, le diagnostic n'a été affirmé. On a agité l'hypothèse d'une hydronéphrose congénitale, quand on avait affaire à un enfant, quand on ne trouvait pas de cause à laquelle on pût imputer une hydronéphrose acquise. Mais ce n'étaient là que des probabilités ; il n'y a pas de signes propres à l'hydronéphrose congénitale.

III. *Hydronéphrose pelvienne.* — Plus facile serait le diagnostic de ces dilatations localisées de l'uretère.

Bien des cas peuvent se rencontrer : dans les formes d'abouchement borgne, avec poche intra ou extravésicale, c'est la fréquence des mictions qui conduit le malade près du chirurgien. L'absence de douleur lui permet facilement d'éliminer la cystite, l'absence d'hématurie rend peu probable le diagnostic de tumeur, de calcul. Le médecin incline vers des troubles névropathiques, quoique le malade ne présente souvent aucun antécédent, aucune tare héréditaire.

Seul l'examen des signes physiques permettrait de reconnaître l'affection, le toucher rectal ou vaginal pourrait, si la poche est tendue, faire reconnaître une tumeur liquide. Plus important serait le toucher intravésical chez la femme après dilatation de l'urèthre, on pourrait alors reconnaître une tumeur molle, fluctuante, réductible, qui s'avance plus ou moins vers l'orifice uréthral de la vessie.

Dans les cas d'abouchement libre de l'uretère à la vulve, c'est l'incontinence qui appelle l'attention de la malade. Le chirurgien devra alors faire un examen attentif de la région,

c'est alors qu'il trouvera dans le voisinage du méat, quelquefois sur ses bords (cas de Bois), un petit orifice; il pensera à une fistule de l'urèthre, de la vessie, mais les caractères de l'incontinence sont tellement spéciaux, qu'il lui serait possible, facile même de reconnaître la fistule urétérale. Comme la malade n'a pas subi d'opération antérieure, à laquelle puisse être imputé cet état anatomique, le diagnostic d'abouchement anormal de l'uretère s'impose.

Mais cette facilité ne doit pas dispenser le chirurgien d'explorer attentivement le trajet du conduit anormal, avec une sonde et des injections colorées, afin de s'assurer qu'il n'existe aucune communication entre le conduit et les organes voisins. Ceci fait, il devra encore explorer attentivement la région rétro-vésicale par le toucher vaginal afin de découvrir la tumeur qui indique la dilatation urétérale.

Dans un cas de ce genre, Wölfler s'est demandé, si la cavité rétro-vésicale ne représentait pas une deuxième vessie et un deuxième uretère. Je n'ai pas voulu entreprendre, à l'étiologie, cette question complexe, la discuter après les auteurs, je renvoie le lecteur qui s'y intéresserait au mémoire de Schwartz, qui renferme l'étude approfondie de cette anomalie. Je dirai simplement, pour le cas présent, que Wölfler écarta la possibilité d'une vessie double par les considérations suivantes : 1° les vessies doubles sont placées côte à côte, dans le plan frontal; la dilatation, dans les cas d'abouchement anormal, est toujours placée en arrière de la vessie, dans le plan sagittal; 2° il existe quelques cas de duplicité vésicale, mais il n'y a pas de cas, montrant à la fois l'existence d'une double vessie, et d'un double uretère; 3° enfin les cas d'abouchements vulvaires de l'uretère sont beaucoup plus fréquents que les vessies doubles, il est rationnel de ne faire qu'avec circonspection cette seconde hypothèse.

Péan présenta, à l'Académie de médecine (1), une jeune fille vierge, qui présentait tous les symptômes fonctionnels de l'abouchement libre dans le vagin; l'examen physique lui démontra que la poche communiquait avec la vessie. Il crut qu'il avait affaire à une double vessie. Cette conclusion va à l'encontre de celle de Wölfler.

On conçoit que, dans ces cas, tout à fait exceptionnels du reste, le diagnostic est impossible.

V

PRONOSTIC

Rien n'est plus variable que le pronostic des dilatations des voies urinaires : à côté des cas où le malade a été enlevé à un âge avancé par une affection intercurrente, il en est d'autres où la vie n'a pas été compatible avec la lésion.

Et sauf les cas de malformation si étendue que la mort ou plutôt la non-existence a été causée beaucoup plus par les autres malformations que par la dilatation de l'uretère, on peut dire que d'une façon absolue le pronostic immédiat est subordonné à la quantité de substance rénale, qui reste saine pour permettre l'élimination urinaire; le malade n'en reste pas moins exposé à des complications. Ce sont elles qui causent sa mort à un âge plus ou moins avancé.

I. Le pronostic de l'hydronéphrose envisagée en elle-même est subordonné, avons-nous dit, à l'étendue de substance rénale perméable. Si les deux seuls uretères d'un malade sont anormaux et dilatés, les deux reins sont compromis, la vie est impossible et la mort surviendra quelques semaines, quelques mois, quelques années même après la naissance, quand la lésion se sera généralisée à tous les éléments sécréteurs. Si un seul des uretères est dilaté, l'autre rein reste pour accomplir la fonction, il s'hypertrophie, l'affection est latente. Mais si le malade possède quatre uretères, deux uretères peuvent se dilater impunément et entraîner l'atrophie de la portion correspondante du rein. Il restera toujours deux reins pour assurer la fonction.

C'est ce qui permet de dire que le pronostic ne dépend pas de la bilatéralité des lésions, comme à première vue on serait tenté de le dire, mais il est essentiellement subordonné au nombre des uretères qui restent perméables.

C'est ainsi que, avec un ou deux uretères dilatés, un ou deux ou même trois uretères sains, le malade arrive à un âge avancé sans se douter qu'il est porteur d'une lésion.

II. Mais cette lésion latente peut devenir le point de départ de complications.

D'abord notre individu avec son ou ses uretères dilatés est exposé à toutes les affections rénales, aussi bien qu'un individu normal : néphrite, cancer, kyste, lithiase. Si un seul rein fonctionne, le cancer sur ce rein unique emprunte de ce fait une gravité exceptionnelle; si, au contraire, deux segments de rein assurent la fonction, le malade rentre dans les conditions ordinaires. Deux segments de reins normaux coïncident-ils avec une hydronéphrose bilatérale, le cancer en supprime un, le malade conserve l'autre. Il s'ensuit que chez un adulte une *hydronéphrose bilatérale, qui laisse deux uretères normaux, est moins grave qu'une hydronéphrose unilatérale qui ne laisse intacts qu'un rein et un uretère.*

Mais par le fait même de sa dilatation uretérale, le malade est exposé à des complications qui sont en propre les complications de sa lésion : la plus importante est l'infection. Son étiologie, sa pathogénie sont faciles à comprendre.

Que la vessie s'infecte pour une cause quelconque (blennorragie, cathétérisme, etc.), les microbes trouveront une voie tout ouverte vers la poche de l'uretère, l'infection s'y développera d'autant plus facilement, que l'urine séjourne, se renouvelle peu ou mal, que les parois ont déjà perdu un peu de leur vitalité par le fait de la distension.

D'autres fois, l'infection est favorisée par le siège de l'abouchement. Elle est la règle dans les abouchements dans le rectum, elle serait fréquente dans les abouchements dans le vagin : seuls les abouchements borgnes semblent plus à l'abri de cette complication.

Cette infection se manifestera par des douleurs sourdes dans les lombes, une pesanteur inaccoutumée, de la fièvre très variable dans sa marche, son intensité. L'abdomen est douloureux, tendu, mais, signe presque caractéristique, les urines deviennent louches.

Ce n'est souvent qu'à ce moment que le malade appelle le chirurgien, l'histoire clinique de l'affection commence avec la pyo-néphrose.

La lithiase est une complication fréquente de ces dilatations. Rarement l'affection se caractérise par des accès ordinaires, mais souvent la pierre enchatonnée détermine des

(1) Péan. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 28 août 1895, p. 542.

hématuries abondantes (Reliquet). Elle peut favoriser l'infection, si elle n'en est pas elle-même la conséquence (calculs phosphatiques).

VI

TRAITEMENT

Quand le diagnostic a été posé aussi précis qu'il a été possible, l'intervention sera le plus souvent nécessaire. Je ne reviendrai pas sur la conduite à tenir pendant l'accouchement.

Chez l'adulte, comme nous l'avons vu, la tumeur peut être abdominale ou pelvienne, d'où deux voies bien différentes.

Les dilatations abdominales sont des hydronéphoses ordinaires, elles sont justiciables des mêmes traitements : ponction, incision, extirpation, abouchement de l'uretère dans la vessie, dans l'intestin, résection de l'uretère. Je ne saurais entrer dans les détails de chacune de ces opérations ni prendre parti pour l'une ou pour l'autre. Qu'il me soit permis de dire seulement que l'ablation de la poche serait le plus souvent facile, à moins qu'une vieille inflammation n'en ait transformé les parois. Dans les cas d'hydronéphrose bilatérale sur uretère surnuméraire, il serait peut-être possible d'enlever les deux poches ; je ne crois pas que pareille intervention ait été tentée.

Dans la forme pelvienne, la conduite à tenir varie essentiellement suivant les cas. Nous n'allons énumérer que les procédés qui ont été employés sans qu'il soit possible de donner une règle générale. Le chirurgien suivra son inspiration, subordonnée elle-même à l'état des parties molles.

Dans les cas d'abouchements borgnes, on peut essayer d'abord d'inciser la membrane oblitérante : c'est ce que Wölfler fit dans le cas dont j'ai parlé tout à l'heure. L'incision doit se faire par la vessie, après dilatation préalable de l'urèthre.

Beaucoup plus intéressant est l'abouchement dans le vagin. Dans ces cas, le chirurgien a deux buts à poursuivre : 1° fermer l'orifice vaginal de l'uretère ; 2° créer un orifice vésical. Pour remplir ce double but, plusieurs méthodes ont été employées. La simple ligature du canal, sans création d'un orifice vésical, fut employée par Ortmann, comme je l'ai déjà indiqué ; il s'était contenté de dénuder l'uretère sur une longueur de quelques millimètres. Le résultat en fut heureux. Mais ce ne peut être là une thérapeutique que l'on puisse ériger en loi ou même conseiller, car pour être autorisé à l'employer, il faut être absolument sûr que le rein ne sécrète pas en amont, sans quoi on s'exposerait à des désordres graves.

Le seul traitement vraiment curatif est la suture de l'uretère à la vessie. Par là, on permettra à l'urine de s'accumuler dans son réservoir normal. Pour atteindre ce but, il faut aborder la vessie en un point où elle touche à l'uretère, plus ou moins dilaté. Plusieurs voies s'offrent au chirurgien, la voie hypogastrique, que personne n'a encore suivie ; la voie transpéritonéale est encore praticable dans ces cas ; en effet, on peut assimiler la lésion à ces fistules uretéro-vaginales que l'on observe après l'hystérectomie vaginale.

Novara et Bazy ont ainsi guéri des malades, mais, comme le fait remarquer Colzi, quand on opère une fistule vésico-vaginale, consécutive à une hystérectomie vaginale, on a affaire à un bassin privé d'utérus où il est facile de se mouvoir, tandis que, dans les cas qui nous occupent, l'utérus est gênant par sa présence et son volume, on s'expose à faire une opération incomplète, et la fistule serait alors très grave.

Kraské a encore suivi la voie parasacrée, mais c'est faire un délabrement énorme, et sauf des indications spéciales on devra choisir entre les deux voies qui ont été suivies : la voie pubienne par Colzi, la voie vaginale par Wölfler et Bois.

Colzi n'a pas voulu employer la voie vaginale, car il avait affaire à une jeune fille vierge, de plus, en se mettant dans l'hypothèse d'une fistule consécutive, il trouvait encore préférable la voie pubienne. En effet par le vagin, on laissera une fistule vésico-vaginale, et on ne connaît que trop les difficultés, qui attendent le chirurgien pour la guérir. Au contraire par la voie pubienne, on obtient une fistule vésico-pubienne à trajet long, tortueux, par conséquent facile à guérir, même spontanément. Quant à l'objection que l'on peut faire de l'infiltration possible, Colzi répond qu'on peut la prévenir par un drainage immédiat. En conséquence, le chirurgien italien fit une incision représentant deux arcs de cercle réunis à angle aigu, le sommet de l'angle répondant au pubis, les branches au pli génito-crural. Il fut obligé de faire une autre incision, oblique sur la première. Il détacha la racine du clitoris, sectionna la partie supérieure du pubis et décolla latéralement la vessie, il arriva ainsi à l'uretère normal. Pour reconnaître l'uretère dilaté, il introduisit une sonde cannelée. Il commença par isoler la poche, sauf son abouchement vaginal, sectionna tranversalement cet uretère, puis incisa la vessie de deux centimètres d'avant en arrière, mais d'une façon inégale, tandis que la musculeuse était intéressée sur toute la longueur de l'incision, la muqueuse n'était sectionnée, que sur une longueur de un centimètre. Il ajouta une incision transversale de 5 millimètres, incision qui n'intéressait que la musculeuse, et excisa alors la muqueuse, de façon à former un orifice répondant au diamètre de l'uretère sectionné. Après quoi il sutura avec des points séparés, en employant de la soie très fine, et en prenant soin que la tunique musculaire seule soit intéressée. Pour que la suture fût plus solide, il rabattit sur l'uretère le volet vésical, et réunit le tout à l'aide de quelques points de Lembert.

Mais restait la partie inférieure de l'uretère avec un orifice vaginal ; il aurait pu en pratiquer l'excision. Il se contenta de la fermer en haut comme une bourse, et d'injecter dans son intérieur une solution de chlorure de zinc. Il fit un drainage avec de la gaze iodoformée. Le résultat fut excellent. La cicatrisation était obtenue au bout de quinze jours. Colzi revit sa malade huit mois après, elle ne présentait aucun phénomène pathologique.

La voie uréthrale a été suivie par Wölfler et Bois ; les deux auteurs, sans se connaître, employèrent le même procédé ; ils créèrent un orifice uretéro-vésical, en profitant de la double voie que leur offraient l'urèthre et l'uretère accolés. Wölfler se servit d'une pince courbe, analogue à la pince de Dupuytren, Bois d'un bistouri et d'une sonde cannelée. Les résultats furent aussi bons que ceux de Colzi.

En résumé, on ne peut rien prescrire d'une façon générale. Les cas ont été si différents, si peu nombreux, que le chirurgien suivra son inspiration, tout en s'inspirant de ce qu'ont fait ses prédécesseurs.

DES TROUBLES OCULAIRES DANS LA SYPHILIS ACQUISE (1)

Par E. DEMERSON, externe des hôpitaux.

V

Iritis syphilitique. — Comme la paupière et la conjonctive, l'iris peut être atteinte par l'infection acquise.

Beer et Schmidt décrivirent l'iritis au commencement de ce siècle; mais Edwards, le premier (1814), signala sa fréquence à la suite de la vérole.

Symptômes. — L'iritis syphilitique n'est pas rare. Elle s'observe chez 3 à 4 p. 100 des individus infectés, d'après Fournier; Bull indique même 6 p. 100. Les auteurs s'accordent à attribuer cette origine à plus de la moitié des cas d'iritis. De Wecker indique une moyenne de 60 à 70 p. 100. Sur 100 cas, pris au hasard, dit Panas, on n'en compte pas moins de 60 imputables à la syphilis contre 30 attribuables au rhumatisme.

Relativement aux autres affections syphilitiques de l'œil, elle existerait dans la proportion de 50 à 65 p. 100 des cas (de Wecker).

Les statistiques semblent prouver qu'elle atteint plutôt l'homme que la femme.

La syphilis irienne est un accident secondaire qui le plus habituellement est une manifestation de l'infection acquise. Elle apparaît, en général, du sixième au dixième mois après le chancre. Dans quelques cas signalés, la cicatrisation du chancre n'était pas encore achevée. Le délai le plus court est d'ordinaire de six semaines à deux mois. On peut l'observer au bout de plusieurs années (Campardon, cinq ans après l'accident primitif; Saliès, quatre ans). Ces cas tardifs se présentent le plus souvent chez des malades qui ont négligé le traitement.

Elle apparaît d'ordinaire en même temps que les plaques muqueuses, l'alopécie, la roséole. Elle coïnciderait plus habituellement avec la roséole papuleuse, d'après Mauriac. Dans quelques cas, on a vu l'iritis constituer, à un moment donné du moins, l'unique accident secondaire de la vérole.

Au début, l'iritis syphilitique est unilatérale. Bœck, sur 126 cas, ne l'a rencontrée que deux fois bilatérale d'emblée. Ce n'est que plus tard que l'autre œil se prend.

M. Fournier enseigne que « comme lésions, comme symptômes, comme dangers, l'iritis syphilitique présente une analogie incontestable avec les iritis d'autre nature ».

La plupart de ses symptômes sont, en effet, communs aux autres iritis :

Douleurs orbitaires ou péri-orbitaires. Ces douleurs s'exaspèrent pendant la nuit, mais elles ne constituent pas un caractère particulier, comme on l'a prétendu;

Injection zonulaire périkératique;

Paresse, immobilité relative ou immobilisation complète et surtout déformation de la pupille;

Modifications variées de la teinte du diaphragme irien. On a voulu faire de la teinte cuivrée de l'iris une coloration propre à l'iritis spécifique; ce caractère est sans valeur;

Exsudations plastiques, aspect nébuleux de l'orifice pupillaire.

Cette iritis présente toutefois un ensemble suffisant de caractères qui lui sont propres.

Elle a une allure plus modérée, plus calme que les iritis d'autre nature. C'est presque toujours une iritis plastique subaiguë.

Elle débute de façon insidieuse. Le malade ne constate qu'un brouillard léger dont il s'inquiète peu; il se plaint de quelques névralgies péri-orbitaires et d'une rougeur peu accentuée de l'œil. Cette rougeur peut même manquer totalement. L'affection ne progresse que lentement, à petits pas.

Dans une phase plus avancée, elle reste subaiguë et s'accompagne de peu de réaction. Elle est à l'iritis vulgaire, d'après la comparaison de M. Fournier, ce que la roséole est à la rougeole.

Elle est bien plus indolente que les autres variétés d'iritis. Les douleurs sont fugitives, passagères; il n'est même pas rare qu'elles fassent presque complètement défaut. Elle reste souvent exempte de toute irradiation névralgique, de tout larmoiement et même de photophobie.

Enfin, elle coïncide assez fréquemment avec d'autres phlegmasies oculaires, telles que choroïdite, rétinite, névrite optique, etc. De toutes les iritis, c'est sans contredit la syphilitique qui tend le plus à éveiller vers d'autres membranes de l'œil des complications contemporaines ou successives (Fournier).

Variétés. — On a cité des cas où l'iritis spécifique prend une marche aiguë, voire même suraiguë. Parfois on assiste à un début tranquille, suivi, au bout de quelques jours, d'une phase franchement inflammatoire. Il s'agirait alors d'une forme hybride où le fond rhumatismal prédomine (Panas). Elle peut de même dévier de son type normal et de plastique devenir séreuse. Hock cite le fait curieux d'un vieux syphilitique chez lequel un œil était atteint d'iritis plastique et l'autre d'iritis séreuse.

A côté de ces formes simples de l'iritis syphilitique, il existe une forme plus grave et plus rare : l'iritis parenchymateuse gommeuse, dans laquelle on peut observer de véritables gommes syphilitiques développées dans l'épaisseur de l'iris.

De 1840 à 1850, Cooper, Knapp, Cullerier, Desmarres, Tavignot ont fait mention des condylomes de l'iris; mais on ne soupçonna leur véritable nature que dans ces dernières années, après que de Graefe eut enlevé par iridectomie un de ces condylomes qu'il fit examiner (1861). Nitot en donne la description dans sa thèse (Paris, 1880).

Ce sont de petites tumeurs hémisphériques, de la grosseur d'un grain de millet, arrondies de contour, granuleuses d'aspect, de couleur variable, généralement d'un brun rougeâtre. Leur surface irrégulière est recouverte d'une grande quantité de petits vaisseaux injectés. Elles peuvent se former sur tous les points de l'iris, mais siègent plus habituellement à la partie supérieure et interne de cette membrane, au voisinage du bord pupillaire.

Elles se développent sur la face antérieure de l'iris. Le plus souvent, il existe une seule de ces petites tumeurs; alors même qu'il en existe plusieurs, elles sont toujours bien limitées et nettement distinctes. Les parties avoisinantes de l'iris conservent une apparence d'intégrité parfaite et c'est là un des principaux caractères de ces gommes. Il est beaucoup plus rare de constater une véritable infiltration gommeuse de tout le tissu irien.

La transformation purulente de ces gommes est excessivement rare. Aussi ne faut-il pas rapporter l'aspect jaunâtre qu'elles prennent parfois à une collection de pus dans leur épaisseur (Nitot). Dans la majorité des cas, elles disparaissent par résorption au bout de quelques jours.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 368.

Quelle que soit la forme que prenne l'iritis, elle est due quelquefois à la syphilis héréditaire (thèse de Sanguinet, Paris, 1889). Dès 1863, Hutchinson relate 23 cas d'iritis chez des sujets hérédo-syphilitiques. Fournier, Abadie, Giraud-Teulon en rapportent également des cas. Trousseau a bien étudié la forme gommeuse de cette iritis.

Elle peut exister dès la vie intra-utérine, mais d'ordinaire elle apparaît au bout de quelques mois, de trois à six mois le plus souvent. A cet âge, la cornée reste intacte ou à peu près et l'affection est le plus souvent monoculaire. Elle peut apparaître au bout de quelques années seulement et alors la lésion est souvent masquée par une kératite interstitielle coexistante. On l'a même observée chez des adolescents de vingt à vingt-cinq ans, où elle est d'ordinaire bilatérale.

La marche et l'aspect de cette iritis sont ceux de l'iritis spécifique ordinaire.

Marche et complications. — L'iritis syphilitique dure en moyenne de quatre à six semaines. On l'a vue dans certains cas se terminer en dix, quinze jours, et, dans d'autres, traîner pendant des semaines avec des rechutes qui peuvent l'éterniser. Ces rechutes sont dues en grande partie aux synéchies postérieures survenues de bonne heure dans cette forme d'iritis, surtout plastique, et qui peuvent aller jusqu'à l'obstruction à peu près complète de la pupille. Dans ce dernier cas, le glaucome est à craindre. Il arrive souvent que l'iritis d'un œil est à peine guérie qu'il se produit une récidive au même siège ou une récidive de l'œil opposé.

Elle n'est souvent que le prélude d'autres accidents oculaires. Il n'est pas rare de lui voir succéder une chorio-rétinite de même nature ou de constater à sa suite une cataracte par dystrophie du cristallin. Il peut en résulter des troubles permanents de la vision. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Potion antigastralgique (Huchard).

Acide chlorhydrique pur	2gr50
Chlorhydrate de cocaïne	50 centigr.
Eau distillée	50 grammes.
Elixir de garus	250 —

Un verre à liqueur à la fin de chaque repas. (*Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mars 1897. — Présidence de M. Delens.

COMMUNICATIONS

Hépatoptose; hépatopexie. — M. Delagenière (du Mans) adresse l'observation d'une femme de trente ans, strumeuse, vomissant depuis longtemps tous ses aliments, cachectique, se plaignant d'une douleur constante au niveau de l'estomac, n'ayant cependant jamais eu de vraies coliques hépatiques, ni d'ictère. A l'examen, M. Delagenière reconnaît l'existence d'une volumineuse tumeur dans la région du foie. Cette malade, souffrant beaucoup, ne pouvant plus rien garder, réclamait une intervention. Le 16 janvier, M. Delagenière fit une incision verticale de 15 centimètres, sur le bord externe du muscle droit, du côté droit. Aussitôt qu'il eut ouvert le péritoine, il s'aperçut que la tumeur était constituée par le foie lui-même qui était gros, rouge, d'aspect graisseux et considérablement abaissé; il présentait des bosselures. La réduction était facile et l'on pouvait aisément replacer l'organe dans son siège normal. M. Delagenière fit une fistule biliaire et, par 6 fils de catgut passés sur la face convexe du foie, il fixa l'organe. Cette hépatopexie donna les meilleurs résultats, tous les accidents cessèrent. M. Delagenière fait connaître, en détails, le manuel opératoire auquel il eut recours pour cette fixation. Puis il fait suivre cette observation de réflexions générales sur ces ectopies hépatiques et leur traitement chirurgical.

De la fistule biliaire comme moyen de remédier à certains accidents hépatiques. — M. Quénu, à propos de l'observation récemment présentée par M. Lejars, communique un cas analogue. Il s'agissait d'une malade présentant tout le syndrome de la colique hépatique et un état général très mauvais. M. Quénu fit une fistule biliaire. Il se fit un écoulement de pus abondant et tous les accidents s'amendèrent considérablement. La fistule s'était refermée spontanément quatre mois après l'opération.

M. Quénu croit qu'il faut conclure de ces faits que, lorsque le traitement médical a échoué, il faut recourir à l'intervention chirurgicale. Il faut d'abord faire une laparotomie exploratrice et agir suivant ce qu'on trouve. Mais il importe de remarquer que l'établissement seul d'une fistule biliaire suffit généralement pour transformer ces états graves, cachectiques. M. Quénu cite plusieurs observations qui viennent à l'appui de cette opinion.

RAPPORT

Amputation de Syme. — M. Kirmisson fait un rapport sur un travail de M. Potherat, dans lequel l'auteur s'applique à réhabiliter l'amputation de Syme. M. Potherat rapporte quatre observations personnelles dans lesquelles cette amputation lui a donné de très bons résultats; les résultats définitifs ont été variables, mais le résultat fonctionnel a toujours été bon.

Tout en reconnaissant le bien-fondé des réflexions dont M. Potherat fait suivre ses observations, M. Kirmisson déclare qu'il donne encore la préférence à l'opération de Pirogoff. Il cite l'exemple d'un garçon de quatorze ans, atteint de tumeur blanche du pied, arrivée à un tel degré que la conservation du pied était impossible. Il fit l'opération de Pirogoff et il a eu un bon succès.

M. Berger fait observer que c'est surtout dans les affections tuberculeuses du pied que les opérations de Syme ou de Pirogoff sont indiquées. Il faut autant que possible se contenter de faire une tarsectomie. Autrefois M. Berger pratiquait volontiers l'opération de Pasquier-Lefort, mais il a eu plusieurs insuccès qui l'ont décidé à renoncer à cette opération. Il est donc revenu à l'opération de Syme et il en obtient de bons résultats.

M. Le Dentu croit qu'il ne faut recourir à l'opération de Pasquier-Lefort que dans les cas où le calcanéum est sain. Dans ces cas, cette opération donne de très bons résultats.

M. Jalaguier a fait deux fois l'opération de Syme, une fois dans un cas de traumatisme, une autre fois dans un cas de tumeur blanche : dans ces deux cas, il en a obtenu d'excellents résultats. Au point de vue fonctionnel, l'un de ces malades est vraiment remarquable, puisqu'il a pu aller de Paris à Bruxelles à pied. M. Jalaguier a pratiqué cette opération par le procédé qui est décrit par M. Farabeuf.

M. Kirmisson est d'accord avec MM. Berger et Le Dentu. Sans doute l'opération de Syme est une bonne opération qui mérite d'être conservée. Mais lorsque le calcanéum est sain, M. Kirmisson préfère l'opération de Pirogoff. En résumé, ce sont deux bonnes opérations ayant chacune leurs indications.

PRÉSENTATION DE MALADES

Rupture musculaire totale ancienne traitée par la suture. — M. DELORME présente un malade qu'il a guéri d'une rupture musculaire du moyen adducteur, par le procédé de suture qu'il a décrit en 1894, à la Société de chirurgie.

La rupture datait de 1893, elle était totale comme l'opération le montra, et répondait aux insertions inférieures du muscle. La tuméfaction, permanente, présentait le volume d'une orange et devenait plus dure pendant la contraction libre ou entravée du muscle. Au-dessous d'elle, on ne trouvait pas de dépression transversale, mais une corde fibreuse, du volume du petit doigt, qui se prolongeait jusqu'au fémur.

Par une longue incision plutôt antérieure qu'interne, pour éviter tout froissement de la cicatrice pendant les exercices d'équitation, M. Delorme met à découvert la tuméfaction musculaire et la corde fibreuse qui s'insérait plus près de sa face postérieure que de son centre ; il dégagea avec des ciseaux les fibres musculaires qui, après s'être recourbées en demi-cercle, s'inséraient sur cette corde et, par de nombreuses sutures de soie disposées en étages, il les fixa sur la corde et à la gangue fibreuse très résistante qui l'entourait ; les profondes moins bas que les moyennes, les moyennes moins bas que les superficielles, et ces dernières aussi près que possible des insertions fémorales.

Cela fait, l'aponévrose fut suturée.

Après l'opération la tuméfaction avait disparu.

Réunion par première intention, pansement immobilisant et compressif, maintenu pendant un mois. Le résultat, deux mois et demi après l'intervention, est le suivant : cicatrice linéaire non adhérente, non soulevée au repos, à peine soulevée pendant la contraction du muscle. Au niveau du tiers inférieur de l'incision, on sent une saillie arrondie, des dimensions d'une petite noix, qui répond à un agglomérat de sutures.

En somme, le résultat est satisfaisant, et cet homme est actuellement capable de contracter un nouvel engagement, ce qu'il n'eût pu faire avant l'opération.

M. LE DENTU, dans un cas analogue, a préféré faire l'excision de toutes les cordes fibreuses, de toutes les parties dures et scléreuses et réunir ensuite chacune des parties du muscle divisé aux aponévroses voisines.

Restauration palatine par un lambeau labio-jugal. — M. DELORME présente un deuxième malade chez lequel il a oblitéré une perte de substance de la voûte palatine, à l'aide d'un lambeau muqueux emprunté à la face interne de la lèvre supérieure et surtout de la joue.

La perforation, d'origine syphilitique, avait les dimensions du pouce ; elle répondait à la partie antéro-latérale droite de la voûte et n'avait pu être comblée par le procédé autoplastique par glissement. M. Delorme circonscrivit un lambeau muqueux épais, arrondi, à la face interne de la joue et de la lèvre supérieure ; il le prolongea près de la ligne médiane de cette lèvre où il lui ménagea un large pédicule et, le rabattant sans torsion, sa surface cruentée restant buccale, il le fixa aux bords de la perte de substance décollés et avivés.

L'opération avait été faite le 12 mai 1896, le pédicule fut coupé plusieurs mois après. Il constata alors que le lambeau bien pris, très réduit par le fait de sa rétraction, avait gagné en hauteur ce qu'il avait perdu en circonférence, et qu'il comblait au delà toute l'épaisseur de la perforation.

Un nouvel avivement de la partie antérieure de la perte de substance, au niveau du pédicule sectionné, permit d'achever la coaptation du lambeau.

Le résultat est le suivant : cicatrice interne de la joue et de la lèvre insignifiante, n'entraînant aucune déformation extérieure ; lambeau épais, résistant, cicatriciel seulement en un point, bien tendu sans l'être trop. Il est très réduit, grâce à la rétraction qu'il a exercée sur la muqueuse périostique voisine, laquelle, par sa traction, a comblé un bon tiers de la perte de substance. Il persiste en un point non cicatrisé une fistulette qui sera traitée par la cautérisation.

Le résultat est donc très satisfaisant. Il a été jugé tel par les membres de la Société de chirurgie.

Paralysie du radial. — M. G. MARCHANT présente une jeune femme qui a reçu un coup de couteau dans l'avant-bras ; elle a présenté aussitôt après tous les signes de la paralysie radiale. M. Marchant a été à la recherche des deux bouts du radial qui étaient distants de 2 centimètres et les a rapprochés et suturés bout à bout ; dès le lendemain, on constatait le retour de la sensibilité. Celle-ci a persisté pendant trois semaines, puis a disparu. Ce ne fut que quinze mois après que cette femme a été complètement guérie et a récupéré tous les mouvements de son membre. La sensibilité et la motilité sont aujourd'hui complètes.

Gastrostomie. — M. HARTMANN présente un malade auquel il a pratiqué une gastrostomie pour rétrécissement néoplasique de l'œsophage. Ce malade a été opéré le 13 novembre. Il n'a pas le moindre érythème. Son orifice gastrique est continent. M. Hartmann attribue ce résultat à ce que, ayant fait l'incision médiane, il a attiré l'estomac à travers une boutonnière musculaire créée dans le muscle droit.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance de lecture du 30 mars : MM. Le Noir et Méry, 19 ; Thiroloix, 18 ; P.-H. Papillon et Renault, 17.

Sont admis à prendre part à la deuxième épreuve tous les candidats ayant obtenu 18 points au moins.

1° Épreuve clinique (séance du 1er avril) : MM. Caussade, 18 ; Sallard, 16 ; Létienne, 15.

La prochaine séance aura lieu le dimanche 4 avril, à neuf heures et quart du matin, à l'hôpital Beaujon. — Il y aura séance lundi à neuf heures et quart, à la Charité.

— Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 1er avril 1897, la chaire de pathologie expérimentale et comparée de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— M. le doyen Brouardel, président de l'Association polytechnique, fera, le dimanche 25 avril prochain, au théâtre de Valence, une conférence pour l'inauguration de la section de Valence de l'Association polytechnique.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35**.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de chirurgiens des hôpitaux. — Séance du 2 avril : MM. Auvray, 20; Morestin, 16; Longuet, 10.

— Par décret, en date du 31 mars 1897, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Chédan.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Alliot, Lautour et Dutigny.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 avril 1897, un concours s'ouvrira le 4 novembre 1897, devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Immédiatement après le Congrès international de Moscou (19 au 26 août 1897), il sera organisé un train spécial, à l'usage exclusif des congressistes régulièrement inscrits, pour une excursion gratuite au Caucase.

On visitera Bakou (sources de naphte), Tiflis, Batoum (culture du thé), Soukhoum, Kalé et Novorowsysk. Retour à Moscou.

La nourriture et le logement seront assurés dans le train et les bateaux à vapeur, spécialement affrétés à cet effet. — Les faux frais de cette excursion ne dépasseront pas 150 francs par personne, tout compris.

Ce voyage, extrêmement intéressant, sera forcément limité comme places. Aussi, engageons-nous tous nos confrères à se faire inscrire dans le plus bref délai possible, au secrétariat général du comité français, 14, boulevard Saint-Germain.

— La deuxième conférence internationale, concernant les services sanitaires et l'hygiène des chemins de fer et de la navigation, se réunira à Bruxelles, au mois de septembre prochain; elle est placée sous le haut patronage de M. de Bruyn, ministre des travaux publics et de l'agriculture, qui a bien voulu accepter la présidence d'honneur; M. le professeur Nuel (de Liège) est le président du comité d'organisation.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Semaine Sainte à Rome.* — Train à prix réduits de Paris à Rome, donnant droit, au retour, à cinq arrêts au choix permettant de visiter les villes suivantes : Turin, Gênes, Plaisance, Bologne, Pise et Florence.

Prix du voyage (aller et retour) : 100 fr. en 2e classe; 65 fr. en 3e classe.

Aller : départ de Paris, le 12 avril à 2 h. 25 soir; arrivée à Rome, le 14 avril à 9 h. 17 matin. — Retour : au gré des voyageurs, dans un délai de 3 semaines, par tous les trains ordinaires (y compris les express) et comportant des voitures de la classe du billet.

On pourra se procurer des billets pour ce train : à la gare de Paris, 20, boulevard Diderot; dans les bureaux succursales de la Compagnie; au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (general ticket office); à l'agence Cook et fils, 1, place de l'Opéra; à l'agence Gaze et fils, 2, rue Scribe; à l'agence Lubin, 36, boulevard Haussmann; à l'agence des Wagons-Lits, 3, place de l'Opéra et Grand-Hôtel, boulevard des Capucines; à la Société française des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont; à l'agence des Voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, faubourg Montmartre.

Toutes les gares et stations de la Compagnie du Nord délivreront également, à partir de la même date, des billets pour ce train de plaisir.

Nota. — Les voyageurs qui désireront visiter Naples pourront se procurer, à Rome, des billets d'aller et retour à prix réduits moyennant : 40 fr. 20 en 1re classe, 28 fr. 15 en 2e classe et 17 fr. 70 en 3e classe.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897

1. M. Vauthey. Gaz de l'estomac à l'état normal et pathologique; fermentations stomacales et leurs gaz. — 2. M. Rostaing. De la cure radicale du varicocèle par un nouveau procédé de résection du scrotum. — 3. M. Dopter. Des troubles de sensibilité dans la zone du nerf fémoro-cutané. — 4. M. Dikson. Contribution à l'étude de la pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique (hémoglobinurie d'origine quinique). — 5. M. Capmas. Pathogénie des ostéomes musculaires. — 6. M. Daclin. De l'avortement brusque par le curetage dans les vomissements incoercibles de la grossesse. — 7. M. Bayle. Des névrites puerpérales (grossesse et puerperium). — 8. M. Bonnet. De l'actinomycose de la langue. — 9. M. Julia. Des applications externes de la pilocarpine dans le traitement des néphrites et de leur effet diurétique en particulier. — 10. M. Wagon. L'érysipèle traité par les badigeonnages de gaïacol. — 11. M. Finck. Contribution à l'étude du traitement du cancer de la vessie chez l'homme.

Paris, le 5 avril 1897.

L'Association des médecins de la Gironde, frappée de la suspicion qui s'étend de jour en jour sur la profession médicale, grâce à la présence dans notre corporation, d'un trop grand nombre de membres indignes, vient d'émettre les vœux suivants :

« 1° Que, dans chaque Faculté, on enseigne la déontologie en même temps que la législation sur l'exercice de la médecine ;

2° Que l'étudiant qui aura échoué un nombre déterminé de fois aux examens, ou qui aura subi une condamnation infamante, ne soit pas admis à poursuivre ses études médicales ;

3° Que ce titre universitaire de docteur ne donne pas droit à exercer la médecine ; mais que ce droit soit conféré aux docteurs en médecine de nationalité française et n'ayant encouru aucune condamnation, par un *jury professionnel* composé d'un certain nombre de médecins pris en dehors du corps enseignant et présidé par un professeur de la Faculté. L'examen devant ce jury devra porter sur des questions de pratique, sur la législation médicale et sur la déontologie. »

N'en déplaise à nos honorables confrères, ce n'est pas cet examen nouveau qui pourra redonner à notre profession le bon renom qu'elle est en train de perdre. Croyez-vous que le confrère indigne pèche par ignorance? Pensez-vous qu'il ne connaît pas l'indélicatesse et l'ignominie des actes qu'il commet? Tel élève, brillamment reçu à son examen de déontologie professionnelle, peut n'être dans la pratique qu'un affreux charlatan.

Que l'enseignement de la déontologie soit organisé dans les Facultés, rien de mieux; les règles du Code professionnel ne sont pas nombreuses et il serait facile de les annexer en un petit fascicule de quelques pages, qu'on délivrerait en même temps que ce diplôme. Mais, nous le répétons, les forbans de notre profession ne pêchent pas par erreur. Ils savent fort bien ce qu'ils font et leurs actes sont voulus, réfléchis, calculés. Voyez l'exemple de ce confrère qui ouvre, dans une arrière-boutique de la banlieue, une salle de consultation, qu'il intitule : Hôpital Nélaton, et qui, établi à Paris, met sur ses cartes : Dr X..., chirurgien de l'hôpital Nélaton ! Croyez-vous que ce confrère pèche par ignorance ? Et cette brochure qui nous arrive, en tête de laquelle s'étale en grosses lettres : Clinique de Saint-Louis ? Le lecteur peut-il s'apercevoir que la clinique en question n'est qu'une clinique particulière ouverte *dans le voisinage* de l'hôpital Saint-Louis? Et ces confrères, dont les noms s'étalent dans les bureaux d'omnibus, à la quatrième page des journaux, ou sur les murs des chalets de nécessité ; croyez-vous qu'ils pèchent par ignorance?

Avec nos confrères de la Gironde, nous admettons qu'il ne faut pas admettre à poursuivre leurs études médicales, les étudiants qui auront subi une condamnation infamante; mais, en réalité, il y a bien peu d'élèves dans ce cas. Nous sommes tout à fait avec eux quand ils proposent de rayer définitivement tout élève qui aura échoué un nombre déterminé de fois aux examens.

Cette idée est juste; il y a une série de mauvais élèves, animés de mauvais esprit, qui, grâce à l'injustifiable faiblesse des Facultés, finissent par obtenir leur diplôme. Ceux-là ne peuvent faire que de mauvais médecins. Avec nos confrères de la Gironde, nous voudrions qu'on leur fermât les portes de la profession.

Ces réformes peuvent être utiles pour les recrues nouvelles, mais ne peuvent rien contre les membres gangrenés qui infectent actuellement la profession. Songeons à l'avenir, cela est bon; mais ne serait-il pas utile de porter le fer rouge sur le mal présent? C'est sur ce point que nos associations médicales devraient porter leurs délibérations.

Une notable partie de la séance du 2 avril, à la Société médicale des hôpitaux, a encore été consacrée à la question si actuelle de l'appendicite. M. Moizard, se basant sur des observations personnelles, a fait une étude d'ensemble très intéressante de cette maladie; nous nous contenterons d'en résumer les conclusions thérapeutiques. Pour lui, le traitement médical de l'appendicite doit être le suivant. On n'aura *jamais* recours aux purgatifs, c'est une pratique dangereuse et nous devons dire que la plupart des médecins qui ont une grande expérience personnelle de cette maladie partagent cet avis ; ils considèrent comme paradoxale et dangereuse la méthode de M. Lucas-Championnière qui conseille de vider le cæcum. Cet auteur se base sur ce fait indiscutable que l'appendicite survient souvent chez les constipés; en résulte-t-il qu'on doive prescrire des lavements et des laxatifs lorsque les accidents appendiculaires ont apparu? Non, certainement. Qu'on combatte la constipation avant ou après la crise, fort bien, pendant, jamais! M. Moizard conseille de donner aux adultes de 5 à 15 centigrammes d'extrait thébaïque ; aux enfants, d'après M. Jalaguier, on pourrait donner 1 centigramme d'extrait par année d'âge. M. Moizard ne dépasse jamais 5 centigrammes qu'il donne par doses espacées, pour assurer la tolérance. La constipation peut être maintenue pendant quatre à six jours et plus sans inconvénient, dès que cela peut se faire sans danger ; on la combat par des laxatifs doux et de préférence encore par l'huile de ricin à petites doses. M. Moizard n'applique pas de vésicatoire ni de sangsues, il préfère la glace qui peut être continuée pendant six, huit et même dix jours, à condition d'interposer une flanelle entre la peau et le sac qui la contient.

L'alimentation sera complètement supprimée pendant les deux ou trois premiers jours ; on ne donnera à boire, à ingérer par la bouche, pendant tout ce temps, que de l'eau de Vichy.

Au début, le malade sera maintenu dans l'immobilité la plus complète ; on lui fera garder le lit longtemps.

En ce qui concerne l'intervention chirurgicale, M. Moizard conseille l'opération à chaud dans les cas d'urgence, cela va de soi, mais il conseille surtout l'opération à froid dès qu'il y a eu deux crises d'appendicite bien nettes. L'intervention chirurgicale fait courir aux malades beaucoup moins de risques que la survenue de crises ultérieures d'appendicite.

Au début de la séance, M. Le Gendre avait présenté un jeune homme de seize ans atteint d'un ictère léger et continu depuis dix ans. Les matières fécales sont colorées, le foie n'est pas gras, les urines ne renferment que de l'urobiline. M. Hayem pense que, dans des cas semblables, il y a toujours eu des matières colorantes de la bile dans l'urine avec réaction de Gmelin. Du reste, il déclare que toutes les fois que la peau présente une coloration ictérique, même légère, il y a des pigments biliaires dans le sérum sanguin.

C'est encore une question bien mal connue que celle de ces ictères chroniques qui durent pendant des années, dix, quinze et même vingt ans.

M. Moutard-Martin avait présenté à la Société, il y a quelque temps, un malade dont le cœur battait à droite; l'autopsie a montré que cette déviation tenait, comme il l'avait supposé, à une sclérose pleuro-pulmonaire avec dilatation des bronches, qui avait ratatiné le poumon et entraîné le cœur à droite. Çà et là on trouvait de petits foyers tuberculeux récents dans le tissu induré du poumon.

On sait combien est difficile souvent le diagnostic de la tuberculose aiguë et de la fièvre typhoïde. Chez un enfant, MM. L. Guinon et Meunier avaient, tout d'abord, posé le diagnostic de tuberculose aiguë; puis le doute leur étant venu sur la légitimité de ce diagnostic, ils eurent à plusieurs reprises recours au séro-diagnostic de Widal, qui donna une réaction positive.

A l'autopsie on ne trouva que des lésions de tuberculose. Le séro-diagnostic les avait-il donc induits en erreur? Non, car les cultures du suc de la rate et du suc pulmonaire leur donnèrent des colonies pures de bacille d'Eberth. Ils ont donc admis, et M. Widal accepte leur interprétation, qu'il y avait eu coïncidence de l'infection par les bacilles de Koch et par les bacilles d'Eberth; la fièvre typhoïde avait été masquée par la tuberculose aiguë.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

De la difficulté du diagnostic de l'appendicite chez les hystériques (1).

I

L'histoire clinique de l'appendicite est loin d'être faite. Si tout le monde s'accorde à en reconnaître les symptômes quand elle donne lieu à des épiphénomènes aigus qui affectent les allures de la péritonite ou de la perforation intestinale, les difficultés commencent quand il s'agit de discerner les malaises fonctionnels qu'elle provoque dans l'intervalle des crises. Il n'est pas douteux, en effet, que bien des désordres intestinaux, imputés, soit à la constipation prolongée, soit à l'entérite muco-membraneuse, n'appartiennent à l'inflammation subaiguë de l'appendice iléo-cæcal; on n'a la clef de la pathogénie de ces troubles de la santé, que le jour où éclatent des accidents de colique appendiculaire ou de péritonite circonscrite.

Parmi les causes qui compliquent le diagnostic de ces formes frustes d'appendicite, il faut placer en première ligne l'inégale impressionnabilité des malades. Les malaises intestinaux sont très diversement tolérés suivant les individus : l'histoire clinique du tænia est là pour le prouver. Tel sujet, porteur d'un ver solitaire volumineux, n'éprouvera aucun trouble fonctionnel, tandis que le voisin, dans des conditions identiques, souffrira de crampes, de douleurs d'estomac, de diarrhée, de boulimie et d'accidents nerveux réflexes, susceptibles d'aboutir à des convulsions épileptiformes.

Il en est ainsi des lésions appendiculaires. Beaucoup passent inaperçues et même quand on a l'attention éveillée du côté d'accidents possibles, la santé générale ne semble pas troublée dans l'intervalle des crises de coliques iléo-cæcales, ou du moins, si les malaises existent, ils sont légers et facilement supportables.

Dans d'autres circonstances, au contraire, les symptômes réflexes sont tellement accentués, qu'ils masquent complètement la lésion initiale, et rendent le diagnostic des plus embarrassants. C'est surtout chez les femmes hystériques que se voient ces manifestations névropathiques connexes de l'appendicite, qui, malgré un examen des plus attentifs, laissent planer un doute sur la réalité de la maladie intestinale. Les deux observations suivantes (1) me paraissent, à cet égard, offrir un réel intérêt.

Observation I. — M... (Anna), domestique, âgée de dix-neuf ans, est amenée à l'hôpital Necker, le 7 novembre 1896. Elle raconte que, depuis une dizaine de jours, elle souffre beaucoup du ventre et que, depuis lors, elle est obligée de se tenir alitée. D'après elle, l'affection aurait débuté d'une façon aiguë, quarante-huit heures après la cessation des règles. Mais les renseignements que nous obtenons d'elle sont très obscurs et très incomplets; d'ailleurs, l'intensité des douleurs dont elle se plaint est telle, qu'il n'est pas possible de reconstituer en détail son histoire pathologique.

L'apparence générale de la malade est celle d'une péritonite. Le ventre est ballonné, d'une sensibilité très vive partout, mais exquise au niveau du flanc droit, depuis la fosse iliaque jusqu'à la région cæcale. Le moindre attouchement provoque des cris; le poids des couvertures n'est même pas supporté. La malade vomit incessamment de la bile et des sécrétions glaireuses : tout ce qu'elle absorbe, fût-ce du lait glacé ou des boissons gazeuses, est immédiatement rejeté. Le toucher vaginal est fort difficile en raison de cette hyperesthésie générale et donne peu de résultat; il ne semble pas pourtant qu'il y ait de tumeur dans la région de la trompe droite, ni d'hématocèle.

Malgré cet ensemble de symptômes, assez semblables à ceux d'une péritonite généralisée, la santé générale ne paraît pas gravement altérée.

La température du corps est normale et le thermomètre marque 37°3; le pouls est plutôt lent, à 72, plein, régulier et fort; enfin le visage ne présente pas l'altération des traits si caractéristique des affections inflammatoires du péritoine.

Il est facile de voir, d'ailleurs, que la malade est une nerveuse. Elle a de l'anesthésie pharyngée et de l'obtusion de la sensibilité aux membres inférieurs; l'excès même de ses plaintes, peu en rapport avec l'absence de fièvre et la régularité du pouls, est en faveur de la névropathie : mais le diagnostic, et surtout le pronostic, n'en reste pas moins embarrassant.

Le traitement suivant est prescrit : application d'une vessie de glace sur le ventre, injections de morphine (1 centigramme), champagne et lait glacés.

Le lendemain, sous l'influence de la morphine, la douleur s'est atténuée et il est possible d'examiner la malade. Voici ce que nous constatons.

La tympanite abdominale persiste, mais les vomissements sont moins fréquents. La douleur du ventre, encore très vive, est moins diffuse que la veille : elle est très exactement cantonnée dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessus de l'arcade de Fallope, et remonte jusqu'au point de Mac Burney, où elle est très sensible. En ce point, la palpation est à peine possible, tant la souffrance est aiguë : pour-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(1) Les observations ont été rédigées d'après les notes prises par M. Chauvel, interne de M. Routier, que je remercie de son obligeance.

tant il semble en déprimant très doucement la paroi abdominale que l'on tombe sur une sorte d'empâtement circonscrit, allongé obliquement dans la fosse iliaque sur une longueur de 5 à 6 centimètres. C'est une sensation analogue à celle que donne l'appendice iléo-cæcal enflammé et entouré d'exsudats péritonéaux.

Le toucher vaginal montre l'utérus un peu gros, le col légèrement entr'ouvert : il existe de la leucorrhée. Les culs-de-sac latéraux et postérieurs sont libres : il ne semble pas y avoir de salpingite.

D'après cet examen, je modifie mon impression de la veille et je diagnostique une appendicite probable, chez une femme atteinte de métrite plus ou moins ancienne. Des sangsues sont appliquées sur la région appendiculaire et la glace est continuée en permanence.

Malgré ce traitement, les jours suivants, les phénomènes douloureux et les vomissements persistent presque sans modification, il est toujours fort difficile de palper le ventre et la palpation fait constater la même rénitence que précédemment. L'alimentation est nulle, les nuits mauvaises : la malade passe ses journées à gémir, et la situation semble plutôt s'aggraver. Toutefois, il ne se produit aucune complication fébrile, et le pouls garde toujours une bonne tenue.

Le 11 novembre, la malade perd du sang par le vagin, bien qu'elle ne soit pas au moment de ses règles. Le toucher montre le col gros et mou, les culs-de-sac restent libres. (Injection d'eau chaude additionnée de permanganate de potasse à 1/4000.)

Du 12 au 15 novembre, état général mauvais, sans symptômes nouveaux. La douleur est toujours localisée à la fosse iliaque droite, depuis l'arcade de Fallope jusqu'au point de Mac Burney. La rénitence persiste dans la région appendiculaire, mais la palpation reste toujours fort difficile, en raison de l'intensité de la douleur et de la contraction réflexe de la paroi abdominale.

Tout en faisant la part du nervosisme de la malade et de l'exagération de ses plaintes, je suis de plus en plus persuadé de la réalité d'une appendicite, et je prie mon collègue M. Routier de vouloir bien prendre la malade dans son service ; elle est transférée le 15 novembre. Le 16, tout est disposé pour une opération qui semble devoir se faire dans de bonnes conditions, la malade étant sans fièvre. Mais ce jour-là et les jours suivants, il se fait une légère accalmie dans les souffrances, qui font reculer l'intervention chirurgicale.

Le 23 novembre, la malade est chloroformée, et nous profitons de l'anesthésie chloroformique pour examiner à nouveau très soigneusement l'abdomen. A notre grande surprise, toute induration, tout empâtement de la région iléo-cæcale a disparu, et la fosse iliaque est absolument libre. Par contre, l'utérus est gros, le col entr'ouvert et un peu mou. Nous nous demandons si tous les malaises ne dépendent pas d'une endométrite fongueuse et si la malade ne nous a pas caché quelque tentative d'avortement; et séance tenante, M. Routier pratique un curetage de la cavité utérine qui ramène quelques fongosités, mais aucun débris placentaire. Pansement avec la gaze iodoformée.

Les suites de cette petite opération sont des plus simples : la température ne s'élève pas au-dessus de 37°4, et le pouls est absolument calme. Mais le soulagement, relativement à l'état général, est nul. La malade continue à se plaindre, à vomir et à passer ses nuits dans l'insomnie. Elle est très nerveuse et souffre du ventre autant qu'avant l'opération.

Le 1er décembre, les douleurs abdominales deviennent intolérables et occupent le bas-ventre dans sa totalité : il semble même qu'elles soient plus vives à gauche qu'à droite.

Le 3 décembre, la localisation primitive de la douleur reparaît dans la fosse iliaque droite, au niveau du point de Mac Burney. Les vomissements persistent, avec un certain degré de tympanite. L'insomnie est absolue, malgré l'opium et le chloral.

Les jours suivants, M. Routier examine de nouveau très attentivement l'abdomen, et retrouve la sensation d'empâtement qui m'avait frappé au niveau de la région appendiculaire. Pendant une semaine, cette exploration est faite quotidiennement, et chaque matin, la présence d'une petite tuméfaction circonscrite est constatée, au-dessous du muscle grand oblique contracturé.

Le diagnostic d'appendicite est de nouveau posé, et l'opération fixée au 10 décembre. Elle est faite ce jour-là, et consiste en une laparotomie latérale qui permet d'arriver sur l'appendice, et de le sectionner.

L'appendice est un peu plus gros et plus congestionné qu'à l'état normal : il est irrégulier et moniliforme, ses parois sont épaissies, surtout au niveau des rétrécissements. Son calibre est inégal, et son contenu est formé de matière fécale durcie et de mucosités. Il n'existe ni ulcération, ni péritonite exsudative : autour de l'appendice, quelques adhérences peu résistantes et de date récente. A la coupe, la muqueuse de l'appendice paraît boursouflée, tomenteuse et semblable à une plaque de Peyer congestionnée. Sur aucun point il n'y a d'érosion, ni de perte de substance. C'est donc, en somme, une appendicite simple, folliculaire et l'on peut s'étonner qu'une aussi petite lésion ait pu donner lieu à des manifestations douloureuses aussi fixes et aussi prolongées.

Les suites de l'opération sont des plus régulières. Le 11 décembre, la température ne s'élève pas au-dessus de 37°5. Le ventre n'est pas ballonné : la malade ne rend ni gaz, ni matières.

Le 12 décembre, les gaz commencent à être évacués avec facilité. La douleur opératoire, assez vive dans les premières vingt-quatre heures, commence à se calmer. Température, 37°5.

Du 12 au 17 décembre, état général et local excellent; les douleurs abdominales sont presque nulles. Le 17, ablation des fils : réunion de la plaie par première intention.

Aucun incident à noter jusqu'au 28 décembre; la convalescence est complète, la malade ne souffre plus, le ventre n'est plus tympanisé, et les digestions sont régulières. Température, 37 degrés.

Le 28 décembre, réapparition, sous l'influence d'une contrariété, de douleurs abdominales, de nausées et de vomissements. Ces phénomènes sont d'ordre purement nerveux, car il n'y a ni ballonnement du ventre, ni fièvre, ni accélération du pouls. Ils cèdent devant la menace que fait à la malade, M. Routier, de la faire sortir du pavillon.

Quelques jours plus tard, les troubles nerveux se reproduisant, M. Routier fait repasser la malade dans mon service, où je constate des symptômes nouveaux. En cherchant à la faire lever, je m'aperçois en effet qu'elle ne peut se tenir sur les jambes ; il existe une paralysie flasque, incomplète, manifestement hystérique : les deux membres inférieurs sont anesthésiques et la malade ne sent pas le sol sur lequel elle appuie. Elle n'a d'ailleurs ni anesthésie articulaire, ni perte du sens musculaire. Les réflexes rotuliens sont exagérés, il existe de la trépidation épileptoïde du cou-de-pied, avec douleur assez vive dans la profondeur, le long du sciatique.

La malade est encore actuellement dans mon service. Elle peut aujourd'hui marcher, mais traîne encore notablement la jambe droite, qui est loin d'avoir recouvré toute sa sensibilité : l'anesthésie a disparu dans le membre inférieur gauche, et le phénomène du pied est à peine prononcé. Il y a donc encore des troubles manifestes de parésie hystérique. Mais du côté du ventre, tous les symptômes fonctionnels ont absolument disparu. Elle n'a plus de douleurs

abdominales et la digestion intestinale se fait parfaitement. Les régions ovariennes sont indolentes et on ne retrouve plus les points ovaralgiques qui avaient paru subsister quelques semaines après l'opération. L'ablation de l'appendice congestionné a fait disparaître complètement le syndrome péritonitique, bien que la malade conserve la plupart des stigmates de l'hystérie et surtout un état mental très spécial.

Cette première observation nous montre une partie des difficultés que présente le diagnostic de l'appendicite chez les hystériques. L'intensité des symptômes douloureux était telle qu'il était impossible de ne pas songer à une péritonite. Le point de départ seul paraissait douteux, et pendant plusieurs jours, malgré des examens attentifs et réitérés, nous avons oscillé entre l'idée d'une salpingite, d'une ovarite ou d'une appendicite. M. Routier, avec sa compétence indiscutable, a passé par les mêmes hésitations. Après avoir cru, comme moi, à une appendicite, il abandonna cette opinion en examinant la malade sous le chloroforme; puis, quelques jours plus tard, il s'y rattacha de nouveau en voyant persister les douleurs malgré le curetage de l'utérus et en sentant la rénitence très particulière qui correspondait à la région de l'appendice. L'examen de l'organe, après son ablation, montra en effet qu'il n'était pas sain, mais qu'il ne présentait ni lésions scléreuses, ni adhérences péritonéales. Ce n'était certainement pas l'appendice que nous sentions en palpant la fosse iliaque droite, mais bien une sorte de bride musculaire formée par la contraction réflexe du muscle oblique de l'abdomen. Ainsi s'expliquait la disparition de cette sensation quand on examinait la malade sous le chloroforme.

On peut se demander, d'après coup, si les douleurs appendiculaires chez cette malade n'étaient pas une variété de ces algies viscérales d'origine centrale si communes chez les hystériques. Nul doute que l'hystérie, dans ce cas, ne soit intervenue pour grossir les phénomènes cliniques et leur imprimer un caractère de gravité apparente. Je dis apparente, car il était évident, d'après l'absence de fièvre et la lenteur du pouls, qu'il s'agissait de péritonisme bien plutôt que d'une péritonite véritable.

Je crois cependant qu'il serait exagéré de nier, chez cette femme, l'existence de la lésion appendiculaire et son rôle dans le tableau symptomatique. Nous avons pu constater tous les caractères anatomiques de l'inflammation de la muqueuse, manifestement hypertrophiée, comme le serait une plaque de Peyer au début d'une fièvre typhoïde.

Bien qu'il n'y eût ni étranglement véritable, ni rétention de mucus, il y avait certainement des signes de congestion inflammatoire, et il est logique de supposer que c'était bien la cause des douleurs, puisque celles-ci ont totalement disparu depuis l'opération, alors qu'à plusieurs reprises auparavant, elles avaient présenté des périodes d'exacerbation. Nous avons appris, en effet, depuis, que cette malade avait été soignée dans le service de M. Brissaud, à l'hôpital Saint-Antoine, pour des accidents de péritonisme, et qu'à plusieurs reprises notre collègue avait pensé à la possibilité d'une intervention chirurgicale, si la situation s'aggravait. Je reste donc convaincu que la malade a présenté de véritables coliques appendiculaires, et que les crises péritonéales auxquelles nous avons assisté n'étaient pas uniquement des manifestations de la névrose ni des algies viscérales.

(*A suivre.*)

CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

REMARQUES BASÉES SUR CENT DEUX INTERVENTIONS (1)

Par M. J. Brault,
Médecin-major de l'armée, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger.

III

Après tant d'autres, il peut paraître téméraire et superflu de venir parler encore de la technique opératoire, c'est cependant là, surtout, que nous désirons apporter quelques réflexions, personnelles d'ailleurs, uniquement basées sur ce que nous avons vu.

Rarement nous pratiquons la cure radicale sous l'anesthésie cocaïnique, l'aide fournie pour la recherche du sac par le malade *conscient*, nous paraît un maigre avantage, nous n'avons jamais été sérieusement embarrassé au sujet de ce temps, même dans les hernies les plus petites.

Pour l'anesthésie générale, ici comme partout ailleurs, nous sommes *éclectiques*.

Le chloroforme, qui ne nécessite qu'une compresse qui ne s'enflamme pas, donne un sommeil plus rapide, plus profond, plus régulier que l'éther; il convient à tous les âges, à l'enfant qui vient de naître aussi bien qu'aux vieux tuberculeux, qui supportent, au contraire, fort mal l'éthérisation. Mais dans l'âge moyen de la vie, que nous envisageons en ce moment, chez les *débilités*, l'éther garde un peu ses droits, il donne moins de vomissements, soit pendant l'acte opératoire, soit dans les heures qui suivent, ce qui est un avantage appréciable dans la cure herniaire, enfin et surtout, il est moins dangereux. Sédillot, dans une formule optimiste, disait que le chloroforme pur, et bien administré, ne tue jamais, on pourrait ajouter que l'éther, même peu surveillé, ne tue pas; j'en appelle à tous ceux qui ont la pratique de l'éthérisation, et notamment à la belle statistique de M. le professeur Ollier, qui porte sur plus de **40000** cas.

C'est surtout cette innocuité relative qui m'attire vers cet anesthésique, et j'y ai toujours recours, quand je suis peu ou mal aidé. Fréquemment, il m'arrive de commencer au chloroforme et de continuer à l'éther, on réunit ainsi, dans cette anesthésie mixte (2), les avantages des deux méthodes (3). Mais je m'aperçois que j'ai trop fait durer cette question incidente, et je m'empresse de passer à la technique opératoire proprement dite.

La façon d'inciser la peau importe peu, c'est convenu, la section doit être pratiquée très haut, sur le ventre, d'habitude je repère l'épine pubienne, je fais au-dessus un pli à la peau, et j'incise de dedans au dehors. Je fais souvent une incision contraire, presque verticale, mais je n'y tiens pas plus que cela, assez fréquemment j'incise suivant la direction même du canal.

Passons vite sur la section des fascia sous-jacents. Nous voici sur l'orifice inguinal superficiel, j'engage le doigt dans le canal, et, au risque de paraître un peu brutal, j'insiste sur le dégagement du sac et des parties qui l'enveloppent (4).

C'est là, parfois, un temps délicat qui ne doit pas être négligé, sous peine de prendre tout à l'heure le sac en mettant les pinces (5).

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 334.
(2) Je n'ai jamais essayé le mélange de Billroth.
(3) Inutile de dire que je n'ai jamais eu d'accident.
(4) Dans le cas où l'on opère une récidive, la technique est tout autre, il faut disséquer à petits coups avec prudence.
(5) Sur les bonnes parois, il faut éviter de dédoubler la portion aponévrotique et les piliers charnus.

Tout est bien refoulé en arrière, deux pinces, fines et longues, sont appliquées de chaque côté du canal, dont je sectionne la paroi antérieure aux ciseaux, et toujours sur le doigt. L'incision, qui mesure 8 bons centimètres, en moyenne, ne s'arrête que très haut, au-dessus du canal, en plein muscle. De ce fait, toutes les hernies, même les pointes, sont très facilement abordables.

Très rarement j'ai dû tâtonner un peu pour trouver le sac, pour repérer ce dernier d'une façon sûre, après division ou dégagement, suivant les cas du crémaster et de la fibreuse (1), il faut soulever les parties et chercher par transparence ses limites inférieures ou latérales. C'est alors qu'on aperçoit un bord, blanc mat, qui tranche sur les couches grises et translucides du tissu cellulaire. Prenez ce bord à l'aide d'une pince à griffes, coupez en dédolant, agissez prudemment et vous êtes dans le sac, sans dommage pour son contenu. Vous reconnaissez, d'ailleurs sa face interne, d'un *mauve* délicatement nuancé.

Je fends largement, sauf en haut, pour me faciliter l'application de la ligature en chaîne. Je n'ai rien de particulier à relater au sujet des adhérences qu'il faut disséquer lentement, pour la rentrée de l'intestin une seule chose importe, la profondeur de l'anesthésie.

Quant à l'épiploon, il n'y a pas plusieurs façons de se conduire, *c'est tout ou rien*, s'il y en a peu, s'il rentre facilement, n'y touchons pas, mais s'il existe la moindre difficulté, pas d'hésitation, il faut tirer résolument tout ce qui peut sortir. Au début je n'y allais pas aussi carrément, il m'a fallu recommencer deux ou trois fois ma chaîne, à des hauteurs différentes. La chose est facile à comprendre, si vous ne prenez pas la précaution que nous venons d'indiquer un peu plus haut, pendant que vous êtes en train de faire vos ligatures, si délicatement que vous alliez, vous tirez peu ou prou sur l'épiploon qui ne demande qu'à venir et tout est à refaire, tout est à recommencer.

La dissection de la « pelure » sacculaire se fait au doigt, à moins d'adhérences exceptionnelles qui doivent être coupées aux ciseaux, il faut pousser la dissociation très haut, jusque dans le ventre, et nous dépassons largement en arrière la graisse sous-péritonéale, donnée comme station d'arrêt. Nous ferons d'ailleurs remarquer que c'est là, un point de repère essentiellement fuyant, puisque cette graisse peut descendre plus ou moins loin, être plus ou moins abondante et tomber même parfois, dans toute la longueur du canal inguinal.

Rien à dire au sujet de la ligature en chaîne, que nous avons placée aussi haut que possible dans le ventre, suivant le précepte de M. L. Championnière. Toutefois, quand on a affaire aux adhérences par glissement, comme cela nous est arrivé, on ne peut plus suivre cette règle, et nous avons dû nous contenter de réséquer le godet péritonéal antérieur et de lier où cela se pouvait, c'est-à-dire au ras du gros intestin.

Je ne m'attarde pas sur ce que j'ai fait dans les complications. Pour les hernies doubles, je n'ai jamais hésité à les opérer en une seule séance ; les réserves qui ont été faites par plusieurs auteurs nous paraissent sages, sans doute, mais les arguments tombent lorsqu'il s'agit d'adultes, dans de bonnes conditions. Quand on s'adresse à un sujet en pleine santé, quand il s'agit de hernies réductibles non compliquées, pourquoi hésiter ? Que peut faire une prolongation d'une heure, d'une heure et demie même, lorsqu'il s'agit d'un individu exempt de toute tare organique ? Indépendamment de l'état général, à moins de conditions locales exceptionnelles faciles à déceler d'avance, volume extrême, irréductibilité, anomalies testiculaires, *chez les adultes*, nous sommes d'avis d'opérer d'*un seul coup*. Il serait puéril d'insister sur les avantages d'une intervention unique qui évite de nouvelles angoisses au patient et évite aussi au chirurgien et à ses aides de recommencer sur de nouveaux frais une longue préparation opératoire.

J'ai toujours énucléé les kystes sus ou sous-vaginaux, j'ai réséqué les phlébectasies, enfin j'ai allongé quelque peu l'incision pour faire la cure de l'hydrocèle concomitante.

Dans les cas d'ectopie abdominale ou interstitielle, où j'ai jugé l'orchidopexie nécessaire (six fois), je me suis appliqué à réunir toutes les conditions de fixation désirables. Le testicule a été attaché au fond des bourses, j'ai pris soin de refermer le toit de la loge que je lui avais creusée, enfin le tissu cellulaire du cordon fortement tiré et descendu a été fixé de place en place, aux parois du canal. La glande est restée définitivement fixée à deux ou trois travers de doigt, au-dessous de l'orifice superficiel du canal inguinal, c'est ce que l'on peut obtenir de mieux dans les cas favorables.

Ce n'est pas tout, à notre avis, une question se pose encore ici. Doit-on en semblable occurrence conserver complètement la partie inférieure du canal vagino-péritonéal, pour en faire une vaginale, ou doit-on placer le testicule *à nu* dans sa bourse respective, dans sa loge créée artificiellement ? La reconstitution d'une vaginale est là une coquetterie parfaitement inutile, j'ajouterai qu'elle présente même plus d'un inconvénient. Elle allonge l'opération, assure bien moins la fixation du testicule et risque de créer une hydrocèle consécutive. C'est ce qui m'est arrivé une fois, aussi ai-je abandonné totalement cette façon de faire. D'ailleurs en l'absence de sa séreuse, la glande spermatique se trouve quand même parfaitement à l'aise, et ne court pas trop grands risques d'atrophie, nous en sommes bien certain, depuis que nous avons pratiqué plus de cinquante cures radicales d'hydrocèles vaginales, par la méthode de Bergmann légèrement modifiée (1).

Dans les hernies très volumineuses, certains chirurgiens divisent le sac en deux et après avoir fait la cure radicale, gardent la partie inférieure du sac, et la résection scrotale pour une séance ultérieure. Suivant l'avis de M. L. Championnière, il nous paraît plus simple de finir en une seule fois, lorsqu'on est aseptique, cette façon de faire n'expose pas davantage au sphacèle, l'opération est bien un peu plus longue, mais bien que nous ayons eu parfois affaire à des malades assez débilités, ils ont toujours bien supporté le choc opératoire.

Dans les cas difficiles, grosses hernies, lipomes périherniaires, il faut être « sur l'œil » jusqu'au bout et tout vérifier, lorsqu'on fait la toilette de la plaie ; toutes les parties sont diffluentes et rouges, et l'on pourrait, en coupant trop vite, faire un mauvais parti au canal déférent.

Reste la réfection de la paroi abdominale ; je touche ici au point le plus délicat de la cure radicale. Invariablement, dans tous les cas, nous avons suivi la même règle de conduite. Les procédés de Barker et Bassini et de L. Championnière sont les plus connus. Le mode de sutures que j'ai

(1) Hernie congénitale.

(1) Bourguinaud. Th. de Paris, 1896.

employé, tient sans doute de toutes ces méthodes, mais s'en éloigne un peu cependant par certains détails.

A l'aide d'une forte aiguille de Reverdin, très légèrement courbe, je passe des fils en U, en prenant autant de tissus que je puis. Je fais mes ponctions et surtout mes contre-ponctions, en dedans aussi loin que possible des bords de la brèche pariétale. En haut, l'aiguille ponctionne *tout près de l'arcade de Fallope*, traversant les muscles petit oblique et transverse en bas, l'on ne trouve plus que l'aponévrose du grand oblique, et quelques rares fibres musculaires. Les contre-ponctions sont faites tout près, ou même dans le grand droit, au delà du tendon « conjoint » des anatomistes anglais. Les fils qui constituent l'anse, traversent entièrement le volet interne et ne s'arrêtent pas dans son épaisseur comme dans le procédé de Barker. On pourrait être alarmé au sujet de l'épigastrique avec une pareille façon d'agir, il n'y a pas la moindre crainte à avoir, nous nous en sommes plusieurs fois assuré par des expériences cadavériques; après la dissection du sac, la couche musculo-aponévrotique est bien dégagée du reste de la paroi et l'artère en question est surtout, comment dirai-je, un organe « péritonéal » (1). Il faut avoir soin de choisir de gros fils à pédicule, le plus souvent même, nous les passons doubles. Nous ne nous servons jamais de catgut, mais uniquement de grosse soie plate, tressée, bouillie, avant l'opération, dans du sublimé au centième pendant un bon quart d'heure.

Il faut environ quatre anses pour fermer complètement le trajet. En passant les fils, comme je viens de le dire plus haut et en tirant dessus avec effort, pour les nouer et les arrêter, *jamais je n'ai obtenu la moindre imbrication des parois du trajet, mais bien au contraire un adossement de celles-ci formant une haute muraille, un gros bourrelet.*

Je ferme complètement le trajet, je place même un fil en bas à la porte, dans les parties sus-jacentes au canal. Je ne m'inquiète jamais de laisser un vide pour le passage du cordon, celui-ci trouve toujours sa place et je n'ai dans aucun cas vu survenir de la douleur, du gonflement ou de l'atrophie testiculaire.

Au cours de la suture, il y a, cependant, quelques précautions à prendre vis-à-vis de cet organe, surtout dans les cures pour hernies congénitales, où le cordon se trouve fortement dissocié (2); il faut veiller, d'une façon particulière, au canal déférent qui pourrait venir se placer entre deux fils, au moment où l'anse se trouve serrée.

L'organe déplacé, isolé, a non seulement tendance à subir des inflexions latérales, mais encore à décrire de véritables *méandres antéro-postérieurs*, c'est ce qui pourrait le faire prendre, si l'aide n'avait pas soin de le refouler avec un instrument, ou mieux, avec le petit doigt. Si, par hasard, on avait quelques doutes sur sa prise, il ne faudrait pas, bien entendu, hésiter à desserrer l'anse immédiatement.

En outre de ces sutures primordiales, l'on pourrait être enclin à en placer d'autres de soutien au niveau de la crète du mur. Ce surcroît de précautions est, à notre avis, un luxe plutôt nuisible, car il expose au sphacèle des parties enserrées et mâchées par des anses trop multiples. Mieux vaut s'abstenir si l'on veut éviter ce que M. L. Championnière a fort bien décrit sous le nom de suppurations « aseptiques ».

Une hémostase soignée est de rigueur, c'est surtout dans le tissu cellulaire de revêtement que vous avez dû placer des pinces sur les artérioles et les veinules sans nom qui vous barrent la route. Tordez, ou mieux, placez quelques ligatures, car ces vaisseaux trop petits ne sont guère favorables à la torsion. Au pied de la lettre, l'asepsie ne peut être qu'une chose relative; si vous laissez du sang vous la rendez plus précaire, et vous risquez de voir survenir au moins les épanchements sanguins puriformes, sur lesquels M. Championnière a également attiré l'attention, nous en avons observé trois ou quatre cas (1). Placez ces fils, mais c'est tout, il est inutile de charger de sutures la graisse semi-fluide, qui ne présente aucune prise sérieuse, d'ailleurs, votre suture cutanée en sera facilitée. Nous faisons cette dernière au crin de Florence, nous ne drainons pas; toutefois, nous reconnaissons que, si l'on s'apercevait d'un écoulement sanguin en nappe, difficilement coercible, il serait mieux de ne pas réunir complètement et de placer un petit drain. Ce n'est pas la suppuration — qui ne doit pas exister — qu'il faut envisager ici, mais le sang qui peut vous créer quelques ennuis ultérieurs.

Nous appliquons simplement, sur notre ligne de sutures, une couche de pommade à l'iodoforme; le pansement épais, bien régulièrement compressif, doit prendre, invariablement, les deux cuisses, dans un double spica, pour être suffisamment « hermétique ». Au bout de huit à dix jours, les fils sont enlevés; au bout d'une quinzaine, en général, nous n'appliquons plus qu'une pelote de coton hydrophile, pour protéger la jeune cicatrice; les opérés restent trois semaines dans le cubitus dorsal. Ils se lèvent ensuite, je ne fais jamais porter de bandage ou de pelote de Rainal, sauf dans les cas compliqués.

Il est surtout une circonstance où il ne faut pas négliger cette garantie, c'est quand vous rencontrez dans le sac le gros intestin et son adhérence par glissement. Depuis que j'ai eu une récidive chez un hernieux de ce genre, je n'hésite plus à faire porter la pelote dans les cures radicales de cette nature. Notre action, ici, est forcément restreinte, et nous ne pouvons pas porter assez haut notre ligature, ce qui est un des gages les plus solides d'une cure définitive, c'est donc au bandage de nous secourir. A ce propos, je dois dire que, si l'on pouvait faire préalablement le diagnostic d'une hernie semblable, il vaudrait mieux s'abstenir, toutes les fois du moins qu'il n'y a pas excès de volume, absence de maintien ou irréductibilité. *(A suivre.)*

DES TROUBLES OCULAIRES DANS LA SYPHILIS ACQUISE (2)

Par E. DEMERSON, externe des hôpitaux.

Pronostic. — On peut donc dire que l'iritis syphilitique est une affection sérieuse.

Les iritis tardives semblent plus graves que les autres, et celles qui s'accompagnent de gommes sont particulièrement redoutables. Elles transforment le tissu où elles se dévelop-

(1) Il est une autre artère que j'ai sentie souvent au fond de la plaie, c'est l'*iliaque externe*, il faut y songer.

(2) Le canal avec son artère satellite, très adhérent au sac, les autres vaisseaux d'un autre côté.

(1) Ceci est d'ailleurs vrai partout en clinique chirurgicale, si bien que dans les interventions sur les membres, toutes les fois que j'applique la bande d'Esmarch et que je ne dois l'enlever qu'après pansement, je draine de parti pris.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 388.

pent en tissu cicatriciel, laissant après elles une atrophie et un changement de coloration de l'iris.

Diagnostic. — La nature de l'iritis est souvent très difficile à rapporter à la syphilis. On doit se baser sur le début insidieux de l'affection, sur son allure subaiguë, son indolence spéciale, et rechercher surtout les traces de la syphilis, soit acquise, soit héréditaire.

Le traitement est le plus souvent un moyen de diagnostic merveilleux.

Il sera seul concluant dans les cas embarrassants où la diathèse rhumatismale vient se joindre à l'infection syphilitique et où les symptômes empruntent de l'une et l'autre variété.

Dans l'iritis rhumatismale le début est ordinairement brusque, les accidents violents; la défervescence est également brusque, avec, parfois, de véritables phénomènes critiques.

Dans l'iritis blennorragique la marche est franchement aiguë; la chambre antérieure contient des précipités abondants; il survient une descemétite précoce, l'hypopyon est relativement fréquent. Cette affection survient d'ordinaire dans le cours de manifestations articulaires.

Lorsqu'il y a production de gomme, on pourrait confondre avec les tumeurs les plus diverses, mais peu présentent un rapprochement bien manifeste avec le condylome spécifique.

Quand il s'agit de kystes de l'iris les antécédents mettent rapidement sur la voie. Ces kystes succèdent à un traumatisme ou sont dus à la présence d'un cysticerque.

Les tumeurs cancéreuses sont très rarement primitives dans l'iris. Leur caractère grave et leur marche rapide décèlent leur nature.

Enfin, on peut croire à une tumeur de nature tuberculeuse, mais le tubercule siège, le plus souvent, dans la choroïde; il apparaît surtout sur des sujets jeunes, exempts de syphilis; sa marche est plus lente et plus calme.

V

Syphilis des membranes profondes. — Certaines lésions s'étendent à la fois à l'iris et à la partie antérieure de la choroïde, servant d'intermédiaires entre la syphilis du segment antérieur de l'œil et celle des membranes profondes. Ces irido-choroïdites revêtent les différentes formes de l'iritis.

On a signalé et décrit des gommes se développant en arrière du diaphragme irien dans l'épaisseur même du corps ciliaire (Nitot; Terson, Soc. de derm. et de syphil., 1890). Ces gommes ne se révèlent le plus souvent, à la première période, que par des signes d'iritis suppurative, mais elles donnent bientôt lieu à des symptômes d'une intensité si grande et d'une marche si rapide, qu'elles semblent se comporter comme une tumeur maligne. Elles viennent faire hernie dans le tissu épiscléral, à une distance de 4 à 5 millimètres de la cornée, tantôt du côté externe de l'œil, tantôt du côté interne, parfois en haut. L'iris est complètement terne et recouvert d'un exsudat fibrineux, la pupille est rétrécie, inégale; la chambre antérieure se trouble, la cornée souffre dans sa nutrition; l'œil est le siège de douleurs atroces, la vision est sérieusement compromise.

La choroïdite d'origine spécifique est une choroïdite disséminée qui se localise d'emblée au pôle postérieur de l'œil. Les exsudats auxquels elle donne lieu se présentent souvent en groupe dont la disposition circinée ressemble aux éruptions cutanées de la syphilis.

Forster a décrit une variété de choroïdite syphilitique caractérisée par des plaques atrophiques blanchâtres, nettement circonscrites. Les plus larges occupent les environs de la macula. Dans leur intervalle la choroïde est saine; l'humeur vitrée conserve sa transparence.

Il semble que, dans cette forme de choroïdite, l'inflammation se propage plus facilement vers la rétine que dans les autres formes; on lui donne pour ce motif, dans la plupart des cas, le nom de chorio-rétinite syphilitique.

Dans la rétinite syphilitique, la papille est décolorée, les vaisseaux sont amoindris; des signes d'atrophie du nerf optique s'ajoutent aux plaques blanchâtres de la choroïde et aux pigments disséminés dans l'épaisseur de la rétine.

Enfin, citons la névrite optique dont la terminaison ordinaire est l'atrophie.

Ces lésions apparaissent à la période de transition des accidents secondaires aux accidents tertiaires.

En dehors des localisations sur le globe oculaire, la syphilis peut se manifester sur le squelette de l'orbite (Beaudonnet, Thèse de Paris, 1894). Cette manifestation apparaît, en général, à la période tertiaire de l'infection. Elle prend, le plus souvent, la forme d'un épaississement chronique, plus rarement elle revêt une forme aiguë avec suppuration consécutive. Elle siège, soit au rebord orbitaire, soit sur les parois mêmes de la cavité.

Mentionnons, enfin, les recherches d'Uhthoff, sur les troubles oculaires dans la syphilis du système nerveux central. Sur 100 cas, le nerf optique s'est trouvé intéressé dans la moitié des faits, le nerf moteur oculaire commun 34 fois, l'oculo-moteur externe 16 fois, le pathétique 5 fois, le trijumeau 14 fois.

Les différentes lésions oculaires sont considérées par la majorité des auteurs comme liées à une syphilis grave. M. Fournier soutient, au contraire, qu'elles apparaissent aussi bien dans les syphilis bénignes que dans les syphilis intenses.

Les accidents tardifs paraissent avoir une gravité particulière; ils surviennent surtout chez les sujets qui ont peu ou pas suivi le traitement, ou qui se sont soumis à un traitement mal dirigé.

VI

Traitement. — Le traitement approprié réussit merveilleusement. Il guérit rapidement les lésions oculaires capables d'être modifiées; il les enraye presque toujours dans leur marche progressive.

Ce traitement consistera à employer le mercure, soit sous forme de frictions d'onguent mercuriel, soit sous forme d'injections hypodermiques de biiodure, combiné à l'usage de l'iodure de potassium, à la dose de 3 à 6 grammes par jour. Les injections hypodermiques de biiodure paraissent avoir sur la syphilis oculaire un effet, sinon plus actif, au moins plus rapide; elles sont bien tolérées. Beaucoup d'oculistes les préfèrent à tout autre mode d'emploi du mercure. Les professeurs Panas et Fournier se servent de la formule suivante :

Biiodure de mercure . .	40 centigrammes.
Huile stérilisée.	100 grammes.

Cette formule contient donc 4 milligrammes de biiodure par centimètre cube.

Chez les enfants, l'administration du calomel ou de la liqueur de Van Swieten, dans du lait, est préférable aux autres modes de traitement.

Le traitement local des accidents de la paupière et de la conjonctive consistera à faire des lavages antiseptiques à l'eau boriquée ou au sublimé. On appliquera ensuite de l'iodoforme ou du calomel en poudre ou en pommade.

Le chancre invitera le médecin à instituer le traitement antisyphilitique ordinaire. Que l'infection commence par la paupière ou par les organes génitaux, la maladie constitutionnelle est dès lors établie dans l'organisme et suivra son cours.

En cas d'iritis, dès que la nature en sera déterminée, on instituera le traitement antisyphilitique et l'on prescrira l'usage de l'atropine.

Si l'on se propose de combattre une iritis à forme simple, ayant déterminé des troubles peu intenses, et survenue peu de temps après l'accident initial; si surtout on peut intervenir dès le début de l'inflammation, il suffira, la plupart du temps, de faire instiller quelques gouttes d'atropine, matin et soir, dans l'œil malade et de faire pratiquer, pendant quelques jours, des frictions à l'onguent mercuriel, pour qu'on voie disparaître rapidement les accidents.

Si l'on se trouve en présence d'une iritis déjà ancienne, ayant déterminé la formation de synéchies, ou d'une iritis rebelle, à rechutes répétées, on devra prescrire les frictions mercurielles ou pratiquer des injections hypodermiques et faire prendre, à l'intérieur, une solution d'iodure de potassium. Les instillations d'atropine seront plus fréquentes et surtout plus longtemps prolongées. Il arrive que les synéchies sont détruites, que la pupille se régularise et que les troubles disparaissent en huit ou quinze jours; mais on doit continuer l'atropine pendant longtemps et reprendre tout le traitement au moindre trouble de l'iris.

Dans les formes graves de l'iritis avec gomme, on devra sans hésiter pratiquer dès le début des injections hypodermiques de biiodure. On fera une injection quotidienne ou biquotidienne de 1 centimètre cube de la solution indiquée. On pratiquera successivement ces injections jusqu'à ce qu'on ait de l'amélioration, puis on laissera au malade quelques jours de repos pour recommencer une nouvelle série d'injections, s'il est besoin. On prescrira, en même temps, une solution d'iodure de potassium.

On tiendra l'œil à l'abri de la lumière, soit à l'aide de verres colorés, soit à l'aide d'un bandeau flottant.

On peut toujours espérer la guérison complète, si l'on institue à temps le traitement qui convient.

THÉRAPEUTIQUE

Gouttes contre l'anorexie (Huchard).

Teinture de quinquina	} *āā*	5 grammes.
— de colombo		
— de gentiane		
— de rhubarbe	3	—
— de noix vomique	2	—

xv à xx gouttes avant chaque repas. (*Gaz. hebd.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Affections chirurgicales du tronc (rachis, thorax, abdomen, bassin), statistiques et observations (1), par le docteur Polaillon.

Nous avons déjà rendu compte de la statistique hospitalière des affections chirurgicales des membres, publiée précédemment par M. Polaillon. Le plan suivi dans ce troisième volume est le même. Au lieu de choisir quelques cas chirurgicaux et de les prendre pour thèmes d'un chapitre de pathologie externe, l'auteur a rassemblé toutes les maladies qu'il a observées dans les hôpitaux pour les classer, pour en extraire les principaux faits, pour dire le résultat du traitement opératoire et du traitement sans opération. On doit reconnaître, à la louange de l'auteur, qu'il n'a pas, comme tant de ses collègues, cherché à dissimuler les cas de mort; car, dit-il, « les revers comportent plus d'enseignement que les succès. »

Cette statistique personnelle, intégrale, embrassant une longue période de dix-sept ans, appartenant à un chirurgien habile et consciencieux, constitue un recueil d'enseignement des plus précieux.

L'urine humaine : urines normales, urines anormales, urines pathologiques (2), par Camille Vieillard, pharmacien à Paris, avec une préface d'Armand Gauthier, membre de l'Institut.

Les progrès récents de l'urologie ont imprimé, à cette branche importante des sciences médicales, une orientation et une méthode toutes nouvelles dont il importait de fixer les grandes lignes et d'enregistrer les résultats. A ce titre, l'ouvrage de M. C. Vieillard arrive à son heure en rattachant, plus étroitement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, la partie purement technique de l'analyse chimique à son interprétation clinique.

Le meilleur éloge qu'on puisse faire de son livre est de reproduire la flatteuse appréciation du professeur A. Gauthier, de l'Institut, dans la préface qu'il a bien voulu lui consacrer :

« Cet ouvrage, dit l'éminent professeur, sort de la plume d'un homme à la fois consciencieux, bien au courant des méthodes, bien renseigné sur les questions soulevées dans ces derniers temps par l'examen clinique des urines et sur les conclusions qu'on en a tirées. On y trouve à la fois les développements physiologiques, pathologiques et chimiques les plus précis et les plus sûrs. Je puis donc, en toute conscience, conseiller ce livre aux médecins instruits qui cherchent à s'élever au-dessus de la tradition empirique, aussi bien qu'à ceux qui peuvent être appelés à les renseigner sur le problème délicat de la composition des urines anormales ou pathologiques et sur la signification des variations que révèle leur analyse. »

Pour faciliter les recherches techniques, l'auteur a groupé à la fin du volume les documents analytiques et les renseignements utiles à la pratique de l'analyse.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Apollinaris

"LA REINE DES EAUX DE TABLE."

"Le bel idéal d'une eau minérale de table gazeuse naturelle."

"Sa pureté et sa richesse d'acide carbonique naturel, ainsi que son goût velouté, lui valent une position prééminente parmi ses rivales."—"JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS."

AFFECTIONS de l'ESTOMAC

QUASSINE ADRIAN

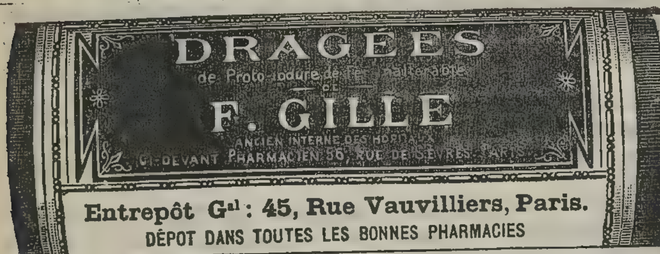
DRAGÉES à 25 mill. de **QUASSINE AMORPHE.**
GRANULES à 2 mill. de **QUASSINE CRISTALLISÉE.**

Une Dragée ou un Granule avant chaque repas.

ALIMENTATION des MALADES

POUDRE DE BIFTECK ADRIAN
POUDRE DE VIANDE ADRIAN
POUDRE DE LENTILLES ADRIAN
ALIMENT COMPLET ADRIAN

Toutes les fois que l'inanition devient menaçante l'emploi des **POUDRES de VIANDE ADRIAN** *est indiqué.*



Anémie
Chlorose
Lymphatisme
Scrofule
Syphilis.

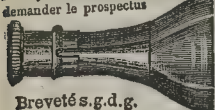
Affections des **Voies Respiratoires**, Maladies de la **Peau**

SIROP CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON
ADULTES: Une cuillerée à bouche matin et soir, une heure avant ou deux heures après le repas.

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
— *LYON* —

Pour prix et littérature demander le prospectus



KELENE
CHLORURE D'ETHYLE PUR
Application du Profr Dr C. REDARD

Brevetés s.g.d.g.

ANESTHESIE LOCALE
NEVRALGIES

PHTISIE PULMONAIRE, TUBERCULOSE
guéries par le
CRÉOSOTAL "HEYDEN"
Dose : 2 à 3 cuillerées par jour
VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.



Par Jour 5 à 8 **CAPSULES CRÉOSOTAL HEYDEN** à 50 centgr.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPOT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatharrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées par jour. Boul. Haussmann, 41, Paris et Pharm.

LES SEULES VERITABLES PASTILLES DE
VICHY
sont les
PASTILLES VICHY-ÉTAT
Vendues en Boîtes métalliques scellées
EXIGER les MOTS VICHY-ETAT
En vente dans les bonnes Pharmacies.

SELS VICHY-ÉTAT
EXTRAITS DES SOURCES DE L'ÉTAT
COMPRIMÉS DE VICHY
FABRIQUÉS avec les SELS de VICHY-ÉTAT



DRAGÉES au Lactate de Fer de
GELIS & CONTÉ
Approuvées par l'Académie de Médecine
Le FER le PLUS ASSIMILABLE
Dose : Cinq centigrammes par Dragée.
LABELONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

MALADIES DE POITRINE
AMÉLIORATION CERTAINE par les
SIROPS DU Dr CHURCHILL
A L'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE OU DE CHAUX
Pr. : 4 f. Pharm. SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traite sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Brouardel a rendu compte des travaux de la conférence internationale de Venise. La discussion a d'abord porté sur deux courants d'opinion, l'un, anglais, considérant qu'il suffisait de réclamer la désinfection au moment de l'arrivée, l'autre, celui des peuples méditerranéens, demandant que la protection s'exerce dès le départ des pays infectés. Voici, après cette discussion, les mesures que la conférence a décidé de proposer :

« 1° Au moment du départ on ne laisse partir, et ceci se fait dans l'Inde actuellement, que les sujets sains et on arrête ceux qui sont souffrants. L'examen est pratiqué dans l'Inde par des docteurs et des doctoresses. On désinfecte également tous les objets ayant pu être contaminés ;

2° En route. A Suez une première visite est faite par un médecin sanitaire. Si le navire est suspect il traverse le canal en quarantaine ; s'il y a eu des malades ils sont débarqués aux sources de Moïse, le bateau désinfecté et il ne reprend sa route que lorsqu'il est absolument purifié.

Pour les bateaux de pèlerins ils seront dans l'avenir rigoureusement surveillés et avant de débarquer à Djeddah les malades seront isolés à Camaran.

Au détroit d'Ormus près de l'île de Chiez, on établira une station sanitaire et, lorsque cette station aura constaté des malades, le navire sera dirigé sur Bassora, dans le golfe Persique, où il sera désinfecté ;

3° Des stations seront établies sur toutes les routes de terre menaçant les divers pays. Le danger est grand du fait de l'apport des 60000 cadavres chiites qui entrent en Turquie chaque année pour être inhumés dans les villes saintes qui bordent le Chat-el-Arab.

Les dépenses seront couvertes par un droit dit de phare que payent les navires traversant le canal de Suez et par des fonds de réserve que possède le conseil sanitaire.

Le pèlerinage de la Mecque sera interdit cette année à tous les musulmans sous la domination des nations d'Europe, y compris même le sultan du Maroc qui a adhéré à la convention. Il ne sera autorisé que pour les sujets dépendant directement du sultan qui n'a pas cru pouvoir l'empêcher et qui proviendront d'ailleurs de pays non contaminés.

Une commission internationale sera nommée pour fondre les diverses conventions sanitaires existant déjà en un code sanitaire international qui aura dès lors force de loi. »

M. Brouardel, en terminant cet exposé, ajoute que si ces mesures, proposées et défendues par la délégation française, ont été presque unanimement adoptées, il faut en faire remonter tout l'honneur à deux précurseurs, Fauvel et Pasteur.

Au début de la séance, M. Lucas-Championnière a présenté quatre malades, qui étaient atteints de fracture de la clavicule et qui ont été très bien guéris par le massage seul; cette présentation, fort intéressante, a donné lieu à une petite discussion dans laquelle M. Péan, tout en reconnaissant les résultats avantageux obtenus chez les malades de M. Lucas-Championnière, a soutenu les anciennes méthodes comme donnant peut-être des cals moins volumineux.

L'Académie a repris ensuite la discussion sur l'appendicite. M. Potain a confirmé ce qu'a dit M. Dieulafoy relativement aux observations qu'il a publiées, à savoir que jamais chez ces malades il n'a été constaté d'accidents intestinaux ou péritonéaux graves, ressemblant à ce qu'on a décrit sous le nom d'appendicite. M. Potain estime donc, avec M. Dieulafoy, qu'il ne faut pas laisser dire que les nombreux malades atteints d'entérite muco-membraneuse soient menacés d'appendicite.

M. Laboulbène a recherché si les parasites intestinaux pouvaient être invoqués comme cause d'appendicite. Il n'a pas trouvé un seul exemple permettant de le supposer.

M. Dieulafoy est venu, à son tour, défendre les idées qu'il a si brillamment soutenues. Il a apporté de nouvelles observations confirmant ses premières couclusions.

A la fin de la séance, la parole a été donnée à M. de Lapersonne (de Lille) pour la lecture d'un travail sur l'hémianopsie horizontale. Puis M. Chipault a fait trois courtes communications, l'une sur la cure radicale du mal perforant par l'élongation des nerfs plantaires, l'autre sur la ponction lombo-sacrée pour l'évacuation d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien. La troisième est une réclamation de priorité contre M. Calot (de Berck) sur le principe de la réduction, sous le chloroforme, des gibbosités pottiques.

L'Académie a élu, à une imposante majorité, M. Richelot membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

OBSERVATION D'UN CAS D'HÉMIPLÉGIE DIABÉTIQUE

Par le docteur A. Drouineau, médecin militaire.

M. X..., officier de l'armée active, cinquante et un ans, robuste, bien constitué.

Antécédents héréditaires. — Mère morte hémiplégique. Une tante morte hémiplégique. Deux frères, l'un décédé paraplégique et diabétique; l'autre vivant hémiplégique.

Antécédents personnels. — Bonne santé antérieure. Il y a quelques années, chute sur la tête au niveau du frontal gauche. Un certain degré d'alcoolisme.

Maladie actuelle. — Le 6 octobre 1895, M. X... étant sorti après son déjeuner tombe tout d'un coup, mais sans perdre complètement connaissance. Quand on le relève, on constate une hémiplégie droite avec un peu d'aphasie, mais qui ne dure pas (le malade disait des mots les uns pour les autres). On institue le traitement suivant : révulsifs aux membres inférieurs, purgations répétées, diète lactée, iodure de potassium.

Le malade se remet si rapidement de cette atteinte qu'au bout de quatre jours il peut reprendre son service qui est d'ailleurs un service de bureau. A ce moment, il ne reste que de l'engourdissement du bras et de la jambe dont le patient se sert néanmoins; il marche sans canne et peut écrire. Mais on remarque surtout la transformation totale du caractère de cet officier qui est devenu sombre et taciturne, parlant très peu.

Le mieux va ainsi en s'accentuant pendant quinze jours si bien que M. X..., se croyant hors de danger, renonce à l'iodure et retourne au café. Alors il y eut non seulement arrêt dans la convalescence, mais le malade éprouva chaque jour davantage plus de peine à marcher et à se servir du bras droit.

Cédant enfin à nos conseils, il cesse son service le 3 novembre.

Le 6 novembre, M. X..., me fait appeler de grand matin. Depuis la veille au soir, il est en proie à une céphalalgie intense allant jusqu'à lui arracher des cris dans les moments du reste assez courts où il n'est pas dans un état de somnolence très prononcée. Cette céphalalgie occupe toute la tête avec peut-être un certain degré de prédominance dans la région frontale gauche.

Nous pensons qu'il s'agit d'une sorte de névralgie généralisée, car toute la tête est douloureuse, principalement à l'émergence des différents filets nerveux (dentaire, maxillaire, etc.).

Chaque fois que le malade s'éveille, il a pendant quelques minutes de l'aphasie et dit des mots les uns pour les autres, ce qui l'effraie beaucoup, car il se rend très bien compte de cet état.

De plus, il a des sortes d'hallucinations : devant ses yeux passent une série d'images et de figures; il étend les mains pour les toucher, elles disparaissent à ce moment.

Le malade voit tous les objets comme dans une sorte de brouillard; rien à noter du côté des pupilles.

Pas de fièvre. Rien au cœur. Le pouls présente quelques irrégularités. Les artères ne paraissent pas athéromateuses; elles sont cependant un peu sinueuses au niveau des tempes.

Langue sèche, très saburrale. Anorexie. Constipation.

Le foie n'est ni douloureux, ni hypertrophié.

Au poumon quelques signes de bronchite chronique.

Urines rares, chargées, sans albumine.

Nous purgeons le malade et faisons un peu de révulsion aux membres inférieurs; mais nous employons successivement tous les calmants et analgésiques sans pouvoir diminuer l'intensité de la céphalée qui ne s'atténuera que le lendemain matin pour disparaître seulement le troisième jour.

Pendant ce temps le bras et la jambe sont restés étrangers à cette crise; il semble même que le malade s'en serve plus facilement. On institue avec plus de sévérité le traitement antérieur en faisant alterner le bromure avec l'iodure. Amélioration rapide.

Le 14 novembre, petit accès de grippe prenant fin en trois jours sans complication.

Le 20, syncope de peu de durée, ne laissant pas de traces.

Le mieux s'accentue chaque jour davantage et M. X... ne ressent plus rien à la tête ni au côté antérieurement paralysé. Nous continuons néanmoins à le surveiller de près. Il se plaint alors à nous de ne pouvoir jamais se réchauffer les pieds, de ressentir une grande faiblesse dans les membres inférieurs, d'avoir enfin de petites démangeaisons sur différentes parties du corps. Ces symptômes attirent notre attention sur les urines que nous faisons analyser. On trouve : albumine, 0; sucre, 2gr25.

Nous instituons un régime sévère et nous interrogeons avec soin M. X... sur ses antécédents.

Nous apprenons que, depuis plus d'un an, il ressentait une grande faiblesse des jambes, qui l'avait d'autant plus frappé, qu'il était auparavant très bon marcheur; que, depuis la même époque, il était obligé de se lever cinq ou six fois la nuit pour uriner. En même temps ses dents, dont il n'avait jamais souffert, étaient tombées en si grand nombre qu'il dut se faire faire un dentier. L'été dernier, me disait-il encore, j'ai été pris d'une soif inextinguible qui m'obligeait à me relever plusieurs fois la nuit pour boire. J'appris également que M. X... était parfois en proie à des accès de sommeil invincible si bien qu'il lui arrivait de s'endormir à table au milieu des repas. En revanche, il passait la plupart des nuits sans dormir.

De cet interrogatoire, il résultait nettement que notre malade était diabétique depuis au moins un an.

Pendant le mois de décembre et le commencement de janvier, rien de particulier à noter. Le sucre reste à peu près stationnaire, disparaissant parfois certains jours. Notre malade s'amaigrit progressivement; il avait de temps à autre de véritables accès soit de polyurie, soit de polydipsie, soit de troubles visuels. Le bras et la jambe droite sont revenus à un état presque normal.

Dans le courant de janvier, M. X..., étant retraité, se retire dans son pays et nous le perdons de vue.

Nous avons de ses nouvelles en mai; son état est sensiblement le même qu'à son départ.

Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre. En ce qui concerne d'abord l'hémiplégie, on pouvait la rattacher à trois causes : l'hérédité, l'alcoolisme, le diabète. Nous avons rejeté la première hypothèse, car nous avons cru qu'une hérédité si chargée aurait déterminé des accidents moins fugaces, et nous avons restreint son rôle à la détermination d'une influence prédisposante localisant cette complication du diabète sur le système nerveux. De même l'alcoolisme n'était que peu prononcé; il n'y avait rien au foie; les artères étaient peu athéromateuses; aussi l'alcool n'a-t-il fait, d'après nous, que venir en aide au diabète.

On pourra nous objecter la faible quantité de sucre renfermée dans les urines, mais il convient de remarquer que le malade était au régime depuis plus d'un mois quand celles-ci furent examinées. On sait, d'autre part, que l'apparition de l'hémiplégie dans le diabète n'est nullement en rapport avec l'abondance de la glycosurie.

DE LA CURE RADICALE

DU MAL PERFORANT PAR L'ÉLONGATION DES NERFS PLANTAIRES

Par A. Chipault,
Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

Il est peu d'affections qui soient aussi décevantes, au point de vue thérapeutique, que le mal perforant plantaire. Je crois ne pas exagérer en disant que les chirurgiens, sans admettre de moyen terme à son égard, ou bien se contentent de le couvrir d'un pansement banal, ou bien le suppriment, purement et simplement, par l'amputation de la partie qui en est le siège.

Cette dernière conduite, si radicale qu'elle paraisse, n'a d'ordinaire aucun résultat durable : enlevé, le mal perforant reparaît sur le moignon, que l'on ampute à son tour; j'ai vu des malades chez qui, de tranche en tranche, l'on en était arrivé à faire, pour un mal perforant du gros orteil, une amputation de cuisse dont la cicatrice était elle-même devenue, en fin de compte, le point de départ d'une nouvelle ulcération trophique.

C'est que le mal perforant n'est qu'un symptôme, le symptôme chirurgical d'un grand nombre d'affections du système nerveux.

Je pense dès lors que, d'exclusivement symptomatique qu'il était, son traitement doit devenir pathogénique : *l'élongation des nerfs correspondant à son territoire cutané*, c'est-à-dire, dans l'immense majorité des cas, l'élongation des nerfs plantaires étant seule susceptible de remplir cette condition nouvelle.

Je l'ai mise en pratique sept fois : la première fois en octobre 1894, une fois dans chacun des quatre mois suivants, deux fois en 1896. Cinq de mes interventions, sur sept, ont donc plus de deux ans de date.

Au point de vue opératoire, je ne ferai, sur ces sept interventions, que de très brèves remarques. Cinq fois, je me suis adressé aux plantaires interne et externe réunis, une fois au plantaire interne seul, une fois au collatéral interne du gros orteil. Dans aucun cas, la découverte et l'élongation de ces branches nerveuses n'ont présenté de particularité digne d'être notée. J'ajouterai seulement que l'élongation des petits filets plantaires me paraît devoir être rarement pratiquée; en effet, les troubles trophiques, dont l'ulcération n'est que le principal, sont en général beaucoup plus étendus que le domaine de l'un de ces filets et, d'autre part, s'il est indifférent d'opérer en plein œdème trophique (une de mes observations le démontre), il pourrait ne point l'être de créer une plaie opératoire au voisinage du foyer d'infection qu'est le mal perforant le mieux pansé. On aura donc recours, en règle générale, à des élongations telles que celles des plantaires sous la malléole interne, du musculo-cutané au-dessus de la malléole externe, du saphène externe sur le bord du tendon d'Achille, en un mot, à des élongations ni trop rapprochées, ni trop éloignées, mais à distance moyenne de l'ulcération trophique.

Au point de vue thérapeutique, sur mes sept interventions, j'ai eu un seul insuccès. A l'ablation du pansement opératoire, l'ulcération était cicatrisée, mais, un mois plus tard, elle avait repris ses dimensions primitives : sa désinfection et le séjour au lit du malade auraient suffi pour donner ce bénéfice partiel et transitoire que je considère, dès lors, comme sans intérêt. Mes six autres interventions ont été toutes favorables. L'un de mes opérés, ataxique, chez qui j'avais fait, en janvier 1895, l'élongation du collatéral interne du gros orteil, a été, il est vrai, sept mois après, amputé de l'avant-pied; mais, à cette date, son ulcération du gros orteil n'avait pas récidivé et l'exérèse fut faite pour des ulcérations de la face dorsale des autres orteils. Mes cinq autres opérés, qui portaient, le premier, une série de maux perforants, suite de gelure; le second, un mal perforant sous-métatarso-phalangien du gros orteil, suite de névrite traumatique; le troisième, un mal perforant de même siège, sans cause appréciable, mais accompagné d'anesthésie; le quatrième et le cinquième, des maux perforants nettement ataxiques, ont conservé leur guérison parfaite tout le temps que j'ai pu les suivre : trois près de deux ans, et les deux autres sept et quatre mois. Je tiens à ajouter que ces cinq malades étaient porteurs, non pas de petites ulcérations superficielles, mais d'ulcérations profondes, avec lésions osseuses; qu'ils étaient, sauf un, dans les pires conditions d'hygiène; enfin que tous, errant depuis des années, d'hôpital en hôpital, avaient subi les interventions les plus variées sans aucun résultat.

Je me crois donc autorisé à dire : *l'élongation des nerfs plantaires à distance moyenne permet d'obtenir la guérison durable des maux perforants les plus invétérés.*

J'ajoute que, pour obtenir cette guérison dès le premier pansement *par première intention*, il est indispensable de pratiquer, dans la même séance opératoire que l'élongation, une toilette complète de l'ulcération trophique : curage, ablation des os nécrosés, abrasion des bords épidermisés, en un mot, transformation de l'ulcération circulaire infecte en une plaie ovale propre, dont les bords sont suturés l'un à l'autre : ce traitement topique, à lui seul insuffisant pour obtenir la guérison du mal, — je pourrais vous en citer de trop nombreux exemples personnels, — est une condition nécessaire de sa guérison rapide par l'élongation; il serait tout à fait inutile ou même absurde de demander à celle-ci d'agir sur les éléments secondaires, infectieux ou nécrotiques, surajoutés à la lésion trophique proprement dite.

On me permettra de terminer en disant, qu'à ma connaissance, un assez grand nombre de maux perforants ont été, depuis mes premières publications à ce sujet, traités dans les hôpitaux de Paris par ma méthode de l'élongation plantaire. Je serais heureux que cette communication provoquât leur publication qui permettrait, j'en suis convaincu, d'appuyer, sur une statistique plus étendue, les conclusions très favorables que j'ai cru pouvoir émettre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 avril 1897. — Présidence de M. Caventou.

PRÉSENTATION

Traitement des fractures de la clavicule par le massage seul. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente quatre hommes atteints de fracture de la clavicule, qui ont été traités exclusivement par le massage. Ils sont aux dix-neuvième, dix-huitième et vingt-troisième jour de leur accident; ils n'ont jamais été immobilisés; on s'est contenté de suspendre le bras pendant quelques jours avec une écharpe, mais ils ont été massés dès le premier jour. Immédiatement la douleur cesse et la main redevient souple. Tous cesmalades peuvent, dès maintenant, mettre sur la tête la main du côté blessé.

Et cependant il s'agissait de fractures graves.

L'examen de ces quelques cas suffit à démontrer :

1° Que la formation du cal est au moins aussi rapide, sinon plus rapide, sur un os non immobilisé;

2° Qu'une partie de la déformation peut être corrigée par le massage, sans que la contention ajoute une immobilisation dans un sens déterminé;

3° Que lorsque le traitement a été fait sans immobilisation, avec une contention absolument insignifiante (par une écharpe simple), qui se réduit souvent à une simple suspension du poignet, avec un massage quotidien et une mobilisation très attentive, les résultats suivants sont observés :

La douleur disparaît avec une très grande rapidité;

A une époque à laquelle on n'oserait espérer la solidité d'une fracture après immobilisation, la solidité est acquise;

Aussitôt que cette solidité est obtenue, la souplesse parfaite de la région et la perfection du jeu de tous les muscles du bras et du moignon de l'épaule assurent un fonctionnement parfait et immédiat du membre;

Même avant que la solidité de la clavicule soit complète, le sujet peut déjà sans inconvénient demander à sa main beaucoup de petits services, et dans pas mal de cas de fractures de clavicules, nous avons vu des employés de diverses professions continuer, sans difficulté, une partie de leurs fonctions.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

Au premier tour de scrutin, M. Richelot obtient 71 suffrages, M. Bouilly 2 et M. Peyrot 1.

En conséquence, M. Richelot est proclamé élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. POTAIN rappelle qu'on a objecté aux observations qu'il a publiées, et dont s'est servi M. Dieulafoy dans sa communication, leur caractère ancien : à l'époque où il a recueilli ces faits, l'appendicite était inconnue et il devait forcément négliger de la rechercher. Il lui semble qu'il est difficile de préciser exactement si l'appendicite a existé dans les antécédents de ces malades. Il suffit d'avoir recherché si ces derniers ont présenté des accidents péritonéaux ou intestinaux aigus qui auraient pu être des appendicites ou des troubles péri-appendiculaires. Or, jamais, dans ses observations, M. Potain n'a relevé d'accidents de cette nature.

Il y a un grand intérêt à élucider cette question des rapports de l'entérite muco-membraneuse avec l'appendicite. Ils sont légion ceux que l'entérite muco-membraneuse tourmente; doit-on laisser suspendue au-dessus de leur tête cette épée de Damoclès que représente l'appendicite? Non, évidemment; toute colite muco-membraneuse ne prépare pas, ne détermine pas, à plus ou moins longue échéance, l'appendicite. Il faut le dire bien haut, car la conséquence prophylactique suit de près la conception pathogénique. Si l'entérite prépare l'appendicite, faut-il que les malades qui en sont atteints se fassent débarrasser de leur appendice, pour en prévenir la maladie? Car la colite muco-membraneuse ne guérit pas vite par les moyens médicaux; souvent même elle reste rebelle à nos traitements. Alors, doit-on, encore une fois, opérer au plus tôt, par précaution?

Eh bien, non; pour une conséquence un peu lointaine de l'entérite, conséquence rare, et non encore bien prouvée, nous ne devons pas exposer des sujets qui supportent assez bien leur trouble intestinal à une intervention chirurgicale, souvent plus grave qu'on ne pense, et en tous cas toujours pénible.

M. DIEULAFOY répond à M. Reclus. Il dit d'abord un mot de la pathogénie de l'appendicite. Pour expliquer les appendicites qui éclatent dans les appendices à type remontant, et qui sont, croit-il, les plus fréquentes, M. Reclus invoque la coudure brusque de l'appendice, c'est-à-dire l'oblitération du canal, autrement dit, la transformation du canal en cavité close. Un peu plus loin, il invoque la forme de l'appendice, « ce canal aveugle et anfractueux, souvent tordu, souvent coudé, souvent étranglé, » c'est-à-dire les différents processus qui transforment le canal appendiculaire en cavité closé. *Quod erat demonstrandum.*

M. Dieulafoy arrive ensuite à la discussion des observations qu'il a citées tendant à démontrer que l'appendicite n'était pas l'aboutissant de l'entéro-colite muco-membraneuse.

M. Reclus a reproché aux observations citées par M. Dieulafoy d'être trop anciennes et, par conséquent, antérieures à l'époque où l'on a connu l'appendicite. Mais si ces malades, observés par M. Potain, par M. Bottentuit, avaient présenté des accidents de pérityphlite, de péritonite, ces auteurs n'auraient pas manqué de les signaler. Or si le nom d'appendicite n'existait pas à cette époque, la maladie existait bien sous le nom de pérityphlite.

Indépendamment de ces observations, M. Dieulafoy rappelle ses observations personnelles, dans lesquelles il n'a pas constaté d'appendicites au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse. Dans ces cinq dernières semaines, il a vu 17 nouveaux cas d'entéro-colite muco-membraneuse sans un seul cas d'appendicite. Cela porte à 77 le nombre de ses observations personnelles d'entéro-colite muco-membraneuse sans un seul cas d'appendicite.

M. Reclus repousse les 800 observations rassemblées par M. Dieulafoy comme peu probantes, par cela même qu'elles sont négatives. Mais y a-t-il rien de plus positif que ce fait que, sur 800 malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse, pas un seul n'a présenté d'appendicite? N'est-ce pas là un fait absolument positif? Le fait est paradoxal, M. Dieulafoy tout le premier s'en étonne, s'en trouve surpris, mais il en est ainsi et il faut bien l'admettre. Il y a bien des exceptions; il y a d'abord celles qu'a présentées M. Reclus. Mais parmi les faits avancés par M. Reclus, il en est un auquel M. Dieulafoy n'accorde pas la même importance démonstrative que M. Reclus : il s'agit de cette femme qui, après avoir pris un lavement avec 50 centigrammes de sublimé, a présenté tous les symptômes d'une entéro-colite, puis ensuite ceux de l'appendicite. Mais cette malade n'a pas été opérée et elle a bien guéri. Est-ce donc bien d'une appendicite réelle qu'il s'agit dans ce cas? Qu'est-ce qui le prouve? Nous sommes donc loin de l'expérience de laboratoire à laquelle M. Reclus comparait l'histoire de cette malade. Autrement probante est, au contraire, cette véritable expérience de laboratoire que rappelle M. Dieulafoy et qui consiste à lier, chez des lapins, l'appendice de façon à le transformer en vase clos et à produire ainsi, de toutes pièces, des appendicites, des abcès péri-cæcaux, etc. Tandis que l'observation relatée par M. Reclus ne prouve pas grand'chose, si ce n'est que cette femme a eu son intestin corrodé par le sublimé corrosif.

M. Reclus a eu une conversation avec M. Baraduc, qui aurait observé un certain nombre d'appendicites à Châtel-Guyon. Mais cela donnerait à réfléchir sur les eaux de Châtel-Guyon.

M. Dieulafoy demande donc quelques explications complémentaires sur les cas d'accidents appendiculaires observés dans cette station thermale, car il est loin de sa pensée de soutenir que les eaux de Châtel-Guyon peuvent produire l'appendicite. Il est très important, tout d'abord, que l'on s'entende bien sur la signification de ce mot d'appendicite. M. Dieulafoy n'entend parler que de la vraie appendicite, constatée chirurgicalement. On sait, en effet, de combien de difficultés peut être entouré le diagnostic de cette affection. M. Dieulafoy rappelle, à ce sujet, la récente discussion de la Société médicale des hôpitaux, sur le diagnostic de la pseudo-appendicite hystérique. M. Dieulafoy demande donc que ses contradicteurs apportent, comme lui, la plus grande sévérité, la plus grande rigueur dans les

observations d'appendicite; on ne peut tenir compte que des faits bien avérés.

Jusqu'ici, M. Dieulafoy s'est appliqué à démontrer que les malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse n'étaient qu'exceptionnellement atteints d'appendicite. Il va maintenant démontrer qu'inversement les malades, atteints et opérés d'appendicite, ne présentent d'entéro-colite muco-membraneuse, ni avant, ni après leur appendicite. Il énumère ainsi 24 observations de malades opérés d'appendicites par MM. Routier, Pozzi, Monod, Ricard, Quénu, G. Marchant, Cazin, etc., depuis 1895 jusqu'à ce jour, malades que M. Dieulafoy lui-même a vus, suivis, dont il a vu l'appendice malade enlevé, malades de tout âge, enfants, adultes, vieillards; eh bien sur ces 24 malades, pas un seul n'a été atteint d'entéro-colite muco-membraneuse, ni avant ni après sa crise d'appendicite. Or, il s'agit dans ces cas d'appendicite vraie, vérifiée anatomiquement par l'opérateur. On est donc autorisé à dire que l'appendicite ne survient qu'à titre exceptionnel dans le cours de l'entéro-colite muco-membraneuse.

COMMUNICATION

Conférence de Venise. — M. BROUARDEL. Le 16 février 1897, sur l'invitation du gouvernement austro-hongrois, une conférence internationale s'est réunie à Venise pour étudier les mesures à prendre pour protéger l'Europe contre la peste.

Dans les trois premières séances, les délégués ont communiqué les opinions de leur gouvernement. Deux courants se sont fait jour, l'un plutôt anglais, considérant que le danger était peu grand si la désinfection était bien faite au moment de l'arrivée, l'autre celui des peuples méditerranéens, demandant à ce que la protection s'exerce dès le départ des pays infectés.

Après discussion, les données générales suivantes ont été admises par la conférence :

Les germes de la peste peuvent être éliminés par toutes les voies organiques, pus, urines, excreta, et transportés par les objets solides. Les rats peuvent aussi transporter la maladie, les autres animaux ne peuvent qu'être suspectés.

Le microbe se rencontre à 5 centimètres dans le sol des cases et se développe peu en dehors des cases. Quant à l'eau, l'atténuation paraît s'y faire rapidement. Au bout de quinze jours, conservé dans de l'eau, le microbe de la peste s'atténue complètement.

Doivent être suspectés : les linges, les vêtements pouvant transporter à distance le microbe. Les hardes, literie, débris d'animaux, les tapis et même les substances textiles peuvent être soupçonnés.

La période d'observation peut être fixée à dix jours.

Dans l'Inde l'importation a toujours pu être décelée partant d'un premier sujet et se développant autour de la case, surtout dans les milieux malpropres.

L'inspecteur Mac Grégor rappelle que la peste s'est surtout développée à Bombay dans de grandes maisons contenant jusqu'à 1200 Indiens, vivant au nombre de cinq à six par petite chambre obscure ouvrant sur des corridors infects. La saleté de ces maisons est incroyable.

Un très grand nombre de ces sujets abandonna ces maisons et se répandit dans l'Inde, transportant avec eux la maladie plus ou moins latente et allant la répandre un peu partout.

Il faut donc toujours un apport de germes par un sujet malade, ces germes ne se développant d'ailleurs que dans les milieux extrêmement malpropres.

Ces grandes maisons ayant été désinfectées avec le plus grand soin, on n'observa plus de cas de peste.

Il est donc évident que l'isolement des sujets pesteux et la désinfection peuvent enrayer la maladie.

Quelles sont donc les mesures à prendre? (Voir le Premier Paris.)

LECTURES

Hémianopsie horizontale. — M. DE LAPERSONNE lit un travail sur ce sujet.

De la cure radicale du mal perforant par l'élongation des nerfs plantaires. — M. A. CHIPAULT (de Paris) fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, 1897, p. 407.)

La ponction lombo-sacrée; matériel, technique, utilité diagnostique et thérapeutique. — M. A. CHIPAULT fait la communication suivante :

« En 1893, l'un des premiers en France, j'attirais l'attention sur l'intérêt de l'évacuation, par ponction vertébrale, d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, méthode qui venait d'être décrite par Quincke (de Hambourg), et je proposais de substituer à la technique lombaire de cet auteur une technique lombo-sacrée, basée sur des points de repère plus précis et supprimant tout danger de léser, avec la pointe de l'instrument, les nerfs de la queue de cheval.

Depuis cette première publication, mes recherches à ce sujet se sont très notablement étendues : ce sont leurs résultats que je vais brièvement exposer devant vous.

Ils reposent sur un total actuel de dix-neuf interventions.

Au point de vue du matériel et du manuel opératoire, la ponction lombo-sacrée offre la plus grande simplicité.

Son matériel, que je vous présente tel que me le construit M. Collin, comprend : deux canules de 1 et 2 millimètres de diamètre, de 10 centimètres de long, graduées extérieurement en centimètres et millimètres dans leurs 6 centimètres moyens; deux mandrins de diamètre soigneusement égal au calibre des canules, les dépassant par leur pointe et munies d'un manche plat analogue à celui des sondes Béniqué; une seringue de 5 centimètres cubes à anses, pouvant s'adapter sur les canules; un tube de verre gradué fixé sur un tube de caoutchouc rouge de 50 centimètres de long, terminé par un embout pouvant, lui aussi, s'adapter sur l'une ou l'autre des canules.

L'ensemble de ce matériel est renfermé dans une boîte métallique plate, et peut être aisément stérilisé après chaque intervention.

La technique de la ponction lombo-sacrée comprend, après placement du sujet dans le décubitus latéral, jambes et tronc fléchis, et désinfection du champ opératoire, deux temps.

a. Le premier consiste à reconnaître l'intervalle lombo-sacré : il suffit d'ordinaire, pour y réussir, de palper de haut en bas la crête apophysaire, car l'intervalle cherché est beaucoup plus dépressible que les autres. Garderait-on quelques doutes sur son identité qu'il suffirait, pour la contrôler, de chercher, à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane, l'épine iliaque postéro-supérieure, dont la grosse extrémité inférieure se trouve sur la même ligne horizontale que la première apophyse épineuse sacrée, et permet, dès lors, de la reconnaître sans hésitation.

b. Le second temps consiste à enfoncer l'aiguille. La peau et l'aponévrose régionales étant extrêmement dures, on doit pénétrer d'un seul effort assez profondément, 2 à 3 centimètres chez l'enfant, 4 chez l'adulte, en introduisant l'extrémité de la pointe sur l'un des côtés de la première apophyse épineuse sacrée, et dirigeant ensuite l'instrument, non pas tout à fait en avant, mais en avant, en haut et en dedans. On frôle alors avec sa pointe le bord inférieur du premier arc sacré; ce bord apprécié, on abaisse un peu le manche de l'instrument pour contourner l'obstacle, puis on enfonce encore, de 1 centimètre chez l'enfant, de 2 chez l'adulte. Enfin, on retire le mandrin : le liquide céphalo-rachidien s'écoule par grosses gouttes claires, à peine tein-

tées en rose pour les premières, par quelques globules sanguins. Lorsqu'on a jugé l'écoulement suffisant, le mandrin est retiré d'un coup sec : un petit tampon de coton collodionné suffit pour oblitérer la piqûre qui ne saigne pas.

Telle est, essentiellement, la ponction lombo-sacrée; on peut la compléter :

a. En adaptant la seringue à l'extrémité de la canule, soit par une aspiration, soit par une injection;

b. En adaptant à cette extrémité le tube caoutchouté, par la détermination de la pression du liquide céphalo-rachidien que donne, en centimètres d'eau, la différence de niveau entre la surface du liquide, et le point de pénétration dural de l'aiguille : différence mesurée, pour la partie qui sépare cette surface et le point de pénétration cutanée, par une bande alourdie à l'aide d'une pince formant fil à plomb, pour la partie qui sépare le point de pénétration cutanée du point de pénétration dural, en lisant, à la surface millimétrée de la canule, la longueur de son segment enfoncé.

Même ainsi complétée, la ponction lombo-sacrée est d'une facilité parfaite; elle n'exige, en aucun cas, l'emploi de l'anesthésie, même de l'anesthésie locale, les téguments de la région lombaire n'ayant qu'une sensibilité tout à fait atténuée.

Au point de vue de son utilité, la ponction lombo-sacrée doit être successivement examinée comme intervention à but diagnostic, et comme intervention à but thérapeutique.

1° Comme intervention à but diagnostique, sa valeur est véritablement remarquable; pendant qu'on la pratique, elle permet de mesurer la pression du liquide céphalo-rachidien; en outre, par l'étude du liquide retiré, elle permet d'analyser ses caractères physiques, chimiques, microscopiques et bactériologiques; je ne saurais entrer ici dans le détail de ces constatations : qu'il me suffise de dire qu'ainsi, le diagnostic de la méningite tuberculeuse devient, par la constatation du bacille dans le liquide méningé, possible, dans l'immense majorité des cas, dès les premières phases du mal; cette constatation est aussi péremptoire, sinon davantage, que celle du bacille dans les crachats : son importance thérapeutique et familiale ne saurait donc être exagérée.

Je tiens à ajouter que, faite dans un but diagnostique, c'est-à-dire consistant dans l'évacuation pure et simple de quelques gouttes de liquide, la ponction lombo-sacrée ne peut offrir même l'apparence d'un danger ou d'un inconvénient quelconque.

2° Comme intervention à but thérapeutique, la ponction lombo-sacrée a, sans aucun doute, donné des résultats plus restreints; on peut espérer qu'il en sera bientôt autrement :

a. En effet, jusqu'à présent, elle s'est contentée d'être une intervention évacuatrice; or, on comprend sans peine que l'évacuation d'un plus ou moins grand nombre de centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien ne saurait avoir d'influence curatrice sur la plupart des affections dans lesquelles on la pratique.

Les résultats que j'ai personnellement obtenus sont les suivants, sur 19 cas :

α. Dix résultats complètement nuls, qui se partagent de la manière suivante : 4 hydrocéphalies infantiles dont 1, très probablement, par tumeur cérébelleuse; 1 méningite tuberculeuse de l'adulte; 4 paralysies générales; 1 épilepsie essentielle.

β. Quatre résultats insignifiants : 3 méningites tuberculeuses infantiles; 1 épilepsie essentielle.

γ. Cinq résultats importants : dans un cas d'hydrocéphalie infantile par tumeur cérébelleuse, 3 ponctions faites à huit jours d'intervalle, firent disparaître pendant un mois la céphalée, l'hébétude, et diminuèrent l'œdème papillaire : une quatrième ponction n'eut, du reste, plus qu'un résultat presque nul; dans une hydrocéphalie congénitale médiocre qui, à partir de l'adolescence, provoqua des crises d'hébétude et de céphalée, sans température, les ponctions firent, lors de chaque crise, dont la première durait depuis huit jours, lorsque je fus appelé, disparaître les accidents en moins de douze heures : le malade put, entre elles, reprendre, et continue encore actuellement à remplir les travaux de sa profession; dans 2 cas de méningites spécifiques, avec accidents du côté des nerfs de la base, stase papillaire, subdélire et phases comateuses, une seule ponction a suffi pour faire disparaître les phénomènes de compression encéphalique généralisée : le traitement spécifique intensif a eu, dès lors, le temps d'agir, une fois avec succès complet, une autre fois avec succès incomplet, mais très satisfaisant. Enfin, dans un cas d'épilepsie essentielle chez un homme de vingt-deux ans, dont les crises se répétaient depuis une semaine de huit à dix fois dans les vingt-quatre heures lorsque je le vis, une première ponction, qui donna 40 grammes de liquide céphalo-rachidien, abaissa, dans les vingt-quatre heures suivantes, le nombre des attaques à trois; huit autres ponctions, à quinze jours d'intervalle chacune, maintinrent pendant trois mois et demi leur nombre à une par semaine; depuis, les ponctions ont été cessées et le nombre des attaques est remonté à deux ou trois par semaine, chiffre habituel jusqu'à la crise qui avait sollicité mon intervention.

Telles sont, au point de vue thérapeutique, mes 19 ponctions lombo-sacrées évacuatrices : il est difficile d'en tirer, au point de vue de la valeur curatrice ou palliative de cette intervention, des conclusions générales.

b. Je crois, du reste, que l'avenir thérapeutique de la ponction lombo-sacrée est, non pas dans l'évacuation pure et simple d'une quantité plus ou moins grande de liquide céphalo-rachidien, mais, soit dans la substitution à ce liquide de sérum artificiel, soit dans l'introduction, au contact des lésions qu'il s'agit de traiter, de liquides thérapeutiques diffusibles dans le liquide céphalo-rachidien ou de sérums microbiens. Il y a là toute une méthode nouvelle dont dépendront sans doute les méningites tuberculeuses et les méningites aiguës microbiennes, plus que probablement les méningites syphilitiques, et dont j'aurai l'honneur de présenter très prochainement les résultats à l'Académie. »

Remarques sur le traitement des déviations vertébrales (scoliose et mal de Pott). — M. A. CHIPAULT fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 4 avril : MM. Mosny, 19; Aviragnet et Méry, 18.

Séance du 5 avril : MM. Le Noir, 19; Gallois et Souques, 18.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 5 avril : MM. Guillemain, 19; Chevalier, 18; Bouglé, 17.

— *Banquet de l'internat.* — Le banquet de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu cette année le samedi 1er mai, au restaurant Marguery; il sera présidé par M. le docteur Bucquoy.

— *Annuaire de l'internat.* — La 6e édition de l'annuaire, publiée par les soins de l' « Association amicale des internes et anciens internes », est actuellement réimprimée et paraîtra le 1er mai. Les collègues qui ont changé de résidence, et les internes sortis de l'internat dans les cinq dernières années, sont instamment priés, s'ils ne l'ont pas déjà fait, de faire connaître leur adresse le plus tôt possible, au secrétaire de l'Association, M. le docteur Feulard, 20, rue Saint-Georges, à Paris. — Il ne pourra être tenu compte d'aucune correction après le 15 avril.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 42. — SAMEDI 10 AVRIL 1897. 70e ANNEE. SAMEDI 10 AVRIL 1897. — N° 42

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 ·
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis nigricans dans ses relations avec la carcinose abdominale.

Par le docteur Paul COUILLAUD.

La dystrophie papillaire et pigmentaire, désignée à l'étranger sous le nom d'*acanthosis nigricans*, est une dermatose qui reconnaît pour substratum une modification profonde de l'organisme; elle est liée à la carcinose abdominale.

Les relations remarquables qui existent entre ces deux affections ont été étudiées longuement dans un ouvrage récent (1), qui contribuera peut-être à vulgariser cette complication nouvelle du cancer, connue jusqu'ici des seuls dermatologistes.

I

HISTORIQUE. — Les différents traités actuels de maladies cutanées ne font aucune mention de la dystrophie papillaire et pigmentaire. Ce n'est que dans le livre d'Unna, *Die Histopathologie der Hautkrankeiten*, qu'il est possible de trouver quelques lignes consacrées à l'intéressante affection dont nous allons nous occuper. Aussi l'existence de cette dermatose ne s'est-elle affirmée jusqu'à ce jour que par la publication d'observations, parfois bien courtes et incomplètes.

C'est à la clinique d'Unna, à Hambourg, que le premier cas de dystrophie papillaire et pigmentaire a été diagnostiqué (j'emploie à dessein ce terme). La malade atteinte de cette affection était entrée à la clinique en 1884; mais son observation ne fut publiée qu'après sa mort, en 1890, dans l'*Atlas international des maladies rares de la peau* (2), par Pollitzer (de New-York), assistant d'Unna à cette époque. L'auteur, inspiré par Unna, donne à l'affection le nom d'acanthosis nigricans; il la considère comme une mycose, c'est-à-dire une maladie parasitaire. Il joint à la description clinique une étude anatomo-pathologique basée sur les recherches faites sur des fragments de peau excisés.

Soit par simple coïncidence, soit plus probablement par une entente avec Pollitzer, un autre cas de cette dermatose était publié dans le même fascicule de l'*Atlas international*, par Janovsky, professeur à la Faculté tchèque de Prague.

Trois ans plus tard, à la séance de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie du 20 juillet 1893, J. Darier communique deux observations qu'il avait recueillies en 1889 et 1890 (antérieurement aux publications de Pollitzer et de Janovsky). Il s'agit, dans ces deux observations, d'une affection répondant exactement au type clinique de l'*acanthosis nigricans*. Mais Darier rejette cette dénomination qu'il considère comme impropre, et propose celle de *dystrophie papillaire et pigmentaire* « faute de mieux ». Le premier, il émet l'hypotèhse d'une relation entre cette dermatose et la carcinose abdominale.

Au cours de la discussion qui suit sa communication, Darier ajoute qu'il incline à considérer comme un cas de dystrophie une pièce (1) du musée de Saint-Louis, inscrite sous le nom de *séborrhée nigricans*, « d'autant plus que la malade était atteinte d'un cancer de l'estomac. »

A cette même séance de la Société de dermatologie, Hallopeau et Jeanselme présentent une malade entrée récemment à l'hôpital Saint-Louis, laquelle est atteinte de cette dermatose. Ils adoptent la dénomination proposée par Darier et se rangent à son opinion au point de vue pathogénique.

François Hue, professeur à l'école de médecine de Rouen, à la lecture des communications de Darier et d'Hallopeau, se rappelle avoir observé un cas semblable en 1890; il le publie alors dans la *Normandie médicale*, sous le titre de *Dystrophie papillaire et pigmentaire*. Il admet l'hypothèse pathogénique de Darier.

A la fin de la même année, Mourek, assistant de Janovski, relate un nouveau cas dans les *Monatshefte für praktische Dermatologie* (2). Cette observation, suivie d'une étude critique des cas antérieurs [où il n'est pas fait mention des publications

(1) P. COUILLAUD. *Dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis nigricans dans ses rapports avec la carcinose abdominale*, Paris 1896.
(2) Fascicule IV, 1890.

(1) Pièce n° 1483.
(2) Bd. XVII, s. 366.

françaises (1)], est publiée sous le titre de *Contribution à la différenciation des Épidermicoses et des Chorioblastoses basée sur un nouveau cas d'Acanthosis nigricans*. Je n'exposerai pas ici les raisons qui incitent Mourek à maintenir la dénomination d'acanthosis; il suffit de dire qu'il range la dermatose parmi les *hypertrophies de la cutis parenchymatosa* (de Kromayer). Il admet deux hypothèses pathogéniques : celle d'un trouble de nutrition de la peau et celle d'une auto-intoxication (due peut-être à un cancer du tube digestif).

C'est peu de temps après, au début de 1894, que paraît le livre d'Unna, *Die Histopathologie der Hautkrankheiten*. Les quelques lignes qui, dans cet ouvrage, ont trait à l'anatomie pathologique, sont le résumé des idées inspirées antérieurement à Pollitzer.

Au cours de cette même année 1894, deux nouveaux cas sont publiés, l'un à Londres, par Malcolm Morris; l'autre en Russie, par Tchernogouboff et Pospeloff. Aucun de ces deux auteurs n'a connaissance des observations de Darier, Hallopeau et Hue.

Au début de 1895, Darier présente à la Société française de dermatologie (2) un nouveau cas de dystrophie papillaire et pigmentaire. Il profite de cette présentation pour faire un exposé rapide et impartial des travaux de ses prédécesseurs; il ne mentionne pas la publication de Tchernogouboff.

Vers la fin de la même année, Neumann présente à la Société de dermatologie de Vienne, comme atteinte de *kératose folliculaire*, une jeune fille chez qui plusieurs membres de la Société croient reconnaître un nouveau cas d'acanthosis.

Enfin l'année 1896 voit surgir trois nouveaux cas.

Dans les *Archiv für Dermatologie und Syphilis* du mois de mai, Kuznitzky, rassemblant les travaux antérieurs, publie un mémoire à propos d'un cas qui lui est personnel. Dans sa bibliographie, comme Darier, il ne cite pas Tchernogouboff. Il adopte la dénomination symptomatique donnée par Darier et rejette celle d'acanthosis. Il saisit, lui aussi, une relation entre le cancer abdominal et la dermatose.

Le 12 novembre, à la Société française de dermatologie, deux nouveaux cas sont présentés : l'un par Tenneson et Leredde, l'autre par Du Castel.

Une discussion s'élève au sujet du malade de Du Castel : est-ce bien là un cas d'acanthosis ou ne se trouverait-on pas plutôt en présence d'un cas de mélanodermie addisonienne? Les avis sont partagés. Cependant Darier n'hésite pas à se prononcer en faveur de la première opinion.

Tel est, à l'heure actuelle, le bilan de la dystrophie papillaire et pigmentaire. Il n'est pas douteux que les futurs travaux de vulgarisation ne contribuent peu à peu à mettre en lumière un plus grand nombre de cas.

II

Étiologie. — La dystrophie papillaire et pigmentaire est beaucoup plus fréquente chez la femme; la statistique montre que le sexe féminin est atteint trois fois plus que le sexe masculin.

L'influence de l'âge ne semble pas être bien manifeste, cependant, dans plus de la moitié des cas observés jusqu'à ce jour (huit fois sur quatorze), l'affection débutait entre trente et quarante ans.

La profession, pas plus que la condition sociale, ne semble exercer aucune influence, car la dystrophie papillaire et pigmentaire s'attaque aussi bien au riche oisif qu'au travailleur. La malpropreté même ne paraît pas jouer un rôle comme facteur étiologique.

J'en dirai autant des antécédents pathologiques du malade et de l'hérédité.

Quant à l'influence que peuvent avoir la coexistence de nævi ou la coloration antérieure de la peau et des poils, il est encore impossible, à l'heure présente, de formuler aucune conclusion bien ferme à ce sujet.

A ne considérer que le nombre restreint de publications concernant la dystrophie papillaire et pigmentaire, on serait tenté de regarder cette affection comme très rare. Cependant, il est permis de supposer que bien des cas ont échappé au diagnostic, la connaissance de cette nouvelle entité du cadre nosographique étant encore bien peu répandue. Cette sorte d'éruption de nouveaux cas de dystrophie papillaire et pigmentaire, pendant ces quatre dernières années, ne vient-elle pas donner un singulier appui à l'assertion précédente?

III

Symptomatologie. — J'arrive maintenant à l'un des chapitres les plus intéressants de la question, l'étude des symptômes de l'affection qui fait l'objet de ce travail. Parmi ces symptômes, les uns se tiennent sous la dépendance de la dermatose proprement dite, ce sont les symptômes physiques cutanés, tandis que les autres, liés plus particulièrement à la carcinose, constituent l'état général.

Les grands symptômes cutanés sont au nombre de quatre : la dystrophie papillaire, la pigmentation, la dystrophie pilaire et unguéale et l'absence de desquamation; les autres lésions que l'on peut rencontrer sur la peau sont inconstantes et n'ont rien de particulier à notre affection.

Les deux premiers symptômes précités présentent à un haut degré le caractère régional : c'est un point qu'il importe de bien faire ressortir dès l'abord.

La *dystrophie papillaire* consiste essentiellement en une hypertrophie végétante constituée par des éléments de formes et de dimensions variables, habituellement groupés en nappes sur des territoires de prédilection.

Ces éléments se montrent tantôt sous l'aspect d'une élevure mamelonnée de faible saillie; tantôt, au contraire, ils figurent de véritables papillomes pouvant atteindre 2 centimètres de longueur. Indépendamment de ces deux types extrêmes, on peut voir aussi des excroissances très ténues, effilées ou renflées en massue, d'une longueur de 2 à 5 millimètres, ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, des crêtes papillaires à arêtes vives ou à plateau. Suivant le type auquel elles se rattachent, ces formations sont sessiles ou pédiculées.

Leur mode de groupement est des plus variables et donne aux surfaces cutanées malades un aspect absolument spécial. A certains endroits, se montre un véritable quadrillage; en d'autres points, les lésions prennent une apparence chagrinée ou donnent l'impression d'une peau de pachyderme.

Au-dessus de ces nappes uniformes de faible hauteur, on voit s'élever des groupements villeux ou des masses arborescentes.

(1) Il y a lieu de supposer que cette omission est due à la différence de dénomination ou provient de ce que le mémoire de Mourek était déjà à l'impression quand parurent les observations des Français.

(2) Séance du 14 février.

Les lignes du quadrillage sont formées par des sillons ordinairement peu profonds qu'on ne peut étaler, mais dont on peut écarter les bords pour voir le fond qui est presque invariablement sec et rosé.

Autour du pédicule des masses végétantes, la profondeur des sillons s'accroît beaucoup.

Leur longueur est aussi variable que leur profondeur. C'est parallèlement aux plis normaux de la peau que courent les plus longs.

La coloration des placards cutanés hypertrophiques est presque toujours gris brunâtre; néanmoins les végétations sont quelquefois rosées ou conservent la teinte normale de la peau saine.

Lorsqu'on saisit entre deux doigts la peau des régions malades, on ne peut la plisser que difficilement à cause de son épaississement, mais on peut constater qu'elle est mobile sur les plans profonds. La surface donne au toucher la sensation d'une râpe.

Les masses végétantes ont toujours une consistance très ferme.

La limite des plaques hypertrophiques, dont les dimensions sont généralement assez considérables, est très vague; c'est par dégradation successive qu'elles se fondent avec les téguments normaux circonvoisins.

Si l'on ne peut rechercher les caractères typiques de l'affection dans la lésion élémentaire de l'hypertrophie papillaire, on en découvre les traits spéciaux dans la distribution de cette hypertrophie à la surface du corps.

Les deux caractères propres de ces localisations, ce sont la *symetrie* et la *constance dans le siège*.

Le cou, les grands plis articulaires, les organes génitaux, les régions mammaire, ombilicale, anale, les deux faces des mains et des pieds, tels sont les territoires de prédilection de l'hypertrophie papillaire.

Cependant c'est avec un degré de fréquence et d'intensité très variables que ces différentes régions sont frappées par les lésions dystrophiques. Celles-ci se rencontrent constamment à la nuque ainsi qu'à la région ano-génitale; tandis qu'au contraire, le membre inférieur, les mamelles et même la partie antérieure du cou sont souvent indemnes.

Sur le reste de la peau, les végétations ne se montrent qu'isolément ou quand les lésions sortent des limites de leur domaine habituel en se généralisant.

Les caractères particuliers de l'hypertrophie papillaire varient également suivant les régions où elle se montre : lorsqu'elle occupe une grande surface plane, elle est constituée par un soulèvement en masse des papilles, tandis qu'elle prend la forme arborescente dans les creux et dans les plis articulaires.

A la dystrophie papillaire cutanée se lie la *dystrophie papillaire des muqueuses*. Sur celles-ci, les lésions ne diffèrent pas sensiblement, au point de vue morphologique, de celles de la peau, sauf cependant sur trois points :

1° Elles ne s'y disposent pas en quadrillages;

2° Leur coloration varie du rose laiteux au rouge vif (sans avoir malgré cette coloration aucune tendance à saigner par le frottement);

3° Elles ont une consistance veloutée.

Quant à la répartition de ces lésions dystrophiques sur les muqueuses, elle n'a aucun caractère spécial. Cependant la langue semble être un territoire de prédilection pour l'hypertrophie papillaire, au même degré que la nuque et les organes génitaux. La conjonctive, au contraire, ne présente ordinairement qu'un léger semis granuleux.

L'hypertrophie papillaire qui, sur la peau, ne cause aucune sensation douloureuse, devient, sur les muqueuses, l'occasion d'une gêne fonctionnelle très marquée qui peut aller jusqu'à causer de véritables souffrances.

Le deuxième grand symptôme de notre maladie, la pigmentation, n'a en elle-même rien de pathognomonique; mais, comme pour l'hypertrophie papillaire, le point caractéristique de cette pigmentation, c'est sa distribution.

La pigmentation suit sur le corps la répartition de l'hypertrophie elle-même. Aussi la rencontre-t-on surtout à la nuque, à la région génitale, à l'ombilic, aux plis articulaires.

La teinte pigmentaire varie suivant l'individu et, sur le même individu, suivant la localisation : tantôt gris brunâtre, tantôt gris de fer, parfois même noir d'ébène.

Les limites des placards pigmentaires, de même que celles des placards hypertrophiques, sont indécises, la *discoloration* (1) s'atténuant progressivement pour se confondre avec la coloration des téguments qui ne sont pas touchés par l'affection.

Dans la grande majorité des cas, les deux symptômes, hypertrophie papillaire et pigmentation, coexistent aux mêmes régions; mais il est possible néanmoins de n'observer que l'un ou l'autre sur certains territoires cutanés, et, dans ce cas, c'est *presque toujours l'hypertrophie qui a le pas sur la pigmentation*.

Mais si ces deux variétés d'altérations se réunissent sur la surface cutanée, *il n'en est plus de même sur les muqueuses qui ne présentent jamais de pigmentation :* c'est là un point sur lequel j'insiste particulièrement et dont je reparlerai au chapitre du diagnostic.

Il me reste à parler maintenant de la *dystrophie pilaire et unguéale* et de l'*absence de desquamation*.

Ce dernier symptôme, quoiqu'il soit négatif, n'en a pas moins une grande valeur au point de vue du diagnostic avec certaines affections cutanées, comme nous verrons plus loin. Cette absence de desquamation s'accompagne d'un état de *sécheresse manifeste de la peau*, souvent très désagréable pour le malade.

Quant à la dystrophie pilaire et unguéale, c'est un symptôme plus tardif dans son apparition. Les poils et les cheveux deviennent d'abord secs et cassants, donnant au toucher la sensation du crin; ils cèdent facilement à une traction modérée. Puis, peu à peu, ils commencent à tomber spontanément et cette chute pilaire se généralise à tout le corps, défigurant complètement le malade.

Les altérations des ongles n'ont rien de bien caractéristique : ils sont épaissis, striés et cannelés, secs et cassants, ainsi que cela s'observe dans diverses maladies nerveuses.

J'ai dit au début de ce chapitre que d'autres lésions inconstantes peuvent se rencontrer sur la surface cutanée. Ces lésions connexes sont les nævi, les mollusca pendula, les éphélides, les verrues communes, les verrues séborrhéiques. Elles se répartissent en n'importe quels points, sans règle et sans symétrie.

Cet ensemble de lésions cutanées s'accompagne ordinairement d'un *état général plus ou moins mauvais*, qui se mani-

(1) Le mot *discoloration*, employé par les auteurs anglais et allemands, marque une modification de la couleur normale d'un tissu ou d'un organe : par exemple, un tissu blanc normalement se discolore en brun, en noir, etc. Il serait désirable d'adopter ce terme, qui n'a pas son équivalent en français.

feste surtout par de l'amaigrissement et une cachexie profonde.

Le plus souvent, le malade se plaint de troubles digestifs : douleurs stomacales, dégoût des aliments, vomissements alimentaires et bilieux et parfois noirâtres, alternatives de diarrhée et de constipation, mélæna. Quelquefois à ces symptômes viennent se joindre des signes de péritonite chronique.

D'autres fois, chez la femme, on observe des pertes rouges ou ichoreuses et fétides. Le toucher ou l'examen au spéculum peut, dans ce cas, démontrer l'existence d'un carcinome utérin.

Quel que soit celui de ces états morbides, dyspepsie ou troubles utérins, que l'on rencontre, l'examen superficiel éveille l'idée d'une tumeur carcinomateuse d'un des organes de l'abdomen ou du bassin.

Il arrive cependant, et cela surtout vers le début de la dermatose, que le malade se présente avec les apparences extérieures d'une santé satisfaisante, si bien que le thérapeute non prévenu passera à côté du cancer sans le dépister. Mais si, au contraire, dans ce cas, on interroge le patient, on ne tarde pas à apprendre qu'il a souffert depuis longtemps de troubles digestifs vagues, et qu'il a maigri un peu depuis quelque temps. S'il s'agit d'une femme, on apprend qu'elle ressent dans le bas-ventre des douleurs irradiant vers la cuisse, que les menstrues sont réapparues ou sont irrégulières. *Si, à ce moment, l'examen des organes abdominaux ne fournit encore aucun élément au diagnostic, les symptômes ci-dessus permettent néanmoins d'affirmer la présence d'un cancer abdominal.*

IV

Évolution et terminaison. — Le mode de début de notre affection est variable : tantôt la dermatose se déclare chez un malade déjà cachectique et nettement carcinomateux; tantôt, au contraire, elle apparaît chez des individus qui n'accusent que des symptômes vagues de maladie interne.

Je dois dire que le second mode de début est le plus fréquent; il en résulte que la dermatose devient, dans ce cas, un signe précoce de la carcinose abdominale, très précieux pour le diagnostic.

Quant à la manière dont débute la dermatose elle-même, elle est assez constante. C'est ordinairement la pigmentation qui attire l'attention du malade : celui-ci s'aperçoit que sa peau prend une teinte grisâtre (comme de la crasse, qu'il cherche vainement à faire disparaître par des lavages répétés) à la nuque et aux organes génitaux, et il constate presque simultanément que ces plaques pigmentaires sont un peu rugueuses au toucher.

Mais il arrive parfois aussi que la maladie se déclare insidieusement : le patient se plaint d'avoir été porteur, depuis un certain temps, d'un papillome cutané ou muqueux, qui lui causait une gêne fonctionnelle plus ou moins marquée. Puis, beaucoup plus tard, sont apparues les lésions dystrophiques et pigmentaires.

Quoi qu'il en soit, de quelle que manière qu'elle ait débuté, l'affection suit une marche progressive. La dermatose se généralise en même temps que les lésions s'accentuent davantage localement.

Quant à l'état général, il ne tarde pas à s'aggraver et à dominer la scène.

Cependant, cette marche progressive ne se poursuit pas absolument d'une façon continue. On observe, concordant avec des périodes de rémission de l'état général, des périodes de régression des lésions cutanées : les productions papillaires cessent momentanément de s'accroître et la pigmentation s'éclaircit.

Mais ces rémissions ne sont que des épisodes éphémères qui interrompent la marche fatale de la maladie, et la mort survient à une époque plus ou moins prochaine, dans le marasme le plus profond.

V

Anatomie pathologique. — Aux deux catégories de symptômes cliniques, que nous venons d'étudier au chapitre précédent, correspondent deux ordres de lésions anatomopathologiques : les lésions cancéreuses internes, que l'on trouve à l'autopsie, et les lésions cutanées.

Je n'ai pas à revenir sur l'étude macroscopique des lésions cutanées, qui est du ressort de la symptomatologie, mais il reste à examiner, avec l'aide du microscope, les modifications plus ou moins profondes que présentent les éléments constitutifs de la peau.

Les coupes de peau provenant de territoires sains ne présentent aucune altération, même lorsqu'on les examine avec un fort grossissement.

Il n'en est plus de même si l'on examine des coupes faites même sur la limite des territoires hypertrophiés. On constate déjà, avec un objectif nº 1 (de Vérick, nouvelle notation), des modifications morphologiques très sensibles; ces altérations deviennent, d'ailleurs, de plus en plus profondes, au fur et à mesure qu'on se rapproche du centre des lésions.

Quand l'hypertrophie papillaire est peu accentuée, on voit au microscope que la surface cutanée est vallonnée, irrégulière, formant des saillies nettement arrondies.

A la paume des mains et à la plante des pieds, ce vallonnement prend l'aspect d'une suite de crêtes, tantôt aiguës, tantôt arrondies, séparées par des sillons plus ou moins larges, mais toujours assez profonds.

Sur les coupes provenant de territoires où les lésions sont plus accusées, on observe une succession de saillies ramifiées volumineuses.

Ces ramifications, constituant autant de papillomes secondaires, tertiaires, etc., sont séparées les unes des autres par des sillons d'importance variable.

Il arrive assez fréquemment qu'on voie surgir du milieu des végétations (et cela principalement sur les points où la dystrophie atteint son degré maximum) des longs papillomes isolés, effilés ou renflés en massue, qui dépassent le niveau général. Leur contour est festonné et irrégulier; il présente de nombreuses encoches.

Mais le contour de l'épiderme n'est pas seul à offrir des modifications intéressantes : les différentes couches de la peau présentent des altérations dont certaines sont absolument caractéristiques de la dermatose qui nous occupe.

La *couche cornée* est constamment hypertrophiée. Son épaisseur est variable, suivant le point considéré : au fond des sillons, elle atteint son maximum, tandis qu'elle est deux ou trois fois moins considérable sur les crêtes.

Sur certaines coupes, il n'est pas rare de constater un peu de tendance à la desquamation des couches superficielles, mais c'est une desquamation en fines lamelles, bien différente de la peau normale et inappréciable à l'œil nu.

Les lamelles des couches inférieures sont tassées les unes contre les autres. Leur kératinisation est parfaite. Cependant Mourek dit avoir observé sur certaines coupes que quelques rares noyaux avaient persisté dans les couches profondes, où on les voyait se colorer par le picro-carminate.

Parfois, on voit, dans la partie toute superficielle du stratum corné, des grains noirs qui ne sont que des minuscules grains de charbon ou des poussières; mais jamais on ne rencontre de pigment figuré dans la couche cornée.

C'est également dans la partie superficielle de la couche cornée que se rencontrent les micro-organismes qui, pour Pollitzer, auraient un rôle dans la pathogénie de l'affection. Mais, comme les recherches postérieures à celles de Pollitzer ont démontré que l'on se trouvait en présence de micro-organismes banals, cette hypothèse doit être abandonnée.

Le *stratum granulosum* est ordinairement hypertrophié et peut présenter jusqu'à trois et même cinq rangées de cellules chargées d'éléidine.

La couche de Malpighi est, dans la majorité des cas, hypertrophiée ou normale; cependant, elle est quelquefois atrophiée. Comme c'est principalement sur les bourgeons interpapillaires que porte l'hypertrophie, la ligne de séparation du derme avec l'épiderme est bien plus accidentée qu'à l'état normal.

C'est dans la couche de Malpighi que l'on commence à constater la présence de pigment sur les coupes de peau excisée dans les régions pigmentées. Mais le pigment ne se répartit pas indifféremment dans toute l'épaisseur de la couche : les cellules de la première rangée sont seules atteintes ordinairement; quelquefois, néanmoins, les cellules de la deuxième et de la troisième rangée renferment aussi du pigment.

Le pigment envahit le protoplasma et enserre peu à peu le noyau. Il ne présente pas la réaction du fer.

Pollitzer a signalé également dans l'épaisseur de cette couche « une disposition confuse de tourbillons et de gyri » et de nombreuses perles épithéliales. Darier explique ce fait, qui ne se retrouve dans aucune autre description, en admettant que la coupe de Pollitzer avait dû porter sur un nævus verruqueux.

Les *papilles* sont allongées et affectent le même aspect que les papillomes qu'elles contribuent à former; mais elles sont encore plus irrégulières.

Leur structure est souvent normale. Quelquefois, cependant, on observe, le long des vaisseaux ou des canalicules sudoripares, une infiltration cellulaire et la présence de *mastzellen*.

Indépendamment de ces altérations banales, un fort grossissement montre, accompagnant les vaisseaux ou disposées en traînées dans le voisinage de l'épiderme, des cellules fusiformes ou ramifiées, chargées de pigment.

Le *corps papillaire* présente les mêmes altérations banales et les mêmes cellules pigmentaires que la papille proprement dite.

Les cellules pigmentaires ne se rencontrent que rarement dans le reste du derme.

Le tissu conjonctif du *chorion* est normal.

Les *vaisseaux* du derme et du corps papillaire sont généralement sains.

Les *glomérules sudoripares* et leurs *canaux excréteurs* ne présentent aucune modification.

Les *follicules pilo-sébacés* semblent normaux.

Les altérations qu'a pu présenter l'*hypoderme* n'ont rien de caractéristique.

L'examen histologique des muqueuses malades n'a pas encore pu être fait jusqu'à ce jour; il est vraisemblable que leurs altérations ont une grande analogie avec celles de la peau. Toutefois, les cellules pigmentaires doivent naturellement faire défaut.

Le poil et l'ongle dystrophiques ne présentent aucune particularité, pas plus d'ailleurs que les nævi et autres lésions accessoires de la dystrophie papillaire et pigmentaire.

Il me reste maintenant à parler des lésions cancéreuses internes, dont l'importance, au point de vue pathogénique, est considérable.

N'ayant pas à faire ici l'anatomie pathologique du cancer, je me contenterai d'exposer le résultat des trois seules autopsies qui aient été faites jusqu'à ce jour, dont deux par J. Darier, la troisième par Kuznitzky (de Cologne).

Chez la première malade nécropsiée par Darier, on constata ce qui suit (1) :

« Carcinome de la petite courbure de l'estomac et du pylore, avec envahissement complet de l'épiploon gastro-hépatique et du canal cholédoque.

Deux petits noyaux cancéreux dans le foie.

Un petit noyau cancéreux dans la rate.

Les capsules surrénales ne renferment pas de nodules carcinomateux, mais les nerfs qui s'y rendent sont en contact, sur une partie de leur trajet, avec des nodules cancéreux.

Petits nodules cancéreux sur tout le péritoine.

Semis de granulations cancéreuses sur la plèvre.

Les ganglions prélombaires et quelques ganglions du médiastin sont cancéreux. »

A l'autopsie de la malade de Kuznitzky, on a trouvé de nombreux nodules cancéreux dans le foie, les ganglions abdominaux, les poumons et leurs plèvres, dans les muscles du thorax et le deltoïde, dans l'épaisseur des téguments thoraciques, dans l'épaisseur du sternum et même sur l'os frontal (2). Les capsules surrénales ne présentaient rien d'anormal.

Quant à la troisième autopsie qui vient d'être faite tout récemment par Darier et A. Mathieu, elle a donné exactement les mêmes résultats que précédemment : les ganglions voisins des plexus sympathiques abdominaux étaient atteints de dégénérescence carcinomateuse, les capsules surrénales n'étaient pas lésées (3).

J'appelle dès maintenant l'attention sur ce fait de haute importance, que, chez ces trois malades, les capsules surrénales étaient indemnes.

Aux résultats de ces trois autopsies, on peut joindre également les constatations anatomo-pathologiques faites au cours d'opérations sur trois autres malades atteintes de dystrophie papillaire et pigmentaire. Ces trois malades étaient porteuses d'un carcinome de l'utérus.

VI

Pathogénie. — Je ne cite ici que pour mémoire la théorie parasitaire, admise primitivement par Pollitzer, quoi qu'il

(1) Résumé de la relation d'autopsie de J. Darier.

(2) Il est nécessaire d'ajouter que la malade avait été opérée d'un carcinome de la mamelle un mois auparavant.

(3) Ce malade avait été opéré il y a huit mois pour un cancer de l'estomac et on lui avait pratiqué une gastro-entérostomie.

n'eût pu trouver dans ses préparations que les microbes banals des couches superficielles du stratum corné.

Actuellement la plupart des dermatologistes se sont ralliés à la théorie qui fait de la dystrophie papillaire et pigmentaire un symptôme éventuel de la carcinose abdominale.

Mais si l'on est d'accord pour reconnaître que le cancer doit être l'agent pathogénique qui engendre notre dermatose, l'accord n'existe plus au sujet du mécanisme pathogénique lui-même.

Pourquoi la carcinose d'un organe abdominal produit-elle cet ensemble de lésions de la peau et des muqueuses que nous avons étudiées à la symptomatologie?

Je ne vois guère que trois hypothèses qui permettent d'expliquer ce fait :

1° C'est sous l'influence de lésions d'un organe abdominal, tel que les capsules surrénales, que se déclare la dermatose;

2° La dermatose est produite par une auto-intoxication cancéreuse;

3° Elle est le résultat d'une action directe du cancer sur les plexus sympathiques de la cavité abdominale ou sur leurs filets efférents.

Si l'anatomie pathologique ne s'y opposait, on serait certainement tenté par la première de ces hypothèses, qui tendrait à mettre les troubles cutanés sous la dépendance de lésions des capsules surrénales.

Nous voyons, en effet, dans la dystrophie papillaire et pigmentaire, comme dans la maladie d'Addison, la recrudescence et la diminution des lésions cutanées suivre les oscillations de l'état général. De plus, la nature de la pigmentation de notre dermatose montre qu'il y a une certaine parenté entre celle-ci et la mélanodermie addisonienne. D'ailleurs nous reviendrons sur ce sujet à propos du diagnostic.

Mais, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les deux autopsies de Darier et de Kuznitzky ont montré que les capsules surrénales étaient absolument indemnes (1).

S'il est impossible d'incriminer la lésion des capsules surrénales comme agent pathogénique, il serait vraiment irrationnel d'incriminer la lésion d'un organe inconnu, tout au moins à l'heure actuelle.

J'arrive à la deuxième hypothèse, la théorie auto-toxique, c'est celle qui est admise par Unna (2) [de Hambourg] et certains autres dermatologistes.

Mas contre cette théorie surgit immédiatement une objection, à laquelle il me semble assez difficile de répondre : Comment se fait-il, si la dermatose est le résultat d'une auto-intoxication cancéreuse, qu'on ne rencontre qu'un petit nombre de cancers abdominaux qui donnent lieu au syndrome qui nous occupe, alors que ces cancers abdominaux sont si fréquents?

Aussi en présence d'une semblable objection, je crois qu'il est plus rationnel de se rejeter sur la troisième hypothèse, qu'a préconisée Darier.

Si l'on admet que la dermatose est causée par une action directe des masses cancéreuses sur les filets sympathiques, on s'explique alors parfaitement qu'une localisation spéciale du cancer soit nécessaire. Aussi les rameaux nerveux ne se trouvent-ils lésés en quelque sorte qu'accidentellement.

En revanche, on ne peut s'appuyer sur la distribution régionale de l'éruption pour conclure, car ce mode de distribution appartient également aux tropho-névroses et aux toxico-dermies.

Je termine par une hypothèse intéressante, mais qui ne repose que sur un seul fait. M. Hallopeau, ayant observé sur sa malade la transformation épithéliomateuse d'une végétation papillaire, avait émis l'idée que ce fait tendrait à prouver, s'il se reproduisait, « que cette dystrophie est susceptible de dégénérer en tumeur épithéliale aussi bien au niveau de la peau qu'au niveau de la muqueuse gastrique. »

Quelle conclusion tirer de ce qui précède? Nous ne sommes pas certains du mécanisme pathogénique de notre dermatose, mais, du moins, un point est bien acquis : la carcinose abdominale est la cause première des lésions cutanées, les faits cliniques le démontrent nettement (1).

VII

Pronostic. — Il est presque superflu de parler du pronostic : la connaissance du lien qui unit la dermatose au cancer abdominal indique suffisamment qu'il est fatal.

Cependant comme les lésions cutanées subissent une régression très manifeste, quand l'état général s'améliore ou lorsque la tumeur carcinomateuse a été extirpée, on peut espérer retarder l'échéance fatale en intervenant chirurgicalement dès le début ou du moins aussitôt le diagnostic établi.

Et si plus tard les progrès de la science permettent de trouver un remède curateur du cancer, le pronostic de la dermatose deviendra, de ce fait, des plus bénins.

VIII

Diagnostic. — Le diagnostic de la dystrophie papillaire et pigmentaire ne présente, à la période d'état de la maladie, aucune difficulté, le caractère régional des lésions hypertrophiques papillaires et de la pigmentation, l'état de sécheresse et l'absence de desquamation de la peau, sont autant de signes qui séparent notre dermatose des similaires.

Enfin, le diagnostic vient s'affermir encore par la coexistence des troubles internes dus à la carcinose d'un organe abdominal.

Ce n'est guère que vers la période de début, lorsque l'hypertrophie papillaire est encore peu prononcée et que la pigmentation ou bien les troubles internes sont prédominants, que la confusion serait possible avec les diverses mélanodermies dont je vais parler.

Je commence par laisser entièrement de côté les mélanodermies parasitaires, ainsi que celles qui accompagnent le prurigo, la syphilis, le diabète, la tuberculose, le paludisme, etc. Leurs caractères, ainsi que les commémoratifs ne permettent pas de les confondre avec la mélanodermie de la dystrophie papillaire.

J'élimine, pour les mêmes raisons, les pseudo-mélanoder-

(1) Ceci ne doit pas faire exclure l'idée de parenté entre les deux affections, car il n'est pas prouvé que la mélanodermie addisonienne soit d'origine directement surrénale, et la question est certainement plus complexe qu'on ne l'avait cru tout d'abord.

(2) Lettre particulière.

(1) Voyez la relation de toutes les observations cliniques dans l'ouvrage cité au début.

mies et les mélanodermies vraies occasionnées par l'ingestion de certains médicaments.

Toutefois, il faut faire ici une exception en faveur de la pigmentation arsenicale avec hypertrophie papillaire des extrémités. Cette hypertrophie papillaire peut rendre le diagnostic plus délicat. Cependant un caractère différencie nettement les deux affections cutanées, c'est que la pigmentation arsenicale a une prédominance marquée au niveau des lésions cutanées antérieures. Les commémoratifs constituent un adjuvant sur lequel on ne peut pas compter absolument, car la pigmentation arsenicale persiste pendant plusieurs mois après que le malade a cessé de prendre de l'arsenic (1). Il est donc nécessaire d'appuyer son diagnostic sur la répartition même des lésions.

Je laisse également de côté les deux formes de la lèpre qu'un examen, même superficiel, permet de différencier de la dystrophie papillaire.

Et j'arrive à la maladie d'Addison.

J'ai déjà parlé au chapitre de pathogénie des liens de parenté qui unissent cette affection et la dystrophie papillaire et pigmentaire. Elles ont des signes qui les rapprochent; toutes deux sont caractérisées par une pigmentation cutanée, des troubles digestifs et abdominaux, et un état général qui devient de plus en plus grave au fur et à mesure de l'évolution, pour aboutir à la cachexie. Mais à côté de ces signes communs, d'autres impriment à chacune des deux son caractère spécial. D'abord, l'addisonien ne présente pas de lésions d'hypertrophie papillaire; de plus, chez lui, la pigmentation se localise surtout sur les parties découvertes, les cicatrices et les régions précédemment pigmentées; enfin, il a de la mélanodermie des muqueuses. Or, nous avons vu à la symptomatologie que les muqueuses des malades atteints d'acanthosis nigricans conservaient leur couleur normale.

Les affections que nous venons de passer en revue se distinguent facilement de notre dermatose. Celles dont il me reste à parler offrent un ensemble symptomatique qui rend quelquefois leur diagnostic différenciel avec l'acanthosis nigricans assez délicat.

Cependant, on ne rencontre pas ordinairement de difficultés bien sérieuses à différencier l'ichtyose de la dystrophie papillaire et pigmentaire, alors même que la peau ichtyosique est noirâtre et présente des saillies cornées. Quatre caractères distinguent l'ichtyose : elle débute dans l'enfance et persiste par la suite, elle desquame, elle respecte généralement les plis articulaires et les muqueuses, enfin elle n'a aucun retentissement sur l'état général de l'individu.

Je n'insiste pas sur les pseudo-ichtyoses avec dystrophie cutanée et pigmentation décrites comme accompagnant certaines cachexies. Il est assez vraisemblable que si elles avaient été étudiées avec plus d'attention, on aurait constaté qu'un certain nombre d'entre elles se rapportaient, purement et simplement, à l'affection qui fait l'objet de ce travail.

Quant aux autres pseudo-ichtyoses desquamantes, il n'y a même pas à en parler ici.

Les verrues séniles ou séborrhéiques frappent surtout les sujets débilités ou cachectiques. Nous avons vu, de plus, qu'on les rencontre fréquemment comme lésion connexe dans la dystrophie papillaire et pigmentaire. Objectivement elles sont faciles à différencier des végétations papillaires, elles ont toujours des bords nets; elles sont disséminées sur les territoires plans de la surface cutanée, fuyant ainsi les plis articulaires; elles ne se montrent non plus jamais sur la paume des mains ni sur les muqueuses. Enfin, elles sont recouvertes d'une sorte d'enduit.

Les verrues communes sont petites et isolées. Elles sont auto-inoculables, guérissent facilement, et leur présence n'influe pas sur l'état général de l'individu qui en est porteur. Elles se localisent surtout aux mains, aux oreilles, au cuir chevelu, et se montrent de préférence dans le jeune âge. Ces caractères suffisent à les différencier des végétations de la dystrophie papillaire et pigmentaire.

Le xeroderma pigmentosum de Kaposi peut, lorsqu'il est en pleine évolution, avoir certains points similaires avec l'acanthosis nigricans : les localisations de la pigmentation sont à peu près les mêmes dans les deux affections; de plus, le xeroderma pigmentosum peut présenter un état parcheminé de l'épiderme divisé par de fins sillons. Mais dans le xeroderma, la peau adhère à l'hypoderme et les nappes pigmentaires s'étalent d'une façon beaucoup plus diffuse. En outre, les végétations qu'on rencontre dans cette dermatose sont très souvent épithéliomateuses et ont une grande tendance à s'ulcérer. Enfin, la marche même de l'affection est totalement différente, car dans le xéroderma pigmentosum, c'est l'atrophie diffuse de la peau qui finit par prédominer, provoquant des désordres variés, tels que l'ectropion des paupières, l'athrésie des orifices, etc.

La maladie de Darier, ou psorospermose folliculaire végétante, est certainement, parmi toutes les affections dont nous venons de parler, celle dont le diagnostic différentiel, avec la dystrophie papillaire et pigmentaire, est le plus délicat, à tel point que quelques-uns des cas d'acanthosis publiés avaient tout d'abord été considérés comme des cas de maladie de Darier. En effet, les localisations des lésions sont les mêmes dans les deux affections, et Darier a même vu « un de ses psorospermiques avoir des verrues planes sur le dos des mains et la langue villeuse ». Mais un examen minutieux démontre que la lésion cutanée de la psorospermose folliculaire végétante consiste essentiellement en papules couvertes de croûtes, formant une éruption d'élevures serrées les unes contre les autres. D'ailleurs, avec l'aide du microscope, on découvre les grains caractéristiques et les corps ronds considérés primitivement par Darier comme des psorospermies. Enfin, un autre élément de diagnostic apporte son appui pour différencier la maladie de Darier de l'acanthosis : les psorospermiques ne semblent pas être cancéreux, car plusieurs ont été suivis plusieurs années (l'un depuis huit ans) et leur état général est resté bon.

On voit, par ce qui précède, que parmi les affections qui peuvent avoir une ressemblance quelconque avec la dystrophie papillaire et pigmentaire, aucune ne s'accompagne de carcinose, sauf parfois la maladie d'Addison, mais dans ce dernier cas, l'hypertrophie papillaire fait défaut.

Aussi, la coexistence de troubles gastriques ou abdominaux avec une hypertrophie papillaire et une pigmentation même peu marquées doit-elle autoriser à faire le diagnostic ferme de dystrophie papillaire et pigmentaire.

De même, la présence de lésions nettes d'hypertrophie papillaire avec pigmentation accompagnées de troubles internes vagues, ou même avec état général passable, le diagnostic s'impose.

(1) Baudoin. *Union méd.*, 1895.

Et dans ce dernier cas, on doit immédiatement chercher le siège de la tumeur, cause de la dermatose, afin de reconnaître si elle est opérable.

IX

Traitement. — Je disais précédemment qu'il était superflu de parler du pronostic. Cette même remarque pourrait aussi bien s'appliquer au traitement.

A proprement parler, la dystrophie papillaire et pigmentaire n'a pas de traitement, elle n'a que celui du cancer dont elle est la complication.

Il faut donc essayer, dans la mesure du possible, de relever l'état général et surtout le moral des malheureux malades.

La médication toute palliative n'a d'autre but à viser que d'adoucir un peu leurs derniers mois ou leurs dernières semaines d'existence.

Cependant, si le diagnostic a été porté dès le début, c'est la chirurgie qui doit apporter ses secours, c'est d'elle seule qu'on peut espérer de bons effets. Et l'opération nécessaire doit être pratiquée sans retard.

A ce moment, les lésions cutanées étant peu développées, il n'y a pas lieu de les traiter autrement qu'en baignant fréquemment le malade pour empêcher la crasse de s'accumuler dans les sillons anormaux.

Mais plus tard, lorsque l'hypertrophie papillaire s'est accrue, la propreté du malade doit être encore plus rigoureuse. On fera prendre chaque jour au moins un bain de siège destiné à modérer la prolifération des masses végétantes de la région ano-génitale.

Lorsque les végétations de la peau ou des muqueuses occasionnent de la gêne fonctionnelle, le mieux est de les enlever avec les ciseaux, ou de préférence avec l'anse galvanique : dans ce cas, elles récidivent assez rarement.

J'ai négligé de parler jusqu'ici du traitement de la pigmentation, car il n'y a guère d'intérêt à chercher à l'atténuer elle seule, sauf peut-être au début et sur les parties découvertes du corps, telles que le cou et les mains.

Pour arriver à ce résultat, il n'y a guère qu'à appliquer des exfoliants sur les surfaces que l'on désire blanchir. On aura alors recours aux emplâtres salicylés ou aux onctions avec les pommades à l'acide salicylique ou à la résorcine.

X

D'après ce que je viens d'exposer dans les chapitres précédents, je crois pouvoir conclure par la définition suivante :

La dystrophie papillaire et pigmentaire est un syndrome placé sous la dépendance de la carcinose abdominale et caractérisé :

I. Au point de vue clinique, par : 1° une hypertrophie papillaire et une pigmentation cutanées ayant un caractère essentiellement régional; 2° une hypertrophie papillaire des muqueuses ; 3° une dystrophie pilaire et unguéale ; 4° l'absence de desquamation; 5° la coexistence d'un état général mauvais;

II. Au point de vue anatomo-pathologique, par la dégénérescence carcinomateuse d'organes abdominaux;

III. Au point de vue histologique, par des lésions d'hypertrophie et de pigmentation s'observant dans la couche de Malpighi et dans le derme.

J'ajoute, en terminant, que le terme acanthosis nigricans doit être abandonné puisque, comme je viens de le dire, les lésions ne se cantonnent pas uniquement dans la couche de Malpighi. La dénomination dystrophie papillaire et pigmentaire a l'avantage d'être purement symptomatique et de ne rien préjuger.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1897. — Présidence de M. Delens.

DISCUSSION DE L'AMPUTATION DU PIED PAR LE PROCÉDÉ DE SYME.

M. Delorme apporte l'appoint de son expérience personnelle sur la valeur de l'amputation de Syme.

Depuis dix ans, il a pratiqué 7 fois l'amputation totale du pied par le procédé de Syme ; 6 fois chez des adultes pour des ostéo-arthrites tuberculeuses de l'arrière-pied, 1 fois chez un vieillard pour une gangrène de l'avant-pied, arrêtée à l'interligne de Chopart et vraisemblablement liée à l'oblitération de l'artère poplitée.

Dans les cas traumatiques et dans certains cas de gangrène, on peut opposer, à cette opération, avec quelque avantage, l'amputation Pasquier-Le Fort; dans les ostéo-arthrites tuberculeuses de l'arrière-pied qui, si souvent, atteignent et les interlignes de l'astragale et du calcanéum et ces os eux-mêmes, l'amputation de Syme paraît préférable à la première.

Sur aucun de ses malades, M. Delorme n'a observé ces rétentions de pus dans le capuchon talonnier ou le long des gaines, si souvent observées autrefois. Tous ont guéri par première intention; chez presque tous, il n'a pas drainé.

Il n'a même pas observé de mortification circonscrite du lambeau chez le vieillard amputé pour une gangrène. Si l'un de ses adultes présenta une récidive assez rapide à point de départ tibial, toutes les désarticulations tibio-tarsiennes exposent à cette éventualité.

Voilà pour les résultats immédiats; quant au résultat définitif, il a été des plus satisfaisants : moignons comparables au pilon de la jambe de bois, bien élastiques, assez larges sans l'être trop, placés exactement dans l'axe de la jambe et constitués plus par la peau de la face plantaire du talon que par celle qui recouvrait la face postérieure du calcanéum; cicatrices linéaires surélevées, situées bien audessus du point d'appui, près de la surface de section tibiale. M. Delorme n'a pas vu de cicatrice oblique de haut en bas, très rapprochée du sol, vers sa partie moyenne, exposée, par le fait, à des pressions directes, avec rétraction apparente du tendon d'Achille et froncement de la peau aux attaches de ce tendon. On ne saurait trop insister sur l'importance qu'ont, pour prévenir ce fâcheux renversement du lambeau, trois pratiques ou précautions : la suture des tendons au lambeau, l'application d'un pansement très régulier, le repos du moignon pendant un temps suffisant. C'est à leur application rigoureuse que M. Delorme attribue ses résultats définitifs avantageux. M. Delorme décrit avec détails le procédé à l'aide duquel il assure cette suture des tendons au lambeau et le mode de pansement qu'il emploie.

En faisant marcher le malade de bonne heure, alors que les adhérences n'ont pas eu le temps de se consolider, le moignon deviendra trop mobile, il obéira trop aisément à la traction du tendon d'Achille, dans les cas où les muscles antéro-externes atrophiés n'en compenseraient pas complètement l'action. Il est donc de l'intérêt du malade de ne pas le munir de son appareil avant deux ou trois mois.

Pour tous ses opérés, M. Delorme a suivi la technique opératoire qu'il a décrite, en 1879, dans son article pied du

Dictionnaire de Jaccoud, et qui diffère surtout du mode classique par la suppression du temps de la désarticulation. Cette façon de procéder lui paraît digne d'être recommandée.

Pour sillonner les faces latérales et plantaires du pied par l'incision en étrier de Syme, il commence la section à la base des malléoles, vers le milieu de leur étendue transversale, et non à leur pointe, comme la chose se fait communément.

Il reste fidèle au mode de Syme pour les dimensions du lambeau talonnier. Pourquoi, en effet, le reporter jusqu'à l'interligne calcanéo-cuboïdien et le tubercule du scaphoïde, quand une section qui, latéralement, prolonge l'axe des malléoles, lui donne une ampleur très suffisante et rend sa dissection plus aisée? Et la guérison des opérés, chez lesquels on a agi de la sorte, montre bien que le lambeau ainsi taillé est très suffisamment nourri.

Après délimitation d'un petit lambeau dorsal qu'un aide relève avec une pince hémostatique, un second aide accroupi écarte avec deux érignes doubles, en arrière à la base du lambeau talonnier, la peau qui recouvre la moitié postérieure des malléoles. La laxité du tissu cellulaire souscutané permet de faire glisser aisément cette peau au delà de leur bord postérieur.

Il abat alors à la scie, par une section bien horizontale et simultanément, le péroné à la base de sa malléole et le plateau tibial au même niveau. Lorsque la section est presque complète, la surface inférieure des os s'écarte de la supérieure, entraînée par le pied. La scie marche alors avec plus de lenteur. Le pied tombe quand la section est complète. Après l'amputation, on régularise au besoin la surface osseuse, en la débarrassant des petites saillies qui la débordent.

Tirant sur le pied, il écarte les surfaces osseuses, puis le bistouri, rasant le bord des malléoles, détache les insertions de la cloison aponévrotique postérieure, qui fixe contre elles les tendons des péroniers et les tendons internes. L'opérateur peut alors aisément dégager les faces postérieures des malléoles, de l'article, de l'astragale, et libérer le tendon du long fléchisseur propre.

D'un coup de couteau, engagé à quelques centimètres de profondeur, parallèlement à la face externe du calcanéum, on sépare, au ras d'elle, une grande étendue de la partie externe du lambeau; d'un autre coup de couteau, dont la direction est modelée sur la face calcanéenne interne, on libère largement les parties molles internes; il ne reste plus alors, portant et maintenant le pied en bascule, qu'à couper le tendon d'Achille, à la façon d'A. Guérin, et à achever le dégagement des apophyses du calcanéum et de sa face inférieure, sans oublier que, pour effectuer ce dégagement, les doigts de la main gauche remplissent un rôle de premier ordre; qu'ils refoulent le calcanéum en avant ou qu'ils impriment au pied des mouvements de torsion.

D'ailleurs, quel que soit le mode opératoire suivi, cette amputation peut se faire en quelques minutes. M. Delorme n'en a jamais mis plus pour la faire. Elle s'exécute avec toute sécurité pour le lambeau et ses vaisseaux, et sans difficultés réelles pour un opérateur qui l'a répétée à l'amphithéâtre un nombre de fois suffisant.

Puisqu'il en est ainsi, il avoue, comme M. Potherat, ne pas comprendre les avantages de la dénudation du calcanéum par le détache-tendon, après ou sans section préalable du tendon d'Achille. Il est facile de se convaincre par quelques expériences cadavériques que ce procédé est réellement laborieux, et nous ne pouvons oublier que c'étaient précisément les grandes difficultés que le chirurgien éprouvait à détacher le lambeau talonnier d'avant en arrière, avec le bistouri, qui ont fait abandonner le procédé primitif de Syme. Or, le bistouri va encore mieux et plus vite en besogne que la rugine.

M. RICARD. Nos collègues sont revenus, à propos du travail de M. Potherat, analysé par M. Kirmisson, sur les mérites réciproques des amputations de Syme, de Pirogoff et de Pasquier-Le Fort. Je ne veux point reprendre ce côté de la discussion. Tout a été dit à ce sujet dans nos traités classiques de médecine opératoire. Les indications, les contre-indications, les avantages, les inconvénients réciproques de chaque procédé sont longuement analysés dans le manuel de médecine opératoire de Malgaigne et Le Fort, et dans le traité de M. Farabeuf.

Je désire seulement attirer l'attention sur un procédé particulier auquel j'ai déjà eu recours deux fois avec un résultat orthopédique remarquable.

En principe, il faut admettre qu'aucun lambeau talonnier ne vaudra celui qui est formé par la peau même de la partie plantaire de la région calcanéenne. C'est ce que Pasquier et Le Fort ont cherché à obtenir par leur procédé.

Si, à la suite d'une lésion quelconque de l'avant-pied, la région tarsienne postérieure est reconnue saine, il y a tout intérêt à garder, à l'arrière-pied restant, sa forme anatomique et son point d'appui plantaire. C'est pour cette raison que l'opération classique de Chopart est une bonne et excellente opération, quoi qu'on en ait dit. Mais à la condition d'obtenir une soudure solide entre les tendons antérieurs de la jambe et les muscles et tendons du lambeau plantaire. L'opération de Chopart ne donnera que de mauvais résultats, lorsque, comme dans la chirurgie préantiseptique, les tendons, rétractés au loin dans leur gaine, détruite par la suppuration, se cicatrisent isolément et en restant indépendants les uns des autres. Le squelette calcanéen du moignon, abandonné par la sangle solide que lui aurait formée la soudure des tendons antérieurs aux tendons plantaires, se laissait relever par la rétraction du tendon d'Achille; resté seul, le calcanéum basculait; l'appui se faisait par la saillie inférieure de sa grande apophyse sur un lambeau que la suppuration avait rendu adhérent et peu vivace. Le résultat orthopédique était déplorable. Mais actuellement, grâce à la réunion par première intention des parties profondes des deux lambeaux plantaire et dorsal, cet inconvénient est évité et la marche se fait sur une semelle talonnière normale en bonne et régulière direction. L'arrière-pied a même conservé tous ses mouvements de flexion et d'extension. C'est ce que j'ai pu observer sur un cas qui m'est personnel.

Mais pour pratiquer cette désarticulation médio-tarsienne, il faut l'intégrité osseuse de tout le tarse postérieur, l'intégrité absolue de toute la région plantaire et d'une partie de la région dorsale du pied. Exceptionnelles sont de telles conditions, aussi voit-on peu d'amputations de Chopart.

Le plus souvent les lésions osseuses et les lésions des parties molles marchent de pair, et sont au même niveau; et pour confectionner un lambeau suffisamment étoffé le chirurgien est obligé de réséquer des os sains, bien au delà de la limite des parties molles. C'est grâce à cette résection osseuse, remontant bien au delà de la lésion, qu'on peut obtenir un véritable lambeau de parties molles bien mobiles et facile à suturer.

Dans la région tibio-tarsienne les opérateurs, obéissant à cette règle, ont extirpé en totalité (opération de Syme, de Roux) ou en partie (opération ostéo-plastique de Pirogoff et Pasquier-Le Fort), le squelette du tarse postérieur, bien que ce squelette fût sain; l'extirpation n'ayant pour but que de donner aux parties molles l'ampleur suffisante pour recouvrir les os et faciliter la suture.

Or, on peut arriver à ce résultat avec un sacrifice moindre. Lorsque le squelette du tarse postérieur est sain, mais que les parties molles ne permettent pas de tailler un lambeau dorsal ou plantaire suffisant, on obtient par la simple extirpation de l'astragale et l'enclavement du calcanéum en

son lieu et place, un aplatissement de la région tibio-talonnière, suffisant dans bien des cas pour permettre la suture des parties molles antérieures. Si la grande apophyse du calcanéum est trop saillante, on peut la reséquer. L'essentiel est de pouvoir coapter solidement les tendons antérieurs de la jambe, aux tendons postérieurs et plantaires, et d'obtenir une sangle musculo-tendineuse capable de maintenir le calcanéum dans son attitude et de lutter contre la rétraction du tendon d'Achille.

Je pense, d'ailleurs, que cette rétraction a peu de tendance à se faire si le chirurgien a su éviter l'infection de son champ opératoire.

Par ce procédé, la hauteur du tarse est diminuée, de l'épaisseur de l'astragale, le calcanéum solidement encastré dans la mortaise joue librement, sous l'influence de la contraction musculaire, suffisamment pour transmettre des mouvements à un simple soulier et le soulever dans la marche ; enfin, l'appui se faisant sur le sol par l'intermédiaire d'un calcanéum mobile, sur des téguments normaux la marche est absolument facile.

D'ailleurs si après l'astragalectomie, après la mise en place du calcanéum dans la mortaise, et la résection de l'apophyse, il existe encore une insuffisance de parties molles, il est toujours facile de recourir à l'opération de Le Fort ou à celle de Syme.

Cette opération que je propose a donc sa place bien marquée, elle est simple et d'exécution facile, elle s'adresse aux cas où le tarse postérieur étant sain, mais les parties molles insuffisantes, on ne peut recourir à la désarticulation médio-tarsienne. Intermédiaire à l'opération de Chopart et aux procédés ostéo-plastiques, elle peut être comparée à ces derniers, comme indication opératoire. Mais elle me paraît être d'une facilité d'exécution bien plus grande et donner des résultats orthopédiques peut-être supérieurs. Cette opération peut être mise en parallèle avec la désarticulation sous-astragalienne, au point de vue de la quantité de parties molles qu'elle nécessite pour sa bonne confection. Je n'hésite pas à dire qu'elle lui est infiniment supérieure tant au point de vue de la facilité d'exécution que du résultat orthopédique.

Je n'ai pratiqué que deux fois cette opération. La première fois en 1891, dans le service de M. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine, sur un aliéné échappé d'un des asiles de la Seine et qui, sautant d'un train en marche, s'était fait amputer l'avant-pied par la roue du wagon. Les os et les parties molles étaient hachés circulairement; je dus transporter mon incision assez loin du foyer traumatique, pour agir dans des parties molles saines. Il n'existait pas de lambeau suffisant pour la désarticulation médio-tarsienne. C'est alors que je me décidai à enlever un os encore, et au lieu d'enlever le calcanéum, ce qui m'eût fait pratiquer une sous-astragalienne, j'extirpai l'astragale. Cette extirpation suffit pour donner à mes parties molles l'amplitude nécessaire à leur affrontement. Les suites opératoires furent des meilleures. Le résultat orthopédique paraissait devoir être excellent, ainsi qu'on peut le présager d'après le moulage que je présente, lorsque, environ un mois après l'opération, le malade fut repris de manie aiguë et dut être retransporté dans l'asile d'aliénés d'où il s'était échappé.

Je pus pratiquer plus tard, et de propos délibéré, la même opération chez un malade âgé de quarante-cinq ans environ, qui, à la suite d'un érysipèle, eut des phénomènes d'artérite infectieuse du côté du cerveau et du côté du pied droit. Il était soigné, à ce moment, par le professeur Ball. Lorsque je le vis, il conservait encore quelques troubles aphasiques légers et présentait une gangrène sèche de tout l'avant-pied droit. M. Ball ayant posé une contre-indication absolue à l'usage du chloroforme, je dus laisser, pendant des mois, l'élimination osseuse se faire progressivement. Mais enfin la cicatrisation ne pouvant pas s'obtenir, je décidai le malade à subir une véritable intervention. Je libérai les parties molles, enlevai le cuboïde, le scaphoïde et l'astragale et laissai en place le calcanéum. Le résultat fut des meilleurs et aujourd'hui le malade, retiré en province, marche comme tout le monde, sans boiterie, à l'aide d'un soulier lacé, fait par un simple cordonnier, et ne s'aperçoit nullement du petit raccourcissement occasionné par l'extirpation de l'astragale.

Il est difficile de donner à ce procédé une étiquette anatomique exacte. C'est une opération de Chopart avec astragalectomie, c'est une opération de Pasquier-Le Fort sans section des os, par simple désarticulation; on pourrait, à la rigueur, la désigner sous le nom de désarticulation tibio-calcanéenne. L'épithète, quoique certainement très incorrecte, serait suffisamment explicite, surtout si l'on veut se rappeler que l'on désigne couramment les opérations ostéoplastiques de Pirogoff et de Le Fort sous le nom d'amputation tibio-calcanéenne. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les diverses réunions concernant la Caisse des pensions de retraite du corps médical français auront lieu, pour l'année 1897, au siège social, 22, place Saint-Georges, les jours et heures suivants :

Samedi, 24 avril, à trois heures très précises, réunion du Comité directeur. — Dimanche, 25 avril, à quatre heures très précises, réunion du Conseil des censeurs. — Dimanche, 25 avril, à cinq heures et demie, assemblée générale des participants : Rapports de M. le trésorier et de M. le secrétaire général; vote sur les pensions à accorder; communications diverses.

— Le prochain Congrès international d'hygiène et de démographie, qui doit se tenir à Madrid, est renvoyé d'octobre 1897 à avril 1898. Or, le quatrième Congrès français de médecine doit avoir lieu à Montpellier le 12 avril 1898, sous la présidence du professeur Bernheim (de Nancy). Cette date a été fixée par un vote, en assemblée générale, du Congrès de Nancy et publiée dès cette époque (août 1896) dans tous les journaux de médecine. Les questions à l'ordre du jour sont choisies, les rapporteurs désignés... Il ne serait plus au pouvoir de personne de modifier cette date.

Le bureau du prochain Congrès français de médecine s'est ému de cette éventualité et a demandé au comité d'organisation de Madrid de vouloir bien fixer le Congrès d'hygiène au plus tôt au 19 avril 1898 ou de le renvoyer à telle autre date ultérieure qui plaira mieux. On ne saurait trop appuyer cette motion, car il serait profondément regrettable que ces deux Congrès aient lieu à la même époque. La coïncidence des dates ne pourrait que nuire gravement à l'une et à l'autre de ces réunions scientifiques qui s'adressent, au moins en grande partie, au même personnel médical.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cochiarallo (de Saint-Frajou); Gauthier (de Gigny); Charles Isnard (de Marseille); Jobert (de Marseille); Rubino (de Marseille).

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 2, mars-avril 1897.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr.; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 12 avril 1897.

L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu, hier dimanche, sa 64e assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Notre éminent doyen a saisi cette occasion pour exposer l'état actuel de la profession médicale en France. Nos lecteurs liront avec intérêt ce discours, que nous reproduisons *in extenso* :

Discours de M. le président Brouardel.

Messieurs et chers Confrères,

Notre dévoué secrétaire général vous exposera, dans un instant, les résultats de l'exercice 1896-1897. Il ressort des faits que le malaise dont souffre le corps médical augmente tous les ans.

La fortune de l'Association semble prospère, les capitaux sont alimentés par de généreux donateurs. Les revenus s'accroissent, mais les besoins de nos confrères, de leurs veuves et de leurs enfants ne se sont jamais caractérisés par des demandes aussi nombreuses, et, malheureusement, aussi justifiées.

Je voudrais chercher avec vous quelles sont les causes de cette situation, je voudrais les croire temporaires.

Dans une de nos dernières assemblées, je vous signalais avec quelle rapidité croissait, dans les diverses Facultés de Paris et de la province, le nombre des étudiants en médecine. Le ministre de l'Instruction publique, sur l'avis du Comité de l'enseignement supérieur, a pris des mesures pour empêcher l'envahissement de la profession médicale par les étrangers.

Un nouveau diplôme, un diplôme universitaire, est en voie de création. Il sera donné aux docteurs et étudiants étrangers qui viennent, au grand profit national, chercher dans nos Facultés un complément de leur instruction médicale, à ceux qui veulent s'initier aux méthodes scientifiques françaises.

Pour lui conserver une valeur égale, il sera obtenu devant les mêmes juges, par les mêmes examens que ceux que conquièrent tous les étudiants, quelle que soit leur origine; mais il ne donnera pas le droit d'exercer la médecine en France : en aucun cas, il ne pourra subir une transformation qui conférerait ce droit.

Pour les étudiants qui demandent, au contraire, à obtenir un diplôme donnant le droit d'exercer, il ne sera pas accordé de dispense, ils passeront leurs baccalauréats et tous les examens. Ils seront traités comme des Français. A un régime de faveur, de pénétration, a donc succédé celui de l'égalité dans les épreuves exigées.

Bien que cette nouvelle réglementation ait écarté, des Facultés de médecine, un certain nombre d'étudiants étrangers, le vide a été vite comblé par l'affluence des étudiants français. A Paris, depuis trois ans, ils dépassent 5000, représentant le double de ceux qui étudiaient il y a vingt ans.

Remarquez que la progression est la même dans les Facultés de province. Il y a quinze ans, les statistiques estimaient que, dans toute la France, il y avait 11 à 12000 docteurs en médecine, il y a depuis cinq ans, dans les Facultés, plus de 8000 étudiants en médecine. Le nombre des praticiens aura triplé dans quinze ans, si quelque circonstance imprévue ne vient mettre un frein à cette surabondance.

Pouvons-nous analyser les causes de cette attraction produite sur les élèves et les familles par la profession médicale? On a invoqué la situation faite aux étudiants par la loi militaire.

Peut-être celle-ci a-t-elle une influence. Je la crois très faible, car le nombre des candidats sages-femmes a subi la même progression, et pour les étudiants en médecine, à l'étranger, dans les pays où la loi militaire n'a pas été modifiée, les étudiants en médecine croissent avec la même rapidité. Le mouvement est donc général.

J'estime que les conquêtes chirurgicales et médicales de ces dernières années ont une influence bien plus certaine. Il n'est pas de jour où, dans un journal, le père de famille ne lise un article d'hygiène ou de thérapeutique proclamant, parfois avec raison, les progrès accomplis dans telle ou telle branche de la science médicale. Ce père de famille s'imagine que, dans une carrière aussi prospère scientifiquement, son fils trouvera honneur et profit. Il ne comprend pas que tout ce qui diminue le nombre des malades ou assure leur rapide guérison, restreint le rôle du médecin; tous nous nous réjouissons de ces triomphes, nous souhaitons qu'ils se confirment et que d'autres leur succèdent, mais leur répercussion sur la situation des médecins n'en est pas moins réelle et parfois cruelle.

Cette multiplication du nombre des médecins les oblige pour vivre à se faire une concurrence acharnée, dans laquelle les règles de la loyauté se trouvent souvent en conflit avec les suggestions de la misère menaçante.

Vos anciens, comme moi, n'ont pas oublié qu'à l'époque où sur les bancs du collège ils cultivaient les vers latins, ils

terminaient volontiers, lorsque le souffle poétique venait à languir, un vers incomplet par un

... *malesuada fames.*

Cette augmentation du nombre des docteurs n'est pas la seule cause de la crise que traverse le corps médical.

Les mœurs du public se sont transformées. Autrefois le médecin était avant tout l'ami de la famille, il était le *medicus familiaris*, aujourd'hui son rôle se transforme, on ne vient plus lui demander : Docteur que dois-je faire? j'ai mal aux yeux, aux oreilles, je tousse, j'ai des coliques hépatiques, etc., mais on lui dit : Donnez-moi donc l'adresse d'un spécialiste?

Trop heureux encore le client qui pose cette question à son médecin, car en général il reçoit l'indication de son fournisseur, de son concierge, de quelque personne rencontrée au hasard, ou pis encore de son journal qui proclame la valeur de tel ou tel praticien, de tel ou tel remède, de telle formule parfois d'ailleurs absolument toxique.

Il n'est pas rare de voir un malheureux qui, sous l'influence d'une cause morbide unique, a une maladie de la peau, une affection des yeux, des troubles cardiaques ou stomacaux, être guidé simultanément mais contradictoirement par cinq ou six spécialistes.

Que se dira le jeune docteur : On ne le dérange que pour lui demander l'adresse de spécialistes, il se fera lui-même spécialiste.

Qu'on ne s'y trompe pas, je ne suis pas l'ennemi des spécialistes, et je n'aurais qu'à regarder à côté de moi et devant moi pour savoir quelle part ils peuvent revendiquer dans l'histoire glorieuse de la médecine française, mais ce qui caractérise cette période au point de vue de la pratique médicale, c'est l'abus par le client de toutes les bonnes choses, de toutes les facilités que les progrès de la médecine et la bonne volonté des médecins lui ont données pour se soigner.

Abus par certaines personnes aisées des soins presque gratuits donnés aux membres des sociétés de secours mutuels; abus de l'hospitalisation depuis que l'on sait que la chirurgie et l'obstétrique ont transformé les services hospitaliers et, par suite, détournement en leur faveur, par les personnes qui se font ainsi soigner, des sommes léguées aux pauvres.

Mes chers confrères,

Je m'excuse d'avoir ainsi assombri cette réunion, mais nous nous trouvons reliés par une idée supérieure, nous voulons tendre une main secourable à ceux qui ont échoué dans leurs efforts, à leurs veuves et à leurs enfants. Est-ce sortir de notre rôle que de signaler les dangers qui les menacent? N'est-ce pas notre devoir de signaler ces abus et de nous réunir pour tâcher de limiter leurs effets?

Aucun de ces problèmes ne nous laisse indifférents et partout où votre président a l'espoir d'être écouté, il dit et il répète, avec des succès divers : La profession médicale souffre de la pléthore de ses membres, elle se trouve en présence de mœurs nouvelles, les victimes de la profession augmentent de nombre, la lutte devient chaque jour plus acharnée, elle inspire mal quelques-uns des combattants, notre devoir à nous, représentants de l'Association des médecins de la Seine, à qui on a légué une tradition de près de soixante-dix ans d'honorabilité et de dignité, est d'avertir les pouvoirs publics, de leur démontrer qu'il faut nous aider à assurer au médecin la possibilité d'exercer sa profession dans les conditions qui, depuis des siècles, lui ont valu le respect de tous les membres de la société.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné ensuite lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 58078 francs, dont 16365 fournis par les cotisations, 2765 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 3 sociétaires, 61 veuves ou familles de sociétaires, enfin 30 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, 3 pensions viagères de 1200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 53000 francs. Une somme de 3000 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice; ont été élus : président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet; trésorier, M. Genouville.

La discussion, ouverte à la Société médicale des hôpitaux sur l'**appendicite**, a été déclarée close le 9 avril, après une importante communication de M. Talamon. Nous ne pouvons ici qu'en indiquer les lignes principales; c'est un travail qu'il convient de lire dans le texte.

M. Talamon est un des premiers qui aient défendu en France l'idée de l'appendicite et l'aient opposée à l'ancienne conception de la typhlite. Il a poussé les chirurgiens français à intervenir, alors qu'ils n'osaient encore le faire; depuis 1890, il a personnellement observé 80 cas d'appendicite, il est donc autorisé à donner son avis sur la question de l'intervention chirurgicale et du traitement médical.

On a, dit-il avec beaucoup de raison, le tort de considérer l'appendicite comme une maladie une, et de confondre ensemble des faits en réalité très différents : les statistiques n'ont de valeur que si elles sont dressées par catégories, par variétés cliniques et anatomo-pathologiques.

Sept cas d'appendicite perforative, avec péritonite généralisée d'emblée, lui ont donné 7 décès, bien que l'intervention chirurgicale ait eu lieu dans 2 cas. Dans cette forme, l'opération est impuissante à sauver les malades, même lorsqu'on intervient quelques heures seulement après la perforation. C'est par la terreur de cette forme si grave, que les chirurgiens poussent à l'intervention dans la majorité des cas. Cela n'est guère justifié, puisqu'elle survient ordinairement d'emblée, brusquement, au milieu d'une santé florissante. Il est très difficile de la distinguer de la suivante; le meilleur signe serait encore la petitesse et la fréquence très grande du pouls, qui atteint 120 pulsations chez l'adulte et 130 à 140 chez les enfants. Le mieux est d'attendre; si la péritonite est généralisée d'emblée et très septique, il n'y aura aucun regret à avoir, l'intervention ne donnant que des résultats négatifs dans les cas semblables; si, au contraire, la péritonite se limite et aboutit à une suppuration collectée, on interviendra plus tard dans de meilleures conditions, sans risquer, par une intervention trop hâtive, de transformer en une péritonite généralisée une inflammation qui se serait localisée spontanément.

L'appendicite avec péritonite limitée, aboutissant à une suppuration en foyer, réclame l'intervention chirurgicale, mais seulement lorsque le pus est nettement collecté, ce qui a lieu vers le septième jour; le moment le plus favorable pour l'opération serait du douzième au quinzième jour.

L'appendicite avec péritonite plastique, donnant lieu à une tuméfaction pérityphlique sans suppuration — il serait plus exact de dire, croyons-nous, sans foyer de suppura-

Dans l'eau ordinaire non distillée, le sublimé se décompose généralement de suite suivant les produits qu'elle contient. L'action de l'air et de la lumière favorise cette décomposition, qui est légère si on place la solution à l'abri de ces deux agents. Les solutions faites avec de l'eau distillée se conservent au contraire à peu près intégralement, même sous l'influence de l'air et de la lumière. (*Bull. méd.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 26 avril au 1er mai 1897)

Examens de doctorat.

Lundi 26 avril. — Dissection, épreuve pratique : MM. Marchand, Ricard et Humbert.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Peyrot, Heim et Tuffier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Delens, Delbet et Varnier; — (2e partie) : MM. Potain, Marie et Gilles de la Tourette; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Lejars et Sebileau ; — (2e série) : MM. Terrier, Walther et Jalaguier; — (2e partie) : MM. Fournier, Chauffard et Gaucher; — M. Thoinot, suppléant.

Mardi 27 avril. — Dissection, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Brun.

1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Quénu et Rémy.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Thiéry et Heim; — (2e série) : MM. Polaillon, Gley et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Panas, Schwartz et Bar ; — (2e partie): MM. Debove, Marfan et Ménétrier.

4e examen : MM. Proust, Gilbert et Thoinot; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Pozzi et Nélaton ; — (2e partie, 1re série) : MM. Grancher, Chantemesse et Achard ; — (2e série): MM. Jaccoud, Dieulafoy et Charrin; — M. Berger, suppléant.

Mercredi 28 avril. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Delens, Ricard et Delbet.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Rémy, Broca et Sebileau; — (2e série) : MM. Marchand, Wurtz et Poirier; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Heim et Chassevant.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Humbert, Jalaguier et Bonnaire.

4e examen (1re série) : MM. Pouchet, Chauffard et Netter; — (2e série) : MM. Joffroy, Landouzy et André ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

Jeudi 29 avril. — Dissection, épreuve pratique : MM. Guyon, Rémy et Thiéry.

1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Schwartz et Polaillon.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Quénu, Albarran et Poirier; — (2e série) : MM. Brun, Hartmann et Netter; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Gley et Chassevant.

3e examen (2e partie) : MM. Joffroy, Chantemesse et Ménétrier.

4e examen : MM. Debove, André et Gilbert; — M. Heim, suppléant.

Vendredi 30 avril. — Dissection, épreuve pratique : MM. Humbert, Rémy et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Delens, Sebileau et Heim; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, André et Chassevant.

3e examen (2e partie) : MM. Grancher, Chauffard et Marie.

4e examen : MM. Pouchet, Thoinot et Netter; — M. Ricard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Jalaguier et Broca; — (2e série) : MM. Marchand, Peyrot et Lejars; — (2e partie) : MM. Hayem, Gaucher et Wurtz; — M. Tuffier, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. Walther, suppléant.

Samedi 1er mai. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Panas, Le Dentu et Nélaton.

1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Quénu et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Poirier et Gley; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Roger et Chassevant; — M. Letulle, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Berger, Brun et Albarran; — (2e série) : MM. Polaillon, Schwartz et Hartmann; — M. Marfan, suppléant.

5e examen (2e partie), *Charité* (1re série): MM. Dieulafoy, Gilbert et Ménétrier; — (2e série) : MM. Debove, Laboulbène et Chantemesse; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar; — M. Heim, suppléant.

Thèses de doctorat.

Mercredi 28 avril, à une heure. — M. Boury. Des injections intramusculaires de salicylate de mercure dans le traitement de la syphilis (MM. Fournier, président ; Tillaux, Tuffier et Gaucher). — M. Robert. Contribution à l'étude des troubles trophiques cutanés dans la blennorragie. [Cornes cutanées.] (MM. Fournier, président; Tillaux, Tuffier et Gaucher). — M. Rinuy. Contribution à l'étude de la vaccine généralisée (MM. Fournier, président ; Tillaux, Tuffier et Gaucher). — M. Jeanne. De la voûte plantaire et du pied creux congénital par malformations osseuses (MM. Tillaux, président; Fournier, Tuffier et Gaucher). — M. Franchetti. Phtisie traumatique (MM. Potain, président; Terrier, Marie et Walther). — M. Delaunay. Étude et considérations générales sur le rôle fonctionnel de la glande thyroïde (MM. Potain, président; Terrier, Marie et Walther). — M. Beaussenat. Pathogénie de l'appendicite. Recherches expérimentales (MM. Terrier, président ; Potain, Marie et Walther).

Jeudi 29 avril, à une heure. — M. Willemin. Du traitement des végétations adénoïdes du pharynx nasal. Accidents consécutifs (MM. Laboulbène, président; Panas, Nélaton et Charrin). — M. Lallier. Étude sur la myose du tube digestif chez l'homme (MM. Panas, président; Panas, Nélaton et Charrin). — M. Baudoin. Sarcome mélanique du lactus uvéal (MM. Panas, président ; Hutinel, Brun et Netter). — M. Kuborn. Les bains chauds dans la bronchopneumonie des enfants (MM. Grancher, président ; Proust, Marfan et Thoinot). — M. Szmigielski. Histoire médicale de la campagne du Dahomey, en 1892 (MM. Proust, président; Grancher, Marfan et Thoinot). — M. Coiscou. Quelques considérations relatives aux règles pronostiques de l'albuminurie (MM. Dieulafoy, président; Tarnier, Maygrier et Achard). — M. Amillet. Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorragies puerpérales par les injections d'eau salée (MM. Tarnier, président; Dieulafoy, Maygrier et Achard). — M. Maitre. Contribution à l'étude de la période latente des ostéosarcomes des membres (MM. Le Dentu, président; Berger, Pozzi et Sébileau). — Mme Philippoff. De la valeur des transplantations musculo-tendineuses dans le traitement du pied-bot paralytique (MM. Le Dentu, président ; Berger, Pozzi et Sébileau). — M. Heiser. Contribution à l'étude de la scoliose essentielle des adolescents (MM. Berger, président ; Berger, Pozzi et Sébileau).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 avril 1897, a été nommée au grade de chevalier de la Légion d'honneur : Mme Pilate, en religion sœur Saint-Laurent, employée dans les salles militaires de l'hospice mixte de Dreux : 54 ans de service, dont 49 dans les hôpitaux militaires; s'est montrée d'un dévouement absolu pendant les épidémies de variole (1849) et de fièvre jaune (1855) à la

Martinique; de variole et de fièvre typhoïde à Vernon (1870); de scarlatine (1888) et de fièvre typhoïde (1893-1894) à Dreux.

— Par décret, en date du 8 avril 1897, sont nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Bourdon, en remplacement de M. Michaud, retraité; désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Toussaint, en remplacement de M. Gigon, retraité; maintenu au 26e d'infanterie; — Vaugy, en remplacement de M. Bourdon, promu; maintenu au 136e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Laine, en remplacement de M. Toussaint promu; désigné pour le 145e d'infanterie; — Loustalot, en remplacement de M. Vaugy, promu; désigné pour le 36e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 mars 1897, des médailles d'honneur et des mentions honorables ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours d'une épidémie de variole qui a sévi à Marseille en 1895 et en 1896 :

Médaille d'or : M. Estier, vice-président de la Commission administrative des hospices civils.

Médailles de vermeil : MM. les docteurs Coste, Arnaud et Boy-Teissier, médecins des hôpitaux; M. Liotier, secrétaire général des hospices.

Médailles d'argent : Mmes Bonnet (sœur Scholastique) et Velay (sœur Sainte-Marcelle), attachées au service des varioleux; MM. Chassy, Gouinet, Jacquemet, internes en médecine, attachés au service des varioleux; MM. Bel et Sardou, internes en pharmacie.

Médailles de bronze : MM. Niel et Plaignard-Flaissières, externes des hôpitaux, attachés au service des varioleux; MM. Fougeron et Dougnac, infirmiers, attachés au service des varioleux.

Mentions honorables : M. Malègue, appariteur; Mmes François et Mermilhort, infirmières, attachées au service des varioleux.

— Par décision ministérielle, en date du 5 avril 1897, les arrondissements d'inspections générales du service de santé ont été arrêtés ainsi qu'il suit pour 1897 et répartis comme ci-après entre MM. les inspecteurs généraux du corps de santé militaire :

Ier ARRONDISSEMENT : Gouvernement militaire de Paris, moins les divisions d'infanterie des 3e, 4e et 5e corps d'armée, stationnées sur le territoire du gouvernement militaire de Paris; brigade d'artillerie de Vincennes; écoles supérieure de guerre, d'application de l'artillerie et du génie, d'application du service de santé militaire, polytechnique, spéciale militaire, militaire de l'artillerie et du génie, d'administration militaire, normale de gymnastique, préparatoire d'infanterie de Rambouillet; orphelinat Hériot; 2e corps d'armée; hôpital thermal de Vichy; 13e section d'infirmiers militaires; école du service de santé militaire. — M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du Comité technique de santé.

IIe ARRONDISSEMENT : 7e et 8e corps d'armée; direction de l'artillerie de Bourges; école militaire préparatoire de cavalerie d'Autun. — M. le médecin-inspecteur Mathieu, directeur du Val-de-Grâce, membre du Comité technique de santé.

IIIe ARRONDISSEMENT : 6e, 4e et 11e corps d'armée; divisions d'infanterie du 4e corps d'armée, stationnées sur le territoire du gouvernement militaire de Paris; prytanée militaire. — M. le médecin-inspecteur Boisseau, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

IVe ARRONDISSEMENT : 18e, 10e et 5e corps d'armée; divisions d'infanterie du 5e corps d'armée stationnées sur le territoire du gouvernement militaire de Paris. — M. le médecin-inspecteur Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée.

Ve ARRONDISSEMENT : 12e et 17e corps d'armée. — M. le médecin-inspecteur Kelsch, directeur de l'Ecole du service de santé militaire, membre du Comité technique de santé.

VIe ARRONDISSEMENT : 1er, 3e et 9e corps d'armée; divisions d'infanterie du 3e corps d'armée stationnées sur le territoire du gouvernement militaire de Paris; 3e brigade d'artillerie de Versailles; écoles militaires préparatoires de Montreuil-sur-Mer et des Andelys, d'application de cavalerie, militaire d'infanterie. — M. le médecin-inspecteur Chauvel, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, membre du Comité technique de santé et de l'intendance.

VIIe ARRONDISSEMENT : 15e et 16e corps d'armée; 13e corps d'armée (sauf l'hôpital thermal de Vichy et la 13e section d'infirmiers militaires); écoles militaires préparatoires de l'artillerie et du génie de Billom, d'infanterie de Saint-Hippolyte-du-Fort. — M. le médecin-inspecteur Debaussaux, directeur du service de santé du 15e corps d'armée.

VIIIe ARRONDISSEMENT : 19e corps d'armée et division d'occupation de Tunisie. — M. le médecin-inspecteur Émery-Desbrousses, directeur du service de santé du 19e corps d'armée.

IXe ARRONDISSEMENT : 14e corps d'armée et gouvernement militaire de Lyon. — M. le médecin-inspecteur Nogier, directeur du service de santé du 14e corps d'armée et du gouvernement militaire de Lyon.

ARRONDISSEMENT PHARMACEUTIQUE : 12e, 13e, 15e (Corse), 16e, 17e et 18e corps d'armée. — M. le pharmacien-inspecteur Marty, membre du Comité technique de santé.

— Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Chatin.

— Le comité d'organisation de la section de médecine militaire (Xe section) du XIIe Congrès international de médecine (Moscou) a l'honneur de s'adresser aux collègues étrangers, avec prière de bien vouloir prendre part aux travaux de cette section et de contribuer ainsi au succès de la prochaine fête internationale.

Un grand nombre de travaux sont déjà annoncés et parmi eux beaucoup de la part des plus illustres spécialistes en médecine militaire. Néanmoins le comité désire recevoir, en dehors des sujets indiqués dans le programme général, encore d'autres travaux et spécialement des communications sur l'hygiène des armées de terre et de mer, sur la chirurgie militaire, l'épidémiologie et les maladies de troupes.

En même temps, le comité a l'honneur de vous informer que le terme fixé pour l'envoi des communications et des conclusions qui seront imprimées avant l'ouverture du Congrès, est le 1er juin 1897, et de prier MM. les docteurs qui désireraient prendre une part active aux travaux de notre section de bien vouloir envoyer les titres ainsi qu'un bref résumé au président de la section : le professeur Lewschine, Moscou, Volhonka, maison Mihalkoff.

Guidé par le désir de faciliter la recherche des logements à Moscou pendant le Congrès, le Comité a l'honneur d'offrir aux collègues qui prendront part aux travaux de la section de chirurgie militaire, le logement gratuit dans les salles de la clinique chirurgicale. — La clinique sera évacuée depuis le 1er juin 1897, les salles seront repeintes et mises en ordre, les lits soigneusement désinfectés. — La clinique peut donner logement à 75 personnes : 18 auront des chambres à part, les 57 autres peuvent être placées dans les salles, dont sept sont à quatre lits, et quatre à huit lits.

Pour avoir tout le temps nécessaire de préparer les salles, le Comité prie MM. les collègues qui désireraient profiter de cette invitation, de le faire savoir jusqu'au 1er juin au plus tard, à l'adresse indiquée.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 14 avril 1897.

ÉRECTION D'UN MONUMENT

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR BARON HIPPOLYTE LARREY, ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Un Comité, formé par quelques-uns des anciens collègues, amis ou élèves du baron Hippolyte Larrey, s'est constitué en vue d'honorer sa mémoire par l'érection d'un monument qui serait placé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

Il n'appartient pas aux membres de ce Comité de résumer tous les titres qu'avait acquis à ce témoignage de la reconnaissance nationale le digne fils du chirurgien célèbre de qui Napoléon Ier disait : « C'est l'homme le plus vertueux que j'aie connu. »

Il leur faut cependant rappeler qu'après avoir parcouru tous les grades de la hiérarchie militaire, depuis sa nomination de chirurgien-élève en 1828, jusqu'au poste de médecin-inspecteur en 1858, après avoir été nommé, au concours, agrégé de la Faculté de médecine de Paris en 1835 et professeur à l'École du Val-de-Grâce en 1841, après avoir pris part aux campagnes de Belgique, d'Italie et du Rhin, il s'est acquis une très grande renommée par ses travaux scientifiques et les éminents services qu'il a rendus au Corps de santé de l'armée.

A l'Académie des sciences, aussi bien qu'à l'Académie de médecine, dont il était l'un des membres les plus assidus et les plus respectés, ses communications et ses discours prouvaient une remarquable facilité d'assimilation, une érudition sûre, un esprit droit, une justice impeccable.

Au Parlement, auquel il a appartenu comme député des Hautes-Pyrénées, de 1877 à 1881, un discours prononcé le 14 juin 1880, à l'occasion de la discussion de la loi sur l'administration de l'armée, a eu un légitime retentissement et a prouvé à tous les membres de l'Assemblée législative la nécessité de consacrer, d'une manière définitive, l'autonomie du Corps de santé militaire.

D'une grande bienveillance, le baron Larrey accueillait, avec une courtoisie exquise, tous ceux qui sollicitaient son appui. Très bienfaisant, il a donné maintes preuves de son inépuisable charité.

Il laisse un souvenir respectueux et reconnaissant à tous ceux qui l'ont connu.

Nous n'hésitons pas à réclamer leur concours efficace pour nous aider à consacrer, par un monument durable, cette mémoire qui leur est si chère.

LE COMITÉ

Président d'honneur.

M. Léon Colin, médecin-inspecteur général de l'armée, ancien président du comité technique, membre de l'Académie de médecine.

Président.

M. Félix Guyon, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Vice-présidents.

MM.

Dr Bérenger-Féraud, ancien président du Conseil supérieur de santé de la marine.

Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Joseph Bertrand, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Alfred Grandidier, membre de l'Institut.

L'amiral Lafont, président de la Société centrale de secours aux naufragés.

Le général Lamy.

Dr Vallin, médecin-inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine.

Secrétaire.

M. le Dr Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine.

Trésorier.

M. Georges Masson, éditeur.

Membres.

MM.

Alicot, député des Hautes-Pyrénées.

Dr Baizeau, médecin-inspecteur de l'armée, délégué de la Société française de secours aux blessés.

Paul Baudens, sénateur des Hautes-Pyrénées.

Comte Benoist-d'Azy.

Edmond Blanc, député des Hautes-Pyrénées.

Gaston Calmette, rédacteur du *Figaro*.

Decroix, vétérinaire principal de l'armée, en retraite, président de la Société contre l'abus du tabac.

Dionis du Séjour, médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale.

Jean Dupuy, sénateur des Hautes-Pyrénées.

Georges Duruy, professeur à l'École polytechnique.

Achille Fould, député des Hautes-Pyrénées.

Lavollée, président de l'Association des anciens élèves du lycée Louis-le-Grand.

Dr Lereboullet, directeur de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, membre de l'Académie de médecine.

Dr Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux*.

Pédebidou, député des Hautes-Pyrénées.

Albert Uhrich, président de la Société protectrice des animaux.

Les demandes de renseignements peuvent être adressées à M. le Dr Dureau, secrétaire, 49, rue des Saints-Pères.

Les souscriptions sont reçues : chez M. Georges Masson, trésorier (librairie Masson et Cie), 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

En reproduisant l'appel qui est fait au corps médical, nous invitons nos lecteurs à s'associer à cette manifestation. Il est bon, au moment où notre profession si honorable et si digne de tous les respects est si indignement calomniée, de rendre hommage à la mémoire de celui dont toute la vie a été un exemple de correction, de travail et d'honneur.

La discussion de l'appendicite suit son cours à l'Académie comme à la Société médicale des hôpitaux. C'est encore le dernier point soulevé par M. Dieulafoy, les rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse, qui a attiré de nouveau M. Reclus à la tribune. Fort de ses convictions, notre collègue ne s'est laissé séduire ni par la nouvelle et brillante argumentation de M. Dieulafoy, ni par l'appui si autorisé que lui a prêté M. Potain. Tout en professant autant d'admiration pour l'un que de vénération pour l'autre de ses deux contradicteurs, il n'a pas cédé sur un seul point de l'opinion qu'il défend et il maintient ses premières conclusions sur les rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse, en les appuyant sur de nouvelles observations. Chacun reste donc sur ses positions, mais chacun aussi, dans le débat, fait preuve d'autant de talent que de courtoisie. Après M. Reclus, M. Albert Robin a pris la parole pour exposer ses idées personnelles sur la pathogénie et le traitement prophylactique d'une certaine variété d'appendicites. Il attribue un rôle très important à la dyspepsie comme cause première des accidents appendiculaires, dyspepsie particulière caractérisée par un syndrome assez net, fréquente surtout chez les arthritiques. Soignez de bonne heure cette dyspepsie, et vous éviterez la colite muco-membraneuse et les accidents d'appendicite. Telle est la conclusion pratique à laquelle aboutit M. Albert Robin.

A l'occasion du compte rendu des travaux de la conférence de Venise par M. Brouardel, M. Léon Colin a demandé à ajouter quelques mots à la communication qu'il a faite il y a deux mois sur l'épidémie actuelle de peste bubonique, et il a questionné M. Brouardel sur deux cas de peste observés dans la Tamise. M. Brouardel a fait à cette question une réponse qui prouve deux choses : 1° l'efficacité de l'isolement et de la désinfection; 2° la facilité de transport des germes de la peste par les vêtements. En raison de l'importance de ces faits, nous donnons plus loin la communication de M. Léon Colin et la réponse de M. Brouardel.

M. Péan a lu un travail sur les polypes des fosses nasales. S'appuyant sur des faits, M. Péan s'applique à démontrer, dans ce travail, que certaines tumeurs des fosses nasales, considérées habituellement comme bénignes, telles que des fibromes, peuvent récidiver en se transformant en tumeurs fibro ou embryo-plastiques, non par le fait d'une anomalie, mais par le fait d'une transformation en rapport avec les données embryologiques.

M. Péan a aussi présenté de superbes radiographies relatives à des corps étrangers de l'œsophage. Sur ces radiographies, prises par M. Mergier, on distingue très nettement non seulement le corps étranger de l'œsophage, mais aussi tous les organes intrathoraciques, les poumons, le cœur, le diaphragme.

Signalons deux rapports, l'un de M. Laveran sur un travail de M. Cardamatis, l'autre de M. Panas sur une note de M. Parinaud, puis une lecture intéressante de M. Guépin sur les formes curables de l'hypertrophie sénile de la prostate.

Parmi les présentations, nous indiquerons le livre de M. Commenge, intitulé : « Hygiène sociale; la prostitution clandestine à Paris », dont M. Brouardel a fait un juste éloge. Nous mentionnerons aussi la présentation faite par M. Guyon d'un nouveau cystoscope destiné à permettre de pratiquer facilement le cathétérisme des uretères chez l'homme et chez la femme. Ce cystoscope a été imaginé par M. Albarran.

CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

REMARQUES BASÉES SUR CENT DEUX INTERVENTIONS (1)

Par M. J. Brault,

Médecin-major de l'armée, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger.

IV

Nous n'avons jamais eu, pour ainsi dire, d'incident grave au cours de nos opérations. Nous devons, cependant, avouer une déchirure latérale du canal déférent. Dans le cas où l'accident opératoire s'est produit, il y avait une adhérence très limitée et très intime avec le sac.

A ce niveau, le canal déférent, d'une dureté scléreuse, paraissait altéré. Pendant la convalescence, notre homme présenta à l'endroit de la déchirure, une petite tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui finit par se résorber et disparaître ; le testicule, déjà assez petit, n'a jamais paru subir de régression manifeste.

C'est tout ; les suites opératoires ont été presque toujours des plus simples; même dans le cas de cure s'accompagnant d'orchidopexie, les accidents testiculaires ont été nuls. Bien mieux, je signalerai, à cette occasion, une chose presque paradoxale, qui m'a beaucoup surpris; dans mes cures radicales d'hydrocèles, où je n'ai pourtant jamais eu la moindre complication, j'ai presque toujours observé du gonflement du cordon dans les premiers temps de la convalescence, dans la cure herniaire, presque jamais.

Parmi les complications classiques, signalons, surtout, la rétention d'urine et la congestion pulmonaire. La première, assez fréquente chez nos opérés, a débuté de suite ou le lendemain de l'intervention; rarement, nous avons dû recourir au cathétérisme pendant plus de deux jours. Cette complication, assez habituelle, est une raison (en dehors de toute autre crainte d'infection), pour repousser la cure radicale, à moins d'urgence, chez tous les blennorragiens, il faut donc examiner tous ses sujets à ce point de vue.

J'arrive à la congestion pulmonaire, plus inquiétante, puisque certains auteurs ont enregistré des morts. Une demi-douzaine de fois nous nous sommes trouvés en pré-

---

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 398.

sence d'accidents bien caractérisés, un peu d'iodure, de l'opium, et surtout une pluie répétée de ventouses, ont toujours mis fin assez rapidement aux accès de suffocation.

A deux ou trois reprises, j'ai vu des érythèmes iodoformiques très étendus, je n'ai pas observé d'autres accidents cutanés. La douleur des talons, l'étranglement post-opératoire; nous sont inconnus.

Presque tous nos sujets se sont trouvés un peu serrés les premiers jours, et ont accusé de la lombalgie, mais se sont vite habitués au décubitus dorsal et à leur pansement, même par les plus fortes chaleurs. Quelques-uns ont présenté des vomissements chloroformiques un peu prolongés (1), presque tous du ballonnement et de la constipation.

Cette stagnation des matières est de règle chez les opérés de hernie, elle peut élever la température, nous avons constaté la chose à plusieurs reprises, chez des opérés qui ne présentaient aucune complication septique, et dont la fièvre a, d'ailleurs, pris fin avec la coprostase.

Nous n'avons jamais eu recours à la médication opiacée. Dans toutes les laparotomies, nous avons l'habitude de purger nos sujets, uue ou deux fois avant l'opération; après cette dernière, le surlendemain, quand il n'y a pas eu de selle, nous donnons un lavement. Ce dernier est répété les jours suivants jusqu'au rétablissement régulier des évacuations alvines. Ce n'est pas tout, dans certains cas rebelles, nous administrons l'huile de ricin à des doses fractionnées, suivant la méthode préconisée par Verneuil. Il nous a semblé que la liberté du ventre était une véritable condition de docilité et de tranquillité pour les patients (2).

La cure herniaire est un des meilleurs réactifs de l'asepsie d'un service, la plaie opératoire est difficile à défendre, les sources d'infection sont multiples et prochaines, enfin et *surtout*, devrais-je dire, les sutures multiples et serrées que l'on place pour refaire la brèche, sont un danger. Elles mettent les tissus dans un état d'infériorité notoire, qui se paiera certainement à la moindre contamination, à la moindre faute opératoire. *Pour mon compte, je préfère n'importe quelle autre laparotomie.*

Malgré la surveillance exercée, quelques indociles, au nombre d'une demi-douzaine, ont infecté leur pansement, soit en urinant, soit en y fouillant avec les doigts. Trois autres malades, opérés à une période où j'avais momentanément changé mon aide principal, ont présenté une suppuration assez abondante quoique superficielle (3). Je dois, enfin, relater quelques suppurations aseptiques insignifiantes qui n'ont en rien affaibli la « valeur » de la cicatrice.

A part deux cas, nous n'avons pas constaté pour nos fils de ces éliminations tardives, vis-à-vis desquelles M. le professeur Duplay a cru devoir instituer, tout récemment, une ingénieuse méthode de ligature du sac sans fil, et un nouveau mode de fermeture de la paroi abdominale.

En somme, dans plus de 80 p. 100 de nos cas, les choses se sont passées aussi simplement que possible, et nous avons obtenu une réunion permanente et complète, en huit ou dix jours. Les quelques petites complications que nous venons de signaler, ont été plutôt bénignes, et ne nous ont jamais donné de grosses inquiétudes, nous n'avons pas besoin de faire remarquer que nous n'avons eu à déplorer *aucun* décès (1).

(1) Nous n'avons pas encore essayé les inhalations de vinaigre.

(2) Les opérés restent au bouillon et au lait les trois premiers jours, ils se remettent ensuite petit à petit au régime alimentaire.

(3) Chez un de ces malades, il y a eu une cicatrice un peu douloureuse.

V

Ce que nous venons de dire prouve donc assez que les résultats immédiats et secondaires ont été bons; il serait plus intéressant de rechercher les résultats définitifs. Malheureusement, comme tout le monde un peu, nous n'avons pu suivre nos opérés aussi longtemps que nous l'aurions voulu.

Sur nos 102 interventions pour hernie inguinale, 90 remontent à plus de six mois. **8** malades ont été suivis trois ans ou au delà, **35** ont été revus pendant deux ans au moins, **31** pendant une période variant de six à dix-huit mois, et, enfin, **17** ont été perdus de vue, peu de temps après l'opération.

Nous comptons actuellement quatre récidives qui se sont toutes produites dans les six mois qui ont suivi l'intervention. Deux de ces récidives étaient vraies, deux autres étaient légères, il y avait simplement impulsion un peu forte à la partie supérieure, au niveau de la cicatrice un peu amincie. Dans les cas où il y avait reproduction d'un sac, d'ailleurs, assez petit, nous avons fait une nouvelle cure complète, et nous avons appliqué une petite pelote de Rainal (2).

Une seule des deux récidives légères a été traitée d'une façon sanglante, nous nous sommes borné à réouvrir le trajet pariétal, et nous nous sommes mis en devoir de reprendre le plus de tissus possible. Pour l'autre, moins accentuée encore, nous nous sommes contenté de la pelote compressive.

Voici, maintenant, les causes préalables ou, du moins, les explications sur ces récidives. Pour nos deux cas nets, les deux malades s'étaient infectés, et l'un deux, par surcroît, présentait une hernie avec glissement du gros intestin. Nos deux cas légers se sont produits chez un homme qui avait déjà été opéré à l'hôpital Trousseau, et chez un vieux hernieux double, qui a été obligé, pour vivre, de reprendre presque tout de suite ses travaux pénibles. Un côté a bien tenu et l'autre a un peu cédé.

Vis-à-vis de cela, chez tous les autres opérés que j'ai pu revoir, à plus ou moins longue échéance, j'ai constaté, et j'ai fait constater à de nombreux confrères, l'absence absolue d'impulsion et la présence d'un bourrelet ou d'un cordon cicatriciel dur, épais, inextensible, signature de la cure vraiment radicale et définitive.

Pour ne citer que les cas les plus défavorables, je possède deux opérés qui portaient des hernies doubles, véritables éventrations. Les interventions remontent à plus de *trois ans*, je les ai revus encore tout dernièrement, la cure s'est entièrement maintenue des deux côtés. L'un de ces sujets, sous-officier d'artillerie, fils, petit-fils et frère de hernieux, a pu être réengagé grâce à la perfection du résultat.

Tel est notre bilan, l'on trouvera peut-être notre exposé un peu sec, mais nous aurions mauvaise grâce, nous semble-t-il, à nous étendre complaisamment sur une foule de détails inhérents à la cure radicale, et, désormais, trop connus.

(1) Il en a été de même pour les autres sortes de hernie; je compte cependant deux hernies crurales étranglées.

(2) Nous avons traité de même trois hernies récidivées venues d'ailleurs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 avril 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATIONS

La peste. — M. Léon Colin, à l'occasion du compte rendu des travaux de la conférence de Venise, par M. Brouardel, demande d'ajouter quelques mots à la communication qu'il a faite, il y a deux mois, sur l'épidémie actuelle de peste bubonique.

La seule raison de cette communication avait été la nouvelle que nous donnait alors M. Proust de l'importation de la peste dans la mer Rouge à Kamaran, par des navires provenant de Bombay.

Cet itinéraire de la peste à travers des latitudes très méridionales semblait devoir en arrêter le cours.

On cite l'exemple de bâtiments partis des Antilles atteints de fièvre jaune et à bord desquels l'épidémie s'était arrêtée dès qu'ils avaient cinglé vers le Nord et dépassé le 48e degré de latitude; il y avait lieu d'espérer que les germes de la peste qui, eux, au lieu de succomber au froid comme ceux de la fièvre jaune, ne résistent point, en général, aux températures élevées, seraient également anéantis à bord de navires qui, partant de Bombay, devaient, pour pénétrer dans la mer Rouge par le détroit de Bab-el-Mandeb descendre au 10e degré de latitude boréale; et M. Colin émettait la pensée que, s'il n'en était pas ainsi, c'était sans doute en raison d'une vitalité plus grande de ces germes, et, comme conséquence, une puissance spéciale d'envahissement de l'épidémie. Il a été heureux d'apprendre de M. Brouardel que ces nouvelles de l'importation de la peste au lazaret de Kamaran n'avaient point été confirmées. D'après les renseignements que nous fournit la presse, plusieurs milliers de pèlerins, quittant Bombay en pleine épidémie, sont arrivés indemnes à La Mecque; 2 cas de peste, tous deux mortels, se seraient produits dès le début de la traversée, à bord d'un transport, le *Pékin;* mais aucun autre cas avant son arrivée dans la mer Rouge, et tous les autres pèlerins débarquèrent le 8 janvier à Kamaran, en parfaite santé. Il en serait de même d'un cas plus récemment observé à bord du *Dilwara*, parti de Bombay le 11 mars dernier, et qui, sept jours après son départ, perdait une jeune fille succombant à la peste. D'après les détails que fournit à ce sujet le correspondant de l'un de nos journaux, la *Semaine médicale*, on peut également supposer que là se sera borné tout le mal pour les passagers du *Dilwara*, et que, comme pour ceux du *Pékin*, les germes provenant de cette malade, ont été stérilisés au cours de la traversée.

Nous conservons donc l'espoir, ajoute M. Colin, que si l'épidémie de l'Inde devait continuer à s'avancer vers l'Europe, elle y parviendrait bien difficilement par la voie la plus courte, le canal de Suez; non pas qu'il y ait lieu de se relâcher de toute surveillance de ce côté, les faits précédents le prouvent; mais, comme pouvait le faire prévoir le mode habituel d'expansion de cette maladie, c'est surtout aux navires se dirigeant de Bombay vers le Nord qu'il faut prendre garde, et nous ne saurions trop approuver les mesures de préservation adoptées par la conférence de Venise, à l'égard du golfe Persique.

Quelques mots encore sur cette question, mais relatifs aux deux cas de peste, avérés suivant les uns, douteux suivant les autres, qui se seraient produits à Londres en septembre et octobre dernier.

Le premier de ces cas est celui d'un marin (cuisinier, d'origine portugaise), décédé en septembre, au « Seamen Branch hospital », moins de quarante-huit heures après son débarquement d'un navire qui avait quitté Bombay en août; bien que non encore déclarée officiellement, il est vraisemblable que la peste sévissait déjà en cette ville; mais, en somme, il y avait plus d'un mois que ce marin en était parti. D'ailleurs, on n'indique ni symptômes, ni lésions, l'autopsie n'a pas été faite.

De la soudaineté, ou plutôt de la rapidité de la mort, peut-on conclure au diagnostic : *Peste?* Rechercher aujourd'hui s'il n'y avait chez cet individu aucune tare organique prédisposant à une mort rapide ou subite, s'il n'y a pas eu là un de ces accès pernicieux, si fréquents chez les impaludés au moment où ils atterrissent dans les climats froids, serait faire œuvre impossible et vaine. Nous considérons ce premier décès comme nul en lui-même au point de vue qui nous occupe, et ne devant, en l'espèce, l'importance qu'on lui a attribuée qu'à un second décès survenu également à l'hôpital maritime de Londres, chez un autre marin arrivé en Angleterre par le même bateau.

Celui-ci était atteint à la fin d'octobre seulement, plus de deux mois après avoir quitté Bombay, plus d'un mois après l'arrivée du bateau en Angleterre; depuis quinze jours, il avait quitté le bord et vivait à terre.

Atteinte encore rapidement fatale; mort en quarante-huit heures, sans que se soit manifestée aucune des éruptions caractéristiques de la peste. Mais, fait important, on constate de la douleur dans les régions inguinales, et à l'autopsie, on découvre le bacille de la peste.

Ce serait donc, si le diagnostic est accepté, un de ces cas rarissimes, que l'on n'a guère observés que dans les foyers les plus intenses de la peste, où la victime est enlevée avant l'éclosion des signes pathognomoniques, comme, dans la variole noire, il en est qui succombent avant l'éruption.

C'est parce que nous ne méconnaissons pas la gravité de ce fait, et à cause de la singularité tout exceptionnelle de son apparition, que j'invoque à son égard le plus sérieux contrôle.

Y avait-il compétence absolue chez l'observateur qui a découvert ce microbe? A-t-on pratiqué des cultures, des inoculations?

Quel rapport peut-il exister entre la maladie qui a tué ce marin et l'épidémie de Bombay? N'est-il pas étrange que, pendant les six mois qui ont suivi, et alors que cette épidémie, devenue officielle, atteignait son apogée sans que le moindre obstacle ait été apporté aux communications de l'Inde avec tous les ports de l'Europe, il ne se soit rien manifesté d'analogue? Ce que nous voudrions connaître, et nous l'ignorons absolument, c'est la nature du chargement de ce bateau, c'est son état sanitaire en cours de route et à l'arrivée.

Jamais, à ma connaissance, et d'après les recherches des épidémiologistes les plus autorisés, s'il n'y a rien eu dans l'intervalle, un cas de peste n'eût mis un temps aussi long à se produire.

On sait les conclusions auxquelles, se basant sur les épidémies modernes de peste (et par modernes j'entends celles qui sont manifestées depuis que la maladie a cessé d'être endémique dans l'Europe occidentale, c'est-à-dire depuis la fin du XVIIe siècle) est arrivé Aubert-Roche; il a établi, d'après soixante-quatre faits authentiques, et une expérience de cent vingt-quatre ans sur les bâtiments venus du Levant dans les ports de France, d'Italie, d'Autriche et d'Angleterre :

« 1° Que si la peste s'est montrée après l'arrivée, des cas se sont toujours manifestés durant la traversée;

2° Que les marchandises du bâtiment, sans attaque de peste en mer, n'ont jamais communiqué la peste dans les lazarets;

3° Que s'il existe un cas de peste à bord, la maladie s'est déclarée huit jours au plus après le départ. »

Telles sont, pour le dire en passant, les raisons pour lesquelles les foyers pestilentiels d'Égypte, de Bengazy, d'Algérie, de Mésopotamie ont toujours été particulièrement re-

doutés par les ports de la Méditerranée où les bâtiments contaminés en ces foyers pouvaient atterrir après une traversée trop courte pour qu'on pût en affirmer l'immunité ; pourquoi, en cas de peste, si jamais elle menaçait encore l'Europe, la protection de notre littoral méditerranéen serait autrement important que celui de nos ports de l'Océan, absolument comme il importerait, et comme il a toujours importé à l'Angleterre de veiller sur Malte et sur Gibraltar plus rigoureusement que sur les ports mêmes de la Grande-Bretagne.

M. BROUARDEL donne des éclaircissements sur ces cas. Il s'agissait de deux marins appartenant à un navire sur lequel on n'observa aucun cas de peste pendant tout le voyage.

Dix à douze jours après le déchargement, un matelot tombe malade; le diagnostic reste douteux et le malade meurt. L'isolement et la désinfection avaient été faits avec soin. Le lendemain du début de la maladie du premier matelot, un second fut frappé, présenta des bubons, et tous les signes de la peste, dont l'existence fut confirmée par l'examen bactériologique.

La cause de ces deux cas de peste, survenus si longtemps après le contact avec des pestiférés, fut trouvée : les malades, quelques jours après l'arrivée du navire, avaient revêtu, pour la première fois depuis leur embarquement, des vêtements provenant de Bombay et qui, très vraisemblablement, ont été les vecteurs des germes de la peste. Ces vêtements laissés dans une caisse n'avaient pas été désinfectés. Ces cas sont instructifs, car ils montrent la possibilité de la contagion à longue échéance et d'une façon indirecte.

Il faut donc être en garde contre le danger dû à l'apport de linge non désinfecté. Aussi dorénavant ne pourra-t-on introduire en Europe, ni linge, ni vêtements portés, ni introduire des tapis, des étoffes, des bagages quelconques ayant pu servir dans les pays contaminés.

En tout cas, ces malades n'ont contagionné aucun autre individu. L'isolement et la désinfection bien entendus sont donc réellement efficaces. D'ailleurs à Bombay la population européenne a été à peine touchée; on n'a signalé chez elle que vingt cas de mort. Les chances de contagion de la peste sont donc inférieures à celles que présente le typhus exanthématique et on peut affirmer que, si, malgré les deux premières lignes de défense opposées à la peste (désinfection au départ et à Suez, quarantaine, etc.), des cas isolés de peste se produisent, nous pourrons empêcher le développement de foyer épidémique chez nous. La peste peut être arrêtée dans son extension assez facilement dans nos pays, si les municipalités et si les médecins savent faire leur devoir.

Polypes naso-pharyngiens. — M. PÉAN fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

RAPPORT

Du bleu de méthylène dans le traitement des fièvres palustres. — M. LAVERAN fait un rapport sur un travail de M. Cardamatis (d'Athènes) relatif à ce mode de traitement.

Les auteurs qui ont publié les résultats les plus favorables à l'emploi du bleu de méthylène reconnaissent qu'il ne faut recourir à ce médicament que dans les fièvres intermittentes simples et qu'il y aurait danger à le substituer à la quinine dans le traitement des fièvres continues et des accidents pernicieux. Ce n'est donc pas un succédané de la quinine dans tous les cas; c'est encore moins un fébrifuge supérieur. Le bleu de méthylène est indiqué lorsque, pour une cause quelconque, l'emploi des sels de quinine est contre-indiqué, notamment lorsque, à dose même minime, ils produisent de l'hémoglobinurie. On pourra employer aussi le bleu de méthylène chez les enfants qui redoutent tant l'amertume quinique.

L'administration journalière chez l'adulte à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme paraît être sans inconvénient; quelquefois cependant il se produit une légère cystite, qui cesse dès qu'on interrompt la médication.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. RECLUS répond à M. Dieulafoy. Il dit d'abord quelques mots de la pathogénie de l'appendicite. Il admet la théorie du vase clos défendue par M. Dieulafoy, mais selon lui, cette théorie du vase clos ne peut s'appliquer qu'à un petit nombre de cas d'appendicite tandis que la théorie de la stagnation, défendue par M. Reclus, permet d'expliquer un bien plus grand nombre de faits.

Revenant ensuite aux rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse, M. Reclus ne se dissimule pas l'importance de l'appui que M. Potain est venu apporter à M. Dieulafoy. Toutefois, les 103 cas, observés par M. Potain, pouvaient, à la rigueur, constituer une série heureuse. Il serait possible de réunir 103 cas de hernies sans trouver un seul cas d'étranglement. Il pourrait en être de même de l'appendicite par rapport à l'entéro-colite muco-membraneuse. On sait, en outre, que 103 malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse constituent une troupe de malades bien nomades. Ces malades, en effet, ont pu aller consulter d'autres médecins. Ils ont pu avoir les accidents dont n'a pas été témoin M. Potain ou qui ont pu lui échapper malgré la conscience proverbiale avec laquelle on sait qu'il examine ses malades.

Enfin l'appendicite n'est pas toujours l'épisode dramatique dont M. Dieulafoy a fait un si saisissant tableau. Il y a des formes atténuées d'appendicite qui peuvent passer inaperçues. M. Reclus fournit plusieurs exemples de ces formes atténuées. Un garçonnet de 15 ans, dont le père était atteint d'entéro-colite muco-membraneuse, atteint lui-même de cette affection, est pris de crises appendiculaires. Il doit être opéré ces jours-ci par M. Brun. Une jeune fille soignée par M. Jalaguier a été prise également de crises d'appendicite au cours d'une entéro-colite muco-membraneuse. Elle doit être opérée prochainement. M. Tuffier opère une jeune fille au second jour d'une appendicite grave : renseignements pris, cette jeune fille avait une entéro-colite muco-membraneuse. Une malade, soignée par M. Albert Robin pour une entéro-colite muco-membraneuse, est prise d'accidents d'appendicite très graves et opérée in extremis. M. Reclus est appelé auprès de la femme de chambre d'une de ses parentes, pour des accidents d'appendicite très aigus. Il se proposait de l'opérer le lendemain, quand les accidents s'amendèrent, M. Reclus renonça à l'opérer, se proposant de le faire plus tard à froid. Elle fut prise d'une nouvelle crise qui l'obligea à intervenir. Cette malade avait de l'entérite muco-membraneuse.

M. Reclus se trouve donc actuellement en présence de 17 cas d'entéro-colite liée à l'appendicite. Sur ces 17 cas, 12 furent opérés. M. Reclus cite un mémoire de M. Caron de la Carrière sur les crises d'appendicite, un travail de M. J. Simon sur les accidents prémonitoires de la typhlite, des observations de M. Hayem, de M. Talamon, les observations personnelles de M. du Castel, de M. Vidal, de l'interne de M. Reclus, de M. Reclus lui-même. Ces quatre médecins ont eu de bonnes et cruelles raisons de croire aux rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse, puisque tous les quatre ont eu les deux affections.

M. Reclus croit donc pouvoir conclure de tous ces faits que l'entéro-colite muco-membraneuse peut évoluer vers l'appendicite et réciproquement. Mais tout en arrivant à cette conclusion, M. Reclus rassure M. Potain sur les conséquences thérapeutiques qu'il en tirera; il ne proposera pas l'extirpation de l'appendice chez tous les malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse. Loin de là, puisqu'il ne croit pas même devoir traiter chirurgicalement toutes les appendicites. Lorsqu'il s'agit d'appendicites à rechutes, il

croit avec M. Roux (de Lausanne) qu'il vaut mieux pour les malades avoir, dans ces cas, leur appendice dans leur poche plutôt que dans leur fosse iliaque droite.

M. Reclus s'excuse en terminant d'insister ainsi sur les faits. Il ne lui faut rien moins que la conviction profonde de leur réalité pour continuer ainsi à combattre deux adversaires dont il admire l'un, autant qu'il vénère l'autre.

M. ALBERT ROBIN soumet quelques observations sur la pathogénie et le traitement prophylactique de l'appendicite. Il laisse de côté les appendicites de cause générale infectieuse, ou de cause locale telles que celles qui sont produites par des corps étrangers. Il ne veut s'occuper que des appendicites ou des entérites muco-membraneuses qui sont la conséquence de la dyspepsie. Cette dyspepsie n'est pas quelconque. Elle est très nette, très fréquente et se traduit par un syndrome très caractéristique.

Le syndrome repose sur sept signes : 1° l'arthritisme comme cause générale; 2° le désaccord qui existe entre l'apparence des malades et la qualité de l'alimentation; 3° l'existence d'une distension gastrique caractérisée par un clapotage variable; 4° l'existence de la coprostase; 5° l'augmentation du volume du foie; 6° l'augmentation de l'acidité totale du suc gastrique après le repas d'épreuve et 7° l'augmentation de l'acide chlorhydrique libre. Sur 1585 cas de cette variété de dyspepsie, 82 fois les accidents appendiculaires ont été observés.

Quel rapport existe-t-il entre l'hypersthénie gastrique et les accidents appendiculaires? La coprostase qui existe 1106 fois l'explique.

La coprostase siège surtout, d'abord, dans le côlon descendant et l'S iliaque, puis dans le cæcum et le côlon ascendant.

Ces divers éléments pathologiques permettent de concevoir une pathogénie de l'appendicite.

Le terrain arthritique prédispose à la maladie, l'hyperacidité gastrique et l'asthénie favorisent les fermentations. La coprostase des matières fécales acides, plus irritantes que toxiques, entre en ligne de compte. Ces matières contiennent 20gr18 de matières organiques p. 100 de plus qu'à l'état normal. Au lieu de 1gr20 d'azote rendu par les matières fécales normales, ici on trouve 3gr58. On comprend la réaction du cæcum en présence de ces matières fécales irritantes qui augmentent la sécrétion muqueuse. Celle-ci, devenue abondante, séjourne dans le cæcum et l'appendice. La muqueuse de celui-ci est atteinte, et la cavité close est ainsi souvent réalisée, avec les complications infectieuses qu'elle engendre.

En résumé, l'hypersthénie gastrique est une des causes les plus fréquentes de l'appendicite. L'entérite muco-membraneuse est un des modes du retentissement intestinal de l'hypersthénie gastrique. Quant au sable intestinal, signalé par M. Dieulafoy, si souvent, au cours de l'entérite muco-membraneuse, M. Robin ne croit pas qu'il soit d'origine intestinale. Il provient de substances ingérées ou déversées dans l'intestin. C'est au contact de matières fécales, riches en acides, que les corps étrangers se sont chargés de sels, de phosphates et carbonates de chaux et de magnésie, etc.

On peut empêcher la production des appendicites en entravant le développement de la maladie qui en est la cause. Puisque la coprostase est la cause qui réunit l'appendicite à l'hypersthénie gastrique, il faut la supprimer. Comment y arriver?

M. Robin repousse les purgatifs salins et drastiques. C'est à l'huile de ricin ou à l'irrigation intestinale qu'il a recours. Si la région de la fosse iliaque est douloureuse, s'il y a de l'empâtement, il faut donner l'huile de ricin et le calomel associés à la belladone et faire des onctions avec un liniment opiacé calmant.

Dans le cas de colique appendiculaire, injection de morphine, pommade ou liniment opiacés et emploi de pilules de 3 centigrammes de codéine, une toutes les huit heures.

M. Robin est l'adversaire résolu des antiseptiques intestinaux. Les évacuants sont les meilleurs agents de désinfection.

Comme régime il recommande aux malades de s'en tenir aux viandes grillées et rôties, hachées même et mâchées lentement; au poisson, aux légumes en purée, aux œufs à la coque, aux fruits cuits. Comme boisson, l'eau pure ou une eau minérale indifférente : Evian, Alet, Condillac. A la fin des repas, infusion légère et très chaude de thé, immobilité.

LECTURE

Formes curables de l'hypertrophie sénile de la prostate. — M. A. GUÉPIN lit une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 12 avril : MM. de Grandmaison, 19; Boulloche, 18; Tissier, 17.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Les candidats qui ont obtenu un minimum de 38 points sont admis à prendre part à la consultation écrite. Ce sont : MM. Chevalier, Glantenay, Mauclaire et Thiéry, 47; Souligoux, 45; Bouglé, 44 ; Auvray et Guillemain, 43 ; Launay, 42 ; Clado, 41 ; Cazin, Delbet et Morestin, 39 ; Jayle et Reblaub, 38.

— Par décision ministérielle, en date du 8 avril 1897, sont désignés pour les postes ci-après :

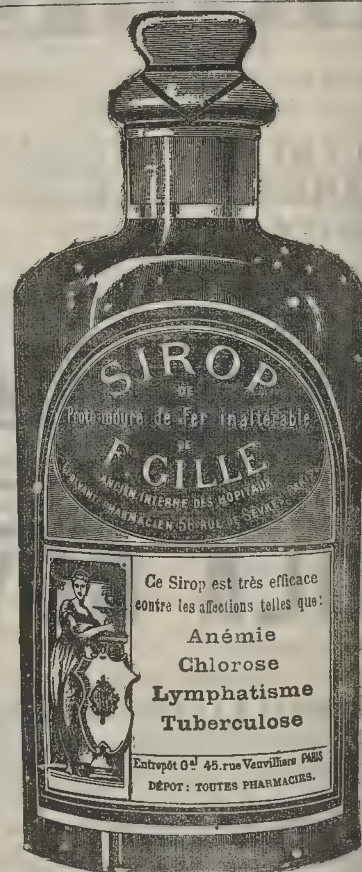
M. le médecin principal de deuxième classe Belleau, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Constantine.

MM. les médecins majors de première classe Brisset, pour l'hôpital militaire Saint-Martin; — Plaisant, pour ordre, à l'hôpital militaire de Bourges; — Cluzant, pour le 1er régiment d'artillerie; — Calmette, pour l'hôpital militaire de Versailles; — Sommeillier, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Léon Barrois, pour l'hôpital militaire de Lille; — Richard, pour le 27e d'infanterie; — Manquat, pour ordre, à l'hôpital militaire Saint-Martin; — Mignon, pour le 22e d'artillerie; — Cassan, pour le 118e d'infanterie; — Godard, pour le 54e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Jacquey, pour le 151e d'infanterie; — Mistarlet, pour le 45e d'infanterie; — Faure-Lacaussade, pour le 47e d'infanterie; — Baur, pour le 154e d'infanterie; — Liron, pour le 52e d'infanterie; — Arnat, pour le 18e chasseurs à cheval; — Lucas, pour le 117e d'infanterie; — Vilmain, pour le 153e d'infanterie; — Bodinier, pour le 36e d'infanterie; — Félix, pour le 17e bataillon de chasseurs à pied; — Berthoud, pour le 8e escadron du train; — Lepagnez, pour le 11e chasseurs à cheval; — Boucher, pour le 109e d'infanterie; — Clavelin, pour la légion de la garde républicaine à Paris; — Marcelin, pour le 21e d'infanterie; — David, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied; — Watier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Lajoue, pour le 56e d'infanterie; — Goudal, pour le 1er dragons; — Estor, pour le 8e cuirassiers; — Thirion, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Viéron, pour l'hôpital militaire de Bordeaux (provisoire); — Goulon, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Wenzinger, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Barbot, pour la compagnie de tirailleurs sahariens; — Lejeune, pour le 10e hussards; — Thérault, pour le 15e bataillon d'artillerie à pied.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


SIROP
de Protobromure de Fer inaltérable
de F. GILLE
Ce Sirop est très efficace contre les affections telles que :
Anémie
Chlorose
Lymphatisme
Tuberculose
Entrepôt Gal 45, rue Vauvilliers PARIS
DÉPOT : TOUTES PHARMACIES.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Hémiplégies diabétiques.

Par le docteur A. DROUINEAU, médecin militaire.

Les hémiplégies diabétiques n'ont encore fait l'objet que de travaux partiels, épars dans la littérature médicale et généralement peu connus; aussi, à la suite d'un cas d'hémiplégie diabétique, qu'il nous a été donné d'observer récemment, nous a-t-il paru utile de résumer en une étude rapide, mais complète, l'histoire clinique et l'examen pathogénique de cette affection.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour admettre que le diabète peut être la cause d'accidents nerveux nombreux et variés, parmi lesquels il convient de citer l'hémiplégie. Il n'en fut pas toujours ainsi. Tout d'abord, en effet, on regarda le diabète et la paralysie comme deux maladies concomitantes qu'aucune relation de cause à effet n'unissait entre elles. Vint alors la célèbre expérience de Claude Bernard, dans laquelle l'éminent physiologiste donnait le diabète aux animaux par la simple piqûre du quatrième ventricule. Il était naturel d'en tirer comme conséquence que, dans les faits précédemment observés, il y avait une lésion nerveuse préexistante, donnant à la fois l'hémiplégie et le diabète. Pourtant, l'exacte observation des faits montrait que, dans la majorité des cas, le diabète préexistait de longue date à l'affection du système nerveux, qu'il était donc, par rapport à elle, la cause et non point l'effet.

Marchal [de Calvi (1)], le premier, chercha à établir que le diabète, loin d'être toujours, comme on l'admettait avant lui, la conséquence d'une altération du côté du système nerveux, était bien souvent la cause des lésions cérébro-spinales observées. En 1885, Lecorché (2) exprimait à son tour la même opinion au sujet du diabète consécutif à ces lésions nerveuses. « Il existe, dit-il, des cas assez nombreux de ramollissement et d'hémorragie cérébrale, coexistant avec un diabète indiscutable, et, d'après les observations de Seegen, de Gilles, de Golden, de Richardson, de Griesinger, il semblerait que le diabète puisse être la conséquence de ces lésions. Une pareille conséquence doit être tenue pour exceptionnelle. Bien que Olivier ait constaté la fréquence de la glycosurie à la suite des hémorragies cérébrales, cette glycosurie a toujours été passagère. Nous pouvons même dire que cette variété de glycosurie nous a semblé moins commune qu'à M. Olivier, car bien que nous ayons souvent recherché le sucre dans l'urine de sujets frappés d'hémorragie cérébrale, nous n'avons que rarement constaté l'existence de la glycosurie dans ces conditions. Chez la femme comme chez l'homme, les phénomènes cérébraux qui coexistent avec la présence du sucre dans l'urine, nous paraissent plutôt un effet qu'une cause du diabète. La plupart des faits cités par Leudet, par Libert, doivent être interprétés dans ce sens; lorsqu'on analyse leurs observations, on arrive facilement à se convaincre que des symptômes d'un diabète indiscutable préexistaient aux manifestations nerveuses. »

Mary (1) nous paraît avoir parfaitement établi le rapport de cause à effet, qui existe entre ces accidents et le diabète en disant : « Voici comment il me semble que la question doit être résolue : Dans plusieurs circonstances, le diabète et les troubles nerveux concomitants paraissent être sous la dépendance de lésions cérébro-spinales. Ces faits sont les plus rares. Dans la majorité des cas, les troubles nerveux qui surviennent dans le cours du diabète, sont une conséquence de la glycosurie. Les uns en dépendent indirectement : telles sont, par exemple, les hémorragies cérébrales, qui sont évidemment le résultat d'une altération vasculaire, altération dans la production de laquelle le diabète a joué un grand rôle. Les autres sont directement sous la dépendance de la glycosurie, et ces faits sont les plus nombreux. »

Il est donc permis de penser, qu'à côté des hémiplégies par hémorragie cérébrale, il existe des hémiplégies toxiques d'origine diabétique; ce sont celles que nous allons plus particulièrement étudier.

I

Fréquence. — Les auteurs, qui ont eu l'occasion d'étudier les hémiplégies diabétiques, s'accordent sur ce point, à

(1) MARCHAL (de Calvi). *Recherches sur les accidents diabétiques*, 1864.
(2) LECORCHÉ. Troubles nerveux dans le diabète chez les femmes, *Arch. de neurol.*, 1885.

(1) MARY. *Troubles nerveux chez les diabétiques*, Th. de Paris, 1881.

savoir qu'elles seraient relativement moins rares qu'on ne semblerait le croire. Telle est l'opinion de Bernard et Féré (1). Dreyfous (2) s'exprime ainsi à ce sujet : « Ces paralysies sont moins rares qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Si nous consultons les traités classiques du diabète, nous voyons qu'elles sont citées à peine et comme pour ne rien omettre : Lecorché les mentionne; Mary se contente de les noter en passant. Les auteurs qui s'occupent des maladies du système nerveux gardent le même silence sur les paralysies diabétiques. On peut en excepter Leyden, qui les signale d'une façon particulière. En France, les faits publiés par Leudet, Marchal (de Calvi), Andral, pouvaient être regardés comme de simples hasards, et c'est avec un certain étonnement qu'on lisait dans le livre récent de M. Bouchard ces lignes : « Les symptômes nerveux du diabète sont très fréquents, et je puis ajouter, très peu connus. »

Escudié (3), étudiant la fréquence des hémiplégies diabétiques, relève les chiffres suivants : Leudet les aurait rencontrées 13 fois sur 40 malades; Seegen 20 fois sur 43 malades ; mais il ajoute que ces proportions lui semblent trop élevées.

En tout cas, les observations publiées ne paraissent pas très nombreuses, car je n'ai pu en réunir dans les divers auteurs qu'un nombre assez restreint.

II

Étiologie. — Il n'existe aucun rapport entre l'apparition de ces accidents et l'âge ou le sexe (Escudié). C'est ainsi qu'on les rencontre chez les femmes (Lecorché) et qu'ils se montrent à tous les âges, aussi bien chez les vieillards que chez les jeunes gens : à quinze ans, à vingt-six ans (deux observations de Seegen). Mon excellent maître, M. le professeur Teissier, en a observé un cas chez un malade de vingt-neuf ans. En général pourtant on note ces accidents chez des gens déjà âgés; du reste, il est évident qu'ils suivront en cela le diabète lui-même et qu'ils se rencontreront plus souvent dans le sexe et à l'âge où le diabète atteint son maximum de fréquence.

Nous trouvons une notion étiologique plus importante, d'une part, dans la prédisposition morbide, de l'autre dans l'alcoolisme.

Déjà Auerbach (4) parlant des psychoses diabétiques disait : « Pour que de pareils troubles intellectuels se produisent, il faut une prédisposition morbide spéciale, » et il en donnait une observation probante. Pareil fait se retrouve pour les hémiplégies, et c'est ainsi que, dans le cas que j'eus l'occasion d'observer (5), on doit, je crois, attribuer une grande importance aux antécédents héréditaires qui semblent d'autant mieux dominer la situation que notre malade a surtout présenté des accidents nerveux comme manifestations de son diabète.

L.-H. Petit, analysant la thèse de Dreyfous, dans l'*Union médicale*, pour 1883, émettait l'idée que le diabète survenait chez des arthritiques, et il faisait suivre son opinion des considérations suivantes : « L'état constitutionnel des arthritiques a pour caractéristique anatomique un état particulier des humeurs et des organes.

Humeurs et organes ne sont pas également altérés chez tous les individus; de là plusieurs variétés d'arthritiques suivant que le système nerveux, le foie, le rein, le cœur, le poumon, la peau sont atteints de préférence. Il y aura diabète quand le sucre renfermé dans le sang, aggravera les lésions organiques primitives de l'arthritisme, le foie chez l'un, le pancréas chez l'autre, le rein chez un autre, divers points du système nerveux chez un quatrième, et l'on aura les diverses variétés de diabète, le diabète gras, le diabète maigre, le diabète avec albuminurie, le diabète avec accidents nerveux. » On conçoit l'importance que prendrait dans cette théorie l'existence d'antécédents héréditaires ou morbides créant l'organe de moindre résistance.

L'alcoolisme agira précisément, lui aussi, pour créer ce locus minoris resistantiæ. L'alcoolisme seul agit, on le sait, sur les vaisseaux pour déterminer des lésions bien caractéristiques (athérome, artério-sclérose); or, le diabète agit, lui aussi, sur les vaisseaux pour produire des altérations similaires ; c'est pourquoi il est aisé d'admettre l'influence que pourra avoir la combinaison de ces deux facteurs. Et notons en passant que l'alcoolisme n'est pas très rare dans le diabète, où il est en quelque sorte comme une conséquence de la polydipsie. Les auteurs sont, du reste, bien d'accord sur cette influence étiologique de l'alcool. Déjà, en 1875, Bouchardat pensait que « les accidents nerveux du diabète s'observent surtout chez les glycosuriques qui mangent plus de viande et prennent plus d'alcooliques qu'il ne faudrait ».

Blanchet (1) dit de même : « Il serait peut-être utile de faire suivre les accidents cérébraux des diabétiques de l'alcoolisme diabétique qui vient souvent les augmenter d'une manière non douteuse. Il y a paralysie causée par le diabète comme il y a paralysie causée par l'abus des boissons alcooliques. Si le diabétique joint à sa maladie l'abus du vin, des alcools, des liqueurs fortes auxquelles son estomac toujours fatigué le convie, il sera surtout exposé à la paralysie, à la perte de l'intelligence, de la mémoire, aux douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, dans les muscles extenseurs. Les effets mauvais du diabète seront alors triplés. Diabétiques alcooliques, veillez sur vous. »

Il ne faudrait pas pourtant attacher à ces données étiologiques une trop grande importance, car dans bon nombre de cas elles sont négatives. Aussi, croyons-nous devoir à ce propos citer les paroles suivantes du professeur Lasègue : « Dans le diabète, alors même que la maladie est connue, rien ne pourra faire prévoir s'il se produira, à un moment donné, des manifestations nerveuses; en effet, tandis que dans l'alcoolisme, par exemple, l'étude des antécédents et des prédispositions des malades permet d'annoncer dans une certaine mesure que des manifestations se feront sur le cerveau, il n'en est pas de même dans le diabète où ces manifestations sont absolument imprévues et peuvent, d'ailleurs, se montrer indifféremment dans toutes les périodes de la maladie (2). »

---

(1) Bernard et Féré. Des troubles nerveux chez les diabétiques, *Arch. de neurol.*, 1882, t. IV.

(2) Dreyfous. *Pathogénie et accidents nerveux du diabète*, Th. d'ag., Paris 1883.

(3) Escudié. *Des hémiplégies dans le diabète*, Th. de Paris, 1883.

(4) Auerbach. Rapports entre le diabète et les affections du système nerveux, *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1887.

(5) Drouineau. Observation d'un cas d'hémiplégie diabétique, *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 406.

(1) Blanchet. Paralysies diabétiques; alcoolisme diabétique, *Gaz. des hôpit.*, 10 sept. 1885.

(2) Clinique de Lasègue à l'hôpital de la Pitié, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, fév. 1882, art. 11968.

Rapports avec la polyurie et la glycosurie. — Existe-t-il un rapport entre la polyurie et la manifestation hémiplégique? Pour Escudié il n'y en a aucun. Mary, au contraire, note la coïncidence fréquente de certains accidents nerveux avec une diminution de la polyurie. Chez notre malade, nous n'avons pu nous renseigner sur la quantité d'urine émise au moment de l'attaque hémiplégique, mais nous avons noté la rareté des urines au moment de la crise névralgique si forte éprouvée par lui.

Quant à la glycosurie, l'étude des diverses observations permet de se rendre compte qu'il n'existe aucun rapport entre la quantité de sucre contenue dans l'urine et l'apparition des phénomènes nerveux. Quelquefois, la glycosurie est très abondante : des malades de Leudet, de Lecorché, rendent de 120 à 150 grammes de sucre par jour. Inversement, dans une observation de Bernard et Féré, la paralysie se montre alors que le sucre avait complètement disparu depuis plusieurs mois. Entre ces deux cas, on peut noter tous les intermédiaires; ainsi, le malade que je traitais rendait 2gr25 de sucre par litre; mais il est probable qu'au moment de son hémiplégie, il devait en avoir davantage, car lorsque j'examinai ses urines au point de vue du sucre, il suivait un régime diabétique depuis plus d'un mois.

Bruns (1) rapporte quatre cas de névrite paralytique chez des diabétiques, et, bien qu'il ne s'agisse pas là d'hémiplégie, je crois pouvoir citer le taux du sucre trouvé par cet observateur, car tous ces accidents nerveux du diabète sont reliés par une parenté si étroite qu'on peut, me semble-t-il, les comparer entre eux sans grande erreur. Des malades de Bruns, l'un avait 5,50 p. 100 de sucre dans les urines, l'autre 1 p. 100, un troisième 1,5 p. 100.

Je dois dire qu'en général, dans les diverses observations d'hémiplégie diabétique, les auteurs notent, le plus souvent, une glycosurie abondante. En résumé, cette donnée n'est pas suffisante pour fournir un caractère précis de l'hémiplégie diabétique, et je crois ne pouvoir mieux conclure que par cette phrase d'Auerbach (2) : « Les accidents nerveux qui peuvent survenir chez les diabétiques ne sont nullement en rapport avec la quantité de sucre perdue, puisque, dans certains diabètes à glycosurie abondante, les phénomènes nerveux font défaut, tandis que, dans certains diabètes à glycosurie faible, ils sont très accentués. »

Rapports avec la variété du diabète. — L'hémiplégie ne se montrerait-elle que dans certaines variétés de diabète? Peu d'auteurs ont étudié la question à ce point de vue et les avis sont partagés. Les uns croient, en effet, que l'hémiplégie ne se produira pas dans n'importe quelle forme de diabète. Nous avons vu que, pour L.-H. Petit, l'hémiplégie se montrera chez les arthritiques diabétiques dont l'arthritisme se sera de préférence porté sur le système nerveux. De même la conclusion par laquelle Puech (3) termine sa thèse inaugurale est celle-ci : « L'hémiplégie s'observe, le plus souvent, dans les formes de diabète décrites sous les noms de diabète arthritique ou gras, et il est permis de penser qu'elle n'est que l'expression du même état constitutionnel qui a produit le diabète. »

(1) Bruns. Ueber neuritische Laehmungen beim Diabetes mellitus, *Berl. Klin. Wochens.*, juin 1890.
(2) Auerbach. Loc. cit.
(3) Puech. *Des hémiplégies chez les diabétiques*, Th. de Paris, 1888.

Pour d'autres auteurs, ce rapport n'existerait pas. C'est l'opinion de Lasègue, qui déclare que, une fois le diabète reconnu, rien ne peut, dans l'étude de la maladie, faire prévoir s'il y aura ou non des manifestations du côté du système nerveux. C'est également l'opinion qu'exprimait M. le professeur Bouchard en disant : « Les symptômes nerveux du diabète sont très fréquents, et je puis ajouter, très peu connus; mais qu'il s'agisse de vertiges, de délire, de céphalée, de paralysies, d'hémiplégie, même d'aphasie, de tels symptômes ne s'observent pas plus spécialement dans telle ou telle forme de la maladie; ils ne font pas partie d'un cortège symptomatique spécial. »

III

Symptomatologie. — Il y a lieu, tout d'abord, de faire une grande division entre les hémiplégies diabétiques; les unes, en effet, sont permanentes, c'est-à-dire ne rétrocèdent jamais une fois qu'elles sont établies; tandis que les autres, essentiellement fugaces et transitoires, disparaissent au bout d'un temps variable, mais qui peut être fort court, et le plus souvent sans laisser de traces.

Il faut donc distinguer :

1° Des hémiplégies diabétiques permanentes;

2° Des hémiplégies diabétiques transitoires.

Nous allons étudier tour à tour chacune de ces variétés.

A. Hémiplégies permanentes. — *Date d'apparition.* — L'hémiplégie permanente ne se montre pas au début; c'est un phénomène tardif du diabète sucré (Escudié). C'est également l'opinion de MM. Raymond et Artaud : « Les hémiplégies de la dernière période du diabète relèvent habituellement de lésions cérébrales vasculaires (hémorragie, ramollissement); la paralysie une fois constituée est fixe et permanente (1). »

Début. — Le début de l'hémiplégie diabétique permanente peut se faire de deux façons complètement opposées : il peut être brusque ou au contraire insidieux.

Dans les deux cas l'hémiplégie est ordinairement précédée de quelques symptômes précurseurs se montrant sous forme d'accidents nerveux, et en particulier de troubles sensoriels. Richardson, Bischoff, Murray, Seegen citent des observations où ces hémiplégies ont été précédées de troubles intellectuels, analogues à ceux du ramollissement cérébral, ce qui, d'ailleurs, ne doit pas nous étonner, puisque le ramollissement est la lésion trouvée fréquemment à l'autopsie de cette catégorie d'hémiplégiques. D'après Lecorché ces prodromes se montreraient peut-être avec plus d'intensité dans les cas où le début est insidieux, et attesteraient évidemment la mauvaise nutrition des diverses régions de l'encéphale (2).

Parmi ces symptômes prodromiques on notera, par exemple, le changement de caractère; le plus souvent, le malade devient triste, n'a plus de goût pour rien, ne s'intéresse plus aux choses qu'il recherchait jadis comme distractions favorites; il devient irritable, se met en colère pour une peccadille; d'autres fois, au contraire, il devient comme apathique.

Ces malades ont des insomnies presque constantes; ces

(1) Raymond et Artaud. Hémiplégie survenue au cours d'un diabète, l'*Encéphale*, 1883.
(2) Lecorché. Loc. cit.

insomnies fatigantes, sur lesquelles insistait le professeur Fabre (de Marseille), semblent le premier indice des troubles de la circulation cérébrale, et peut-être l'avant-coureur de phénomènes plus graves (Bernard et Féré, loc. cit.).

On notera également des cauchemars, des vertiges, de la céphalalgie.

D'autres fois, ce seront des troubles sensoriels, de la diplopie, de l'amblyopie, etc..., témoin ce malade de Parinaud (1), qui est pris subitement de troubles de la vue sans autres accidents; cinq jours après, hémiopie typique intéressant la moitié droite du champ visuel binoculaire, et c'est le lendemain seulement qu'apparaissent l'aphasie et l'hémiparésie droite.

1° *Hémiplégies permanentes à début lent.* — Ici l'hémiplégie se fait peu à peu, n'arrive que progressivement. C'est surtout dans cette variété que l'hémiplégie est précédée de la plupart des phénomènes prodromiques que nous venons d'énumérer. Le malade ressent d'abord comme un engourdissement des parties qui vont être paralysées, puis surviennent des fourmillements, et enfin peu à peu la paralysie envahit les uns après les autres les divers segments de la moitié du corps, en passant d'abord par le stade de l'affaiblissement progressif, puis par celui de la parésie. Il n'y a rien de particulier à noter dans l'ordre d'envahissement des divers segments.

D'après Escudié, ce serait surtout dans cette forme, pour ainsi dire chronique, que l'on verrait l'hémiplégie s'accompagner de troubles paralytiques du côté opposé. Fréquemment aussi, on notera des troubles psychiques. Ainsi le malade perd la mémoire; par exemple la troisième malade de Lecorché : « Cette femme, d'une intelligence supérieure, avait perdu non seulement la mémoire des noms, mais aussi celle des lieux. Elle ne pouvait s'aventurer dans sa petite ville natale; elle ne retrouvait plus le chemin pour rentrer à son logis, s'égarait à sa porte; elle ne se retrouvait même plus dans l'intérieur de sa maison : ainsi, allant aux cabinets, elle ne savait plus rentrer dans sa chambre à coucher. »

Un malade de Ogle perd la mémoire des mots et se sert de noms impropres.

On voit également les malades rire et pleurer sans motif : « Outre les vertiges et la perte de la mémoire, il y avait une sensibilité maladive qui la portait à pleurer sans raison » (deuxième observation de Lecorché).

Le reste de la symptomatologie n'offre rien de spécial.

2° *Hémiplégies permanentes à début brusque.* — Dans d'autres cas, au contraire, les symptômes éclatent subitement, sous forme d'ictus apoplectique ou paralytique; quelquefois c'est une attaque convulsive suivie de paralysie.

Dans tous les cas, l'hémiplégie s'établit d'emblée avec le maximum de son intensité et comprend, dès le début, toutes les parties qui doivent être atteintes (Escudié).

Ces cas d'hémiplégie permanente à début soudain semblent être d'un pronostic plus grave, en ce sens que souvent la mort survient rapidement. On a noté, par exemple, la mort se produisant quelquefois quatre ou cinq heures après la première attaque; ces morts rapides ont été signalées par différents auteurs, comme Seegen qui en rapporte quatre observations, comme Nicolas, Bouchut, Redon, Rombach, Watson, Capland, Actken.

D'autres fois ces manifestations, bien que fort graves, peuvent ne pas mettre immédiatement la vie du malade en danger. Elles peuvent, dit Lecorché, s'amender graduellement sans jamais toutefois disparaître complètement, se reproduisent toujours et entraînent tôt ou tard une terminaison fatale.

(1) Parinaud. In Th. de Dreyfous.

B. Hémiplégies passagères. — *Date d'apparition.* — Les hémiplégies transitoires peuvent se montrer à toutes les périodes du diabète. Elles pourraient même se développer avant que le sucre n'apparaisse dans les urines, comme dans le fait de Pavy. Pour Raymond et Artaud, l'hémiplégie pourrait se montrer au début du diabète, mais elle y serait rare et les paralysies vraiment du début seraient le plus fréquemment des monoplégies (1). L'hémiplégie est souvent initiale, dit Dreyfous (2), mais il émet l'opinion que, dans la grande majorité des cas, elle apparaît non point au début réel de la maladie, mais à ce qu'il appelle le début apparent, c'est-à-dire que cette hémiplégie vient faire reconnaître un diabète jusqu'alors ignoré. Escudié se range pleinement à cet avis (3) : « Cette hémiplégie est un phénomène révélateur; quelquefois même on s'aperçoit que le diabète est assez ancien. » C'est le cas de notre malade, chez qui le début du diabète remontait à plus d'un an.

Enfin, pour d'autres auteurs, et en particulier pour Lasègue, il n'y a pas une époque fixe dans le cours du diabète à laquelle apparaîtra l'hémiplégie. « Elle ne se montre pas, dit-il, à une période uniforme de la maladie et peut survenir aussi bien au début qu'à la fin (4). »

Début. — L'hémiplégie passagère peut, comme les précédentes, affecter deux modes d'apparition; ou bien elle survient d'une façon insidieuse, ou bien elle se montre soudain par un début brusque avec ictus apoplectiforme ou vertigineux. Plus souvent, peut-être, la paralysie se produit sans choc, ni perte de connaissance (Dreyfous).

Une malade de Mary s'endort bien portante et se réveille avec une paralysie du membre supérieur droit. Parfois le sujet peut assister à l'invasion des phénomènes paralytiques (Observation de Féré).

Pour Marie (5), le début de l'hémiplégie brusque serait caractérisé par la rareté relative de perte de connaissance et surtout d'apoplexie vraie. Nous allons retrouver à chaque pas cette sorte de restriction; il semble que le symptôme ne soit qu'indiqué; jamais il ne se montrera avec une franche netteté.

Quelquefois la paralysie sera précédée d'un simple vertige, souvent même uniquement d'un état vertigineux.

Dans ces hémiplégies passagères, il ne semble pas qu'on observe fréquemment des phénomènes prodromiques. Ce seront, du reste, les mêmes que ceux que nous avons étudiés au sujet des hémiplégies permanentes. D'après l'observation de notre malade, nous serions tenté de conclure que la prédominance des accidents nerveux comme signes du diabète pourrait servir de symptôme prodromique très important.

Les troubles psychiques sont également peu accentués, témoin la malade qui fait le sujet de l'observation XVIII de

(1) Raymond et Artaud. Loc. cit.
(2) Dreyfous. Loc. cit.
(3) Escudié. Loc. cit.
(4) Lasègue. Loc. cit.
(5) Marie. Étude clinique de quelques cas de diabète, *Semaine méd.*, 14 déc. 1895.

Lecorché (1) : « Cette malade était diabétique depuis trois à quatre ans, quand elle fut frappée brusquement d'une paralysie de tout le côté gauche du corps. La paralysie se dissipa assez rapidement et la malade, tout en restant diabétique, put vivre encore huit ans avec toute l'intégrité de son intelligence. Cette femme, écrivain distingué, continua à produire avec autant de succès qu'avant son attaque. Elle succomba aux atteintes d'un érysipèle qui l'emporta en quelques jours. »

Caractères de ces hémiplégies. — Les hémiplégies diabétiques transitoires ont plusieurs caractères qui leur sont bien particuliers.

Elles sont essentiellement fugaces. Tous les auteurs insistent sur cette rapide évolution des phénomènes paralytiques. Ils peuvent ne durer que quelques jours (Bernard et Féré). « Ce sont, dit Rémond (2), des phénomènes passagers qui ressemblent bien plus à ce que l'on observe dans l'hystérie qu'à ce que produisent les lésions anatomiques de telle ou telle région du système nerveux. » En général, ces paralysies ont complètement disparu au bout de quelques jours.

Un autre caractère consiste dans le faible degré de ces paralysies ; ce sont des paralysies incomplètes. Escudié fait très justement remarquer, à ce propos, combien rarement les auteurs des observations emploient le terme de paralysie, alors, qu'à chaque instant, reviennent sous leur plume les expressions d'affaiblissement marqué, de difficulté des mouvements, etc. ; c'est qu'en effet, le mouvement ne sera que bien rarement complètement perdu ; le plus souvent, il sera considérablement amoindri et diminué, mais il existe encore et l'on se trouve en présence de parésie plutôt que de paralysie, comme nous décrirons tout à l'heure de la paraphasie plutôt que de l'aphasie ; c'est toujours le symptôme bâtard n'osant pas s'affirmer nettement. C'est ainsi que Leudet (3) cite un diabétique qui accuse des fourmillements, puis un affaiblissement tel du membre inférieur gauche que, sans abolition des mouvements volontaires, il ne peut se tenir debout.

De même l'observation XVII de Seegen (4) relate l'histoire d'un malade atteint d'hémiplégie fruste ; sa démarche, dit-il, est incertaine et chancelante. De temps en temps, il traîne la jambe droite ; les membres supérieurs sont affaiblis, surtout le bras droit ; la main droite serre moins fort que la gauche. Quand le malade écrit, il ne peut tenir longtemps sa plume ; sa parole est un peu embarrassée, sans déviation de la langue. Un mois plus tard, la parole devint plus embarrassée, la main droite ne put plus tenir une plume. En trois ou quatre jours, les symptômes disparurent et l'état général s'améliora sensiblement.

Non seulement l'hémiplégie n'est pas complète au point de vue de la paralysie, mais bien souvent aussi elle ne l'est pas en tant qu'hémiplégie. Il est certain que toute la moitié du corps peut être prise, mais c'est le cas le moins fréquent. Dans un bien plus grand nombre d'observations, la paralysie est localisée à un segment de la moitié du corps, quelquefois même ce segment ne comprendra qu'un groupe de muscles paralysés. On a vu la paralysie n'envahir qu'un seul muscle (Charcot, Lecorché). Elle peut s'étendre à tout un côté de la face (Lasègue). Elle peut occuper un segment de membre (Fritz), tout un membre (Andral). On peut observer, chez un même malade, une paralysie de la face et du membre supérieur du même côté, le membre inférieur restant seul indemne. D'autres fois, c'est une hémiplégie gauche respectant la face ; dans le cas que j'ai relaté, il s'agissait d'une hémiplégie droite ne comprenant que le bras et la jambe. Enfin on a noté la paralysie d'une moitié de la langue, des muscles d'un seul œil.

Une particularité de ces hémiplégies est de s'associer avec diverses monoplégies, ce qui leur donne une physionomie tout au moins bizarre. Tel est l'hémiplégique observé par Charcot et cité par Féré (1), qui est paralysé la nuit sans perte de connaissance et qui a une hémiplégie gauche avec chute de la paupière supérieure droite. Un autre malade de Charcot, également cité par Féré, a une hémiplégie faciale et une chute de la paupière supérieure du même côté, le tout ayant été précédé d'une névralgie faciale. Un troisième malade, cité par le même auteur, a une hémiplégie faciale droite combinée à une paralysie des extenseurs de la cuisse gauche. Un malade de Ogle (2) a une hémiplégie droite respectant le membre inférieur, c'est-à-dire qu'il n'y a que le bras droit et le côté droit de la face qui sont paralysés, puis survient une paralysie du bras gauche. Un malade de Charrin (3) est atteint d'une paralysie alterne qui consiste en une hémiplégie gauche avec ophtalmoplégie droite, c'est-à-dire le syndrome de Weber. De même un malade de Marinesco (4) est atteint d'une hémiplégie gauche flasque, sans contracture, avec paralysie totale et presque complète de la musculature externe et interne de l'œil droit.

Dans certains cas, ces paralysies s'accompagnent de phénomènes inattendus qui ne contribuent pas moins que les précédents à rendre étranges les symptômes observés.

C'est ainsi qu'avec la paralysie apparaissent très souvent des phénomènes d'aphasie également transitoire. Le plus souvent, c'est une simple perte de la mémoire des mots et le malade dit des mots les uns pour les autres. « Chez certains malades, dit Rémond (5), le symptôme aphasie existera seul ; le plus souvent, il sera intermittent et prendra, en général, la forme plus particulière d'amnésie verbale. Chez d'autres, il existera encore des troubles de la parole, mais il faudra alors invoquer soit une parésie des muscles de la langue, soit une insuffisance motrice des muscles du larynx. »

L'hémiplégie peut s'accompagner encore de troubles du côté de l'appareil visuel ; c'est ainsi qu'on peut noter de l'amblyopie, de la diplopie, de l'hémiopie.

Certains auteurs ont relaté encore, au cours de leurs observations, des troubles de sensibilité, soit d'hyperesthésie, soit d'anesthésie.

Rappelons le cas rapporté par Lasègue, dont les soins furent réclamés pour un jeune homme atteint dans des circonstances toutes particulières. « Ayant entrepris un voyage assez long en chemin de fer, ce malade fut frappé en route d'une attaque d'apoplexie, avec perte de connaissance et coma complet, et suivie d'une hémiplégie ; il guérit rapide-

(1) Lecorché. Loc. cit.
(2) Rémond. Les accidents nerveux du diabète, *Languedoc méd.*, 18 déc. 1891.
(3) Leudet. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, 1874.
(4) Seegen. *Cent quarante observations de diabète sucré*, Berlin 1875.

(1) Bernard et Féré. Loc. cit.
(2) In Th. de Dreyfous.
(3) Charrin. *Bull. méd.*, 13 mai 1896.
(4) Marinesco. Soc. de biol., 1895.
(5) Rémond. Loc. cit.

ment et put revenir à Paris au bout de peu de temps. L'année suivante, il entreprit le même voyage et fut repris, dans les mêmes conditions, d'une hémiplégie accentuée; il présentait en outre, à ce moment, une large plaque anesthésique sur la cuisse du même côté que l'hémiplégie (1). » De même Dreyfous cite l'observation suivante due au professeur Lasègue : « Une dame de quarante-cinq ans est brusquement frappée d'apoplexie et sort de son attaque hémiplégique; cette hémiplégie est passagère et disparaît au bout de quelques jours. Ajoutons qu'elle est associée à une hyperesthésie cutanée siégeant du même côté que la paralysie. »

On notera encore fréquemment l'abolition concomitante du réflexe rotulien (2). Le cas de Marinesco présente cette particularité intéressante, c'est que la paralysie alterne supérieure est survenue chez un diabétique qui avait perdu ses réflexes rotuliens et qui a récupéré, à la suite de son attaque hémiplégique, le réflexe rotulien du côté de l'hémiplégie.

IV

Anatomie pathologique. — 1° Hémiplégies permanentes. — Dans toutes les observations d'autopsie de malades atteints d'une hémiplégie durable survenue au cours du diabète, on a constamment trouvé un foyer de ramollissement ou d'hémorragie. Les épanchements sanguins se produisent non seulement dans les masses nerveuses, mais parfois aussi dans les enveloppes de l'encéphale. Seegen signale le cas d'hémorragie cérébrale ou méningée rapidement suivie de coma et de mort. Bien d'autres auteurs, Nicolas, Bouchut, Redon, Rombach, ont rapporté des observations semblables. Lecorché a observé dans le cours du diabète chez l'homme des cas analogues à ceux de Seegen, c'est-à-dire des cas de pachyméningite ou d'hémorragie méningée avec convulsions suivies de coma; chez la femme, il ne rencontra que des cas de ramollissement et d'hémorragie cérébrale. Dans ces cas, on doit admettre que ces faits sont bien sous la dépendance du diabète; ils sont dus, en effet, soit à une oblitération, soit à une rupture du vaisseau, consécutives aux lésions cardio-vasculaires diabétiques. Ces lésions ont été tout particulièrement étudiées par Lecorché, qui constata que le cœur se rencontre fréquemment atrophié et graisseux, et qu'on peut noter une endocardite chronique surtout mitrale. Du côté des vaisseaux, les artères sont athéromateuses et graisseuses et l'on remarque une artérite à foyers disséminés, mais dont les principaux siègent dans les systèmes vasculaires du cerveau et de la rétine. Pour Lecorché, ces altérations sont la conséquence de l'irritation consécutive au contact prolongé du sucre avec l'endocarde et l'endartère.

Devons-nous nous étonner de rencontrer ces lésions chez des diabétiques? Nullement. Le diabète agit sur les vaisseaux pour y produire des altérations analogues à celles que fait naître l'intoxication saturnine ou alcoolique. Le diabétique pourrait presque être considéré comme un artério-scléreux, dont l'artério-sclérose provient de l'arthritisme qui se retrouve dans ses antécédents. Par conséquent, ce diabétique a le droit de faire une hémorragie ou un ramollissement tout comme un alcoolique, tout comme un artério-scléreux.

2° Hémiplégies transitoires. — Pour les hémiplégies passagères, du fait même de la fugacité des symptômes, les observations sont bien moins nettes et bien moins précises. Il y a d'abord très peu d'autopsies, et les lésions constatées jusqu'à ce jour ne s'observent pas à l'œil nu, c'est pourquoi une autopsie de Kuechenmeister (1), en 1858, restait négative.

Certains auteurs ont néanmoins trouvé des altérations; c'est ainsi que Dickinson (2) a décrit, dans le système nerveux des diabétiques, des lésions qu'il croit développées primitivement et qui seraient pour lui de nature à expliquer tous les troubles limités. Ce sont des excavations miliaires qui se rencontrent le long des vaisseaux, et dans lesquelles on trouve du sang extravasé ou des cristaux d'hématine indiquant leur origine hémorragique, et des foyers de sclérose miliaire, qui peuvent se rencontrer aussi bien dans le cerveau que dans la moelle. Tous les auteurs n'ont pas retrouvé ces lésions, et en particulier Muller, Kulz, Taylor, Goodhart. Néanmoins, Lecorché affirme que « le fait est en lui-même réel, et que l'on constate habituellement, disséminés dans les différentes parties de l'axe cérébro-spinal, de petits foyers limités de thrombose ou de désintégration, des lacunes, de petites extravasations de sang ou de pigment. »

On a également rencontré des embolies de graisse et de glycogène au sujet desquelles nous reviendrons à propos de la pathogénie de ces hémiplégies.

En 1886, MM. Lépine et Blanc (3) ont décrit des lésions microscopiques très intéressantes. Il s'agissait d'un malade diabétique, qui fut pris d'hémiplégie droite progressive, de crises épileptiformes, d'aphasie et de graves troubles intellectuels. On obtint la guérison à peu près complète des symptômes nerveux, mais le malade succomba à une phtisie diabétique. A l'autopsie, on ne constata rien à l'examen macroscopique; le microscope, au contraire, fit voir les lésions suivantes : « D'une manière générale, l'écorce du côté gauche est moins épaisse que du côté sain; mais ce qui est plus frappant, c'est la disparition à peu près complète des cellules pyramidales; on n'en trouve pas une seule avec ses caractères normaux; on voit seulement quelques rares cellules nerveuses, triangulaires, petites et irrégulières. De plus, la névroglie a subi une modification considérable à gauche; ses éléments cellulaires sont moins nombreux; elle a perdu son aspect grenu, et paraît, pour la plus grande part, constituée par des trabécules circonscrivant des trous réguliers. De ceux-ci, les uns, ce sont les plus rares, sont des capillaires dilatés, reconnaissables à l'existence d'une membrane limitante pourvue de noyaux; d'autres sont des espaces périvasculaires; d'autres sont des loges pour la plupart vides, dans quelques-unes seulement desquelles on trouve des éléments ratatinés et pigmentés (cellules nerveuses). Quelques espaces périvasculaires, vus en longueur et non en coupe, sont remplis de grains d'hématoïdine. Il n'en existe pas de semblables du côté droit. »

V

Pathogénie. — Les théories sont nombreuses qui ont pour but d'expliquer le pourquoi de ces hémiplégies diabétiques;

(1) Lasègue. Loc. cit.

(2) Dans une thèse de Paris 1888, M. le docteur Nivière admet l'abolition du réflexe rotulien dans 40 p. 100 des cas de diabète.

(1) Kuechenmeister. *Gungsburg's Zeits.*, t. IV, p. 438.

(2) Dickinson, cité par Lecorché. Loc. cit.

(3) Lépine et Blanc. Hémiplégie diabétique, *Rev. de méd.*, fév. 1886.

aussi, pour les exposer avec quelque clarté, les réunirons-nous en les groupant sous un certain nombre de chefs.

1° Théorie congestive. — Nous avons vu que Marchal (de Calvi) fut le premier ayant cherché à montrer qu'il n'y avait pas une simple coïncidence dans l'apparition simultanée du diabète et des troubles nerveux; qu'il y avait, au contraire, une relation de cause à effet, et qu'au lieu de l'opinion généralement admise, qui faisait le diabète tributaire d'une altération du système nerveux, cette maladie était bien plus fréquemment la cause des accidents nerveux observés. Il ne suffisait pas d'énoncer ce fait, il fallait chercher à l'expliquer, et donner en particulier une pathogénie à ces hémiplégies fugaces que Marchal observait. Pour lui, ces phénomènes étaient le plus souvent des phénomènes inflammatoires et congestifs : « Dans la plupart des cas, dit-il, la nature des accidents cérébro-spinaux diabétiques se rapporte à l'inflammation ou à la congestion. Il ne serait pas impossible que quelquefois le sucre exerçât une action purement dynamique, c'est-à-dire sans changement d'état appréciable sur la substance nerveuse. Il pourra arriver aussi que les accidents cérébraux soient occasionnés par une albuminurie concomitante du diabète. » Il est évident que la brusquerie de l'apparition et de la disparition de ces accidents, leurs rémissions fréquentes peuvent faire penser à des poussées congestives, mais à cette théorie nous ferons une objection que nous aurons d'ailleurs à répéter souvent. L'hémiplégie diabétique, nous l'avons vu, est rarement totale; le plus souvent, au contraire, elle est très localisée. Comment alors admettre une congestion se localisant, elle aussi, d'une façon si étroite? Et puis, pourquoi ces poussées congestives? Nous ne trouvons pas de réponse satisfaisante. A propos de cette théorie, Dreyfous fait remarquer combien il serait intéressant d'assister au début des accidents, et de constater, par exemple, s'il existe, au moment de leur production même, une hyperthermie analogue à celle signalée par Hanot à propos de la paralysie générale.

2° Théories dyscrasiques. — Nous rangeons dans ce groupe une série de théories pathogéniques basées sur diverses altérations humorales, du sang en particulier, et étant toutes consécutives à la présence du sucre.

Nous trouvons tout d'abord l'opinion exposée par Mary en 1881 (1) : « Nous avons, dit-il, une grande tendance à rattacher ces divers phénomènes à une cause univoque, la dyscrasie du sang. Il est naturel d'admettre *a priori* qu'un système nerveux dont la nutrition est anormale, qui reçoit un sang vicié et chargé de produits étrangers, comme l'est celui du diabétique, ne peut fonctionner d'une manière régulière, et il est bien permis, par conséquent, à défaut d'explication meilleure, d'attribuer les troubles fonctionnels que nous constatons, à des modifications organiques ou purement dynamiques du système nerveux, et de rapprocher les désordres moteurs, sensitifs, intellectuels que l'on observe chez les diabétiques, des mêmes symptômes que présentent les saturnins dont le sang est chargé de plomb, les goutteux dont le sang renferme de l'acide urique. Dans cette hypothèse, la mobilité de ces troubles trouverait son explication dans la fluctuation de la glycémie, qui tantôt baisse, tantôt augmente; et ce qui vient encore corroborer cette manière de voir, c'est la coïncidence fréquente de certains accidents avec une diminution de la polyurie. »

(1) Mary. Loc. cit.

De même Bernard et Féré rattachent, eux aussi, ces symptômes à l'influence du trouble général de la nutrition déterminé par la glycosurie. « Ces accidents, disent-ils (1), sont très analogues à ceux que l'on voit se produire au cours de la diathèse urique. Ils se manifestent souvent quand le sucre a diminué dans les urines, et il n'est pas rare de voir des diabétiques succomber à des accidents cérébraux, précisément au moment où ils ne sont plus glycosuriques. »

C'est encore à cette nutrition viciée, à cette imprégnation sucrée des tissus que se range Demange (2) : « Ce n'est pas impunément que le sang s'accumule dans les tissus du diabétique. »

Lecorché dit également (3) : « *A priori* ces troubles peuvent être rapportés soit à des lésions matérielles et grossières des centres cérébro-médullaires, soit à des modifications plus délicates subies par les éléments nerveux au contact d'un sang adultéré ou d'une circulation artérielle insuffisante. »

Je citerai enfin à ce propos un passage d'une clinique de Dieulafoy (4), bien qu'il s'y occupe surtout des névralgies diabétiques et ne parle des paralysies que d'une façon incidente : « Tout se réduit encore à des hypothèses sur la pathogénie de ces névralgies doubles que l'on peut observer, même sur les nerfs dentaires. MM. Worms et Peter admettent que la dyscrasie est la cause de la névralgie symétrique. Il y a quelques années, Romberg disait déjà dans un langage imagé, que ces névralgies étaient les plaintes des nerfs implorant un sang non vicié. Cette manière de voir est d'accord avec ce que nous savons aujourd'hui des désordres occasionnés sur les nerfs périphériques par les substances toxiques.

Ces désordres se traduisent par des névralgies ou des paralysies symétriques; la preuve en est dans les paralysies et névralgies symétriques des saturnins. Or, les névralgies diabétiques peuvent être comparées aux névralgies saturnines; ce sont des névralgies par auto-intoxication, et l'on peut admettre l'hypothèse que le sucre charrié par le sang joue vis-à-vis des nerfs périphériques le même rôle que le plomb ou que l'alcool (5). »

Ainsi, pour tous ces auteurs il s'agit d'intoxication, et ces phénomènes sont d'ordre toxique. « Les diabétiques, dit Rémond (6), peuvent être considérés comme des individus en puissance d'intoxication. Les accidents qu'ils présentent rentrent donc, tout au moins pour ce qui est des accidents nerveux, dans le même cas que les phénomènes pathologiques similaires dont souffrent les malades empoisonnés par le plomb ou l'alcool, par exemple. Le sang est altéré, et parce qu'il contient des produits surajoutés, et parce que ses éléments normaux sont eux-mêmes malades; c'est à cette altération sanguine, à la présence des différents pro-

(1) Bernard et Féré. Loc. cit.

(2) Demange. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1883.

(3) Lecorché. Loc. cit.

(4) Dieulafoy. Sciatique double symptomatique du diabète, *Gaz. hebd.*, 11 oct. 1889.

(5) Pour Auché (*Arch. de méd. expérim.*, sept. 1890), la pathogénie des altérations des nerfs périphériques chez les diabétiques ne doit pas être cherchée exclusivement dans l'action irritante du sucre sur les nerfs périphériques. Elles seraient dues probablement à plusieurs causes : l'anhydrémie, l'acétonémie, le trouble de la nutrition générale qui doit atteindre les nerfs comme les autres tissus, et enfin l'action de substances mal définies qui circulent dans le sang des diabétiques.

(6) Rémond. Loc. cit.

duits que peuvent aussi contenir les vaisseaux, qu'il faut rattacher ces accidents nerveux. »

Tout récemment, dans le *Manuel de médecine* (1), M. le docteur Souques exprimait une opinion analogue : « Ces hémiplégies reconnaissent donc un double mécanisme. Dans le premier cas, elles sont dues à des désordres matériels vulgaires (hémorragie, ramollissement) d'origine artério-scléreuse ou endocarditique.

Dans le second cas, elles relèvent vraisemblablement d'une auto-intoxication glycémique localisée; il s'agit tantôt d'une auto-intoxication passagère, avec troubles fonctionnels; tantôt de véritables altérations cérébrales consécutives à l'intoxication prolongée. »

Dreyfous ne croit pas à cette pathogénie : « On a voulu, dit-il (2), rattacher ces phénomènes à l'imprégnation des organes par le sang chargé de sucre, mais ces paralysies peuvent se développer (un cas de Pavy le prouve) avant le diabète et surtout (comme chez un malade de Ogle et chez un autre cité par Bernard et Féré), le sucre peut avoir disparu des urines depuis plusieurs mois lors de leur apparition. » Mais cet argument est discutable, car on pourrait justement admettre que c'est précisément parce que l'urine ne renferme plus de sucre que celui-ci s'accumule dans l'organisme et y produit des effets plus intenses. Nous aimerions mieux demander pourquoi, alors que le sucre est répandu d'une manière uniforme dans toute la masse du sang, il irait soudain localiser son action sur une portion tout à fait restreinte de la surface des circonvolutions ?

Pour Bouchard (3), bien que la pathogénie de ces accidents soit encore obscure, il paraît vraisemblable qu'ils peuvent s'expliquer, « soit par des altérations humorales et par le trouble de la nutrition, qui peut en être la conséquence, soit par des altérations vasculaires capables de modifier l'irrigation des centres nerveux. Dans l'état actuel de nos connaissances, on serait tenté de les rapporter, soit à l'hyperglycémie, soit à des proliférations conjonctives des vaisseaux qui, chez les diabétiques, ont été constatées dans certains viscères. » Parmi ces différentes causes, Bouchard fait une part spéciale à l'anhydrémie : « Par son avidité pour l'eau, le sucre entrave les phénomènes d'osmose et gêne la nutrition des éléments anatomiques; de là des désordres fonctionnels variés, de là pour le système nerveux impressionnable entre tous, un état de malaise qui se traduit de mille manières. »

Cette théorie paraît séduisante au premier abord; on se représente, en effet, très bien ce dessèchement de la substance cérébrale en raison des causes énoncées, et on comprend aisément qu'il suffira de rendre un peu d'eau à cette substance asséchée pour qu'immédiatement elle redevienne normale; et cette donnée semble éclaircir complètement ce caractère de l'hémiplégie diabétique d'être par-dessus tout transitoire et passagère. Mais ici encore, comment expliquer cette localisation étroite, cette minime portion de substance corticale soumise à l'anhydrémie?

Charrin (4) se rattache à peu près à la même opinion : « Ces désordres, dans le cas présent (observation d'une hémiplégie avec syndrome de Weber), tiennent aux acides gras, à la lipémie, à l'acétonémie ou à la déshydratation des tissus nerveux. Or, ces processus se produisent lentement; cette lenteur fait que les symptômes apparaissent progressivement; d'autre part, comme il n'y a pas de lésions profondes, il y a possibilité de guérison. » Cette théorie ne peut donc s'appliquer à tous les cas, puisque bien souvent, nous l'avons vu, l'hémiplégie s'établit d'emblée.

Enfin d'autres auteurs, et, en particulier, Puech (1) admettent que, dans les hémiplégies diabétiques où l'on ne constate aucune lésion cérébrale, il faut expliquer ces faits par une intoxication urémique (on a d'ailleurs essayé de donner à l'hémiplégie toutes les causes invoquées pour la pathogénie du coma diabétique). Puech se base pour ceci sur la fréquence des troubles rénaux au cours du diabète. Je crois qu'il me suffira sans insister davantage de faire remarquer ce fait bien constaté que, dans nombre de cas de ce genre, les urines ne contenaient aucune trace d'albumine.

Ces théories qui font découler ces phénomènes d'une altération générale de la nutrition ne satisfont pas entièrement l'esprit. On les comprend très bien pour expliquer des symptômes qui ne sont pas localisés, comme le sentiment de lassitude générale, comme les accès narcoleptiques, tous symptômes, dit Chauffard (2), qui paraissent relever d'une sorte d'insuffisance fonctionnelle, de dynamisme amoindri du système nerveux central et périphérique, ou, pour employer un terme proposé par M. Potain, de méiopragie nerveuse. Mais on ne saisit pas bien la relation qui existe entre ce trouble de la nutrition générale et une attaque soudaine d'hémiplégie transitoire ou permanente.

3° Théories anatomo-pathologiques. — Ce groupe comprend les théories pathogéniques basées sur des altérations du système nerveux, lésions légères certainement, mais existant néanmoins.

Nous avons décrit, en étudiant l'anatomie pathologique des hémiplégies passagères, les lésions qu'autrefois avait rencontrées Dickinson et en qui l'auteur anglais croyait reconnaître la cause des accidents diabétiques. Nous avons vu que ces altérations n'étaient pas constantes et que d'autres auteurs ne les avaient point rencontrées. Dreyfous ne croit pas que ces lésions puissent expliquer les phénomènes nerveux, car Dickinson les constatait alors même qu'il n'y avait pas eu d'accidents nerveux; il cite également un cas de Mosler où la lésion nerveuse indiscutable n'a donné lieu, chez le diabétique auquel elle appartenait, à aucun phénomène de paralysie ou d'anesthésie. D'autre part, comment expliquer la courte disparition des phénomènes causés par ces altérations? On répond que ces destructions limitées se trouvent suppléées par des parties similaires; mais, dit Escudié, quand la guérison se produit en deux ou trois jours sans laisser de traces, il est bien difficile d'admettre une suppléance si parfaite en un temps si court.

Lecorché, discutant l'opinion de Dickinson, s'exprime ainsi : « Ces diverses altérations expliquent peut-être un certain nombre de phénomènes nerveux observés chez les diabétiques et pourraient servir sinon de substratum anatomique aux troubles névropathiques, dits sine materia, relevés chez les malades, au moins établir une transition entre les manifestations regardées comme purement dyna-

(1) *Manuel de médecine*, t. VII, 1897.
(2) Dreyfous. Loc. cit.
(3) Bouchard. *Cours de pathologie générale*, 1882, in Th. de Escudié.
(4) Charrin. Loc. cit.

(1) Puech. Loc. cit.
(2) Chauffard. Accidents nerveux du diabète sucré, *Semaine méd.*, 15 fév. 1893.

miques et celles qui se rattachent d'une façon indiscutable à des foyers de ramollissement ou d'hémorragie. Mais la relation directe entre l'existence et le siège de ces altérations et les divers phénomènes nerveux n'a pas été établie jusqu'ici d'une manière satisfaisante et jusqu'à nouvel ordre il nous paraît prudent de maintenir une ligne de démarcation entre les symptômes liés manifestement à des lésions en foyer et les troubles multiples de ce qu'on pourrait appeler la névropathie diabétique. »

L'anatomie pathologique de l'autopsie faite par le professeur Lépine nous a révélé l'existence d'une lésion qui peut servir à éclairer la pathogénie. On comprend que sous l'influence d'un sang vicié, d'une nutrition générale mauvaise, les cellules cérébrales se détruisent peu à peu ; mais si cette explication cadre très bien avec l'hémiplégie progressive, comme c'est d'ailleurs le cas de cette observation, il n'en est plus de même pour l'hémiplégie qui se montre subitement sous forme d'un ictus apoplectique et qui disparaît au bout de quelques heures.

Il faut, dans ce cas, admettre quelque chose d'analogue à ce qui se produit dans l'hémiplégie banale, un arrêt brusque de la circulation dû à une oblitération vasculaire consécutive à une embolie. C'est ce qui nous amène maintenant à exposer deux théories pathogéniques basées sur cette idée, la théorie de l'embolie graisseuse et celle de l'embolie glycogénique.

C'est Escudié qui, dans sa thèse inaugurale, se rattache à l'idée de l'embolie graisseuse consécutive à la lipémie. « La lipémie, dit-il (1), peut exister dans le diabète sucré sous forme de graisse finement émulsionnée, tenue en suspension dans le sérum; elle est intermittente; elle peut survenir de très bonne heure.

L'hémiplégie est précédée d'apoplexie. On peut comprendre ce phénomène en se représentant les gouttelettes graisseuses obstruant tout à coup une branche de la sylvienne et venant jouer là le rôle de toute embolie. La localisation s'explique parce que les gouttelettes graisseuses peuvent frapper un territoire très limité, puisqu'on peut les supposer extrêmement petites. La circulation pourra n'être que ralentie sans avoir totalement cessé, d'où la perte incomplète de mouvement. Enfin la courte durée et la guérison totale peuvent s'expliquer ainsi : Pour que le vaisseau soit complètement désobstrué, que la circulation se rétablisse et se fasse comme auparavant, que faut-il? que la quantité de graisse du sang diminue ou disparaisse complètement, ce qui est très possible, puisque la lipémie du diabète est intermittente, ou bien que cette graisse, s'émulsionnant plus finement, soit reprise par le courant circulatoire, ce que l'on se représente aisément. Dans ce cas, la circulation redevient normale et l'hémiparésie disparaît sans laisser de traces. »

En 1888, Fütterer (2) trouvait dans les capillaires de l'écorce cérébrale d'un diabétique de véritables thromboses produites par des granulations de matière glycogène. Au voisinage de ces oblitérations vasculaires, il notait l'absence du réseau de filaments cellulaires et croyait y voir la conséquence de ces embolies vasculaires.

On pourrait également penser que ces embolies de glycogène peuvent servir de cause aux accidents diabétiques que nous étudions et on pourrait, à ce propos, répéter presque mot pour mot les diverses explications données par Escudié au sujet de l'embolie graisseuse.

En résumé, nous voyons que les théories n'ont pas manqué pour chercher à expliquer les hémiplégies transitoires causées par le diabète. Nous avons constaté, chemin faisant, que toutes n'étaient pas également bonnes et ne donnaient pas à l'esprit une satisfaction suffisante, parce qu'elles n'étaient pas suffisamment complètes. Cela d'ailleurs n'est nullement fait pour nous surprendre et nous estimons que ce serait une grande erreur que de vouloir s'en tenir exclusivement à une seule de ces théories qui ne saurait plus, dès lors, répondre à tous les cas; nous croyons qu'on doit être éclectique ici, comme du reste dans toutes les questions médicales, où les causes sont aussi multiples que les effets divers. C'était, je crois, l'opinion qu'exprimait le professeur Charcot dans une clinique qu'il faisait, en 1890, sur un cas de paraplégie diabétique (1). « On est en droit de se demander quel est le mécanisme de la production de ces lésions nerveuses secondaires dans le diabète. Sont-ce des altérations vasculaires? La fréquence des gangrènes, de la claudication intermittente chez les diabétiques pourrait faire penser à cette hypothèse. Il pourrait s'agir aussi d'une action toxique exercée par le sucre lui-même qui se trouve en quantité considérable dans l'urine chez les malades atteints de ces complications, ou bien par un de ses dérivés, acide acétique, acétone, ou autre. Enfin l'anhydrie elle-même, résultant de la privation des liquides, pourrait aussi jouer le rôle d'une cause à l'égard du développement des accidents nerveux. Il est difficile de faire un choix au milieu de tous ces facteurs étiologiques, mais il est possible aussi que le mécanisme ne soit pas le même dans tous les cas. »

Dans ce long exposé de théories, nous n'avons eu en vue que la pathogénie des hémiplégies diabétiques passagères, car nous pensons que la pathogénie des hémiplégies permanentes découle suffisamment de ce que nous avons dit à propos de leur anatomie pathologique pour qu'il soit nécessaire d'y insister davantage.

VI

Marche. Durée. Terminaison. — Dans les hémiplégies permanentes la marche sera différente suivant que l'hémiplégie s'établit d'emblée ou progressivement. La durée sera aussi éminemment variable, mais, en général, elle sera courte. On pourra quelquefois assister à une légère amélioration des symptômes paralytiques, mais ceux-ci persisteront toujours. Enfin, la mort est la terminaison la plus ordinaire au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Quelquefois elle survient quatre ou cinq heures après l'attaque. Dans ce cas, le malade tombe toujours dans un état comateux qui précède la terminaison fatale.

Dans les hémiplégies transitoires la marche varie également suivant que le début est brusque ou progressif; mais une fois la paralysie établie, on voit petit à petit les symptômes s'amender. La durée ne sera jamais longue, puisque c'est le propre de ces paralysies d'être essentiellement fugaces; elles ne durent parfois que quelques heures (Bernard et Féré). Mais elles se terminent toujours par la disparition complète des phénomènes paralytiques. Toute-

(1) Escudié. Loc. cit.

(2) Futterer. Glycogen in der Capillären der Grosshirnrinde, *Centralbl. f. d. med. Wiss.*, 1888.

(1) Charcot. Paraplégie diabétique, *Arch. de neurol.*, mai 1890.

fois on est exposé à les voir se reproduire dans de nouvelles attaques. Blanchet avait déjà remarqué que « les paralysies diabétiques sont rarement complètes, mais passagères et sujettes à récidive (1) ». De même dans son *Traité de pathologie* (2), mon maître, le professeur Teissier, signale ces hémiplégies comme pouvant être à répétition.

VII

Diagnostic. — En présence d'une hémiplégie passagère, on devra se demander quelle en est la nature. Il est, en effet, toute une série d'affections qui peuvent occasionner une hémiplégie transitoire. Borda (3) dit qu'elle se voit dans l'hystérie, dans l'épilepsie, dans la chorée, dans les commotions cérébrales, dans les tumeurs du cerveau et du crâne, dans le tabes, dans la maladie de Parkinson, dans la sclérose en plaques, dans la paralysie générale. On la rencontre encore chez les syphilitiques, chez les tuberculeux, chez les goutteux, chez les saturnins, chez les alcooliques, ainsi que dans quelques cas de congestion cérébrale.

Pour Dreyfous c'est surtout avec les hémiplégies hystériques et les hémiplégies syphilitiques qu'il faut faire le diagnostic.

Mary fait reposer ce diagnostic sur trois caractères principaux : 1° coexistence de la glycosurie ; 2° mobilité et variabilité de ces phénomènes qui apparaissent et disparaissent sans cause appréciable ; 3° efficacité du traitement diabétique.

L'examen complet du malade et l'étude détaillée des anamnestiques aidera beaucoup dans l'établissement de ce diagnostic souvent très délicat. Pour Marie, l'hémiplégie diabétique se distingue de l'hémiplégie vulgaire à l'aide de modalités spéciales qui sont :

1° Rareté relative de perte de connaissance et surtout d'apoplexie vraie ;

2° Atypie des phénomènes paralytiques ;

3° Tendance spontanée à la régression.

Comme l'hémiplégie syphilitique, l'hémiplégie diabétique est moins pure que l'hémiplégie vulgaire d'origine cérébrale [Fournier (4)].

Quant aux hémiplégies permanentes causées par le diabète et dues à une hémorragie ou à un ramollissement, on devra faire le diagnostic avec les différentes causes de l'hémorragie et du ramollissement. On insistera surtout sur l'alcoolisme, et ce sera d'autant plus malaisé que le diabète est souvent cause de lésions vasculaires et d'athérome, et que bien fréquemment, en outre, le diabétique se trouve un alcoolique.

VIII

Pronostic. — Le pronostic varie suivant l'hémiplégie spéciale que l'on envisage. Dans les hémiplégies permanentes, en effet, le pronostic est grave. Nous avons vu que la mort arrivait presque toujours, survenant soit au bout d'un temps plus ou moins long, soit très rapidement. Si la terminaison fatale n'a pas lieu, la paralysie, une fois constituée, reste fixe et permanente.

(1) Blanchet. Loc. cit.
(2) Laveran et Teissier. *Nouveaux éléments de pathologie médicale*, 4e édit., 1892.
(3) Borda. Contribution à l'étude de l'hémiplégie transitoire, *Journ. de méd. de Bordeaux*, mai 1895.
(4) In Th. de Dreyfous.

Le pronostic des hémiplégies passagères est, au contraire, bénin, puisque ces paralysies disparaissent toujours plus ou moins rapidement et sans laisser de traces. Aussi, le pronostic ne doit-il viser qu'une chose, c'est la tendance à la récidive et la fréquence des rechutes. D'après Marie, si la récidive ne se produit pas, on peut observer une sorte d'alternance entre telle et telle manifestation nerveuse.

D'autre part, il va sans dire, le pronostic se conforme à celui du diabète lui-même et des complications qui peuvent l'aggraver.

IX

Traitement. — On devra tout d'abord, en présence d'une attaque d'hémiplégie diabétique, se conduire comme pour toute attaque hémiplégique et instituer un traitement symptomatique.

Dès que, par l'examen clinique du malade, on aura reconnu l'existence du diabète, on devra d'urgence instituer un traitement sévère de cette maladie ; et l'on verra très rapidement une grande amélioration se produire.

Une fois que l'hémiplégie sera atténuée et en train de disparaître, on devra, suivant le conseil de mon maître, le professeur Teissier, insister sur le bromure de potassium, l'arsenic (sous forme d'arseniate de soude), et les alcalins (bicarbonate de soude).

Même après la paralysie, on se trouvera bien d'insister longuement sur le régime diététique et hygiénique du diabète, afin de tâcher d'éviter les rechutes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 6 avril 1897, sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins aides-majors de première classe Labougle, pour le 33e d'infanterie ; — Zumbiehl, pour le 64e d'infanterie ; — Patris de Broé, pour le 152e d'infanterie ; — Blum, pour la direction du service de santé du 7e corps d'armée ; — Bonnet, nommé surveillant à l'école du Val-de-Grâce ; — Mauroux, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Ferrand, pour le 28e dragons ; — Pouy, pour le 5e du génie ; — Muller, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Le Mitouard, pour le 47e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bar, pour le 9e bataillon de chasseurs à pied ; — Rubenthaler, pour le 11e hussards ; — Mouly, pour le 129e d'infanterie ; — Rouyer, pour l'hôpital militaire de Nancy ; — Romary, pour le 3e du génie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La chaire de pathologie expérimentale et comparée est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Daunic est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique ; — M. Cluzet est nommé chef des travaux de physique.

— MM. les docteurs Théophile Roussel, Gariel, J. Bertillon, Chambé sont nommés membres du Conseil supérieur de statistique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bury (de Saumur), Duteuil (de Libourne), Lingrand (de Lille), Maisonneuve, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, et Navault (de Vichy).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 avril 1897, M. le docteur Bourru, médecin en chef, a été promu au grade de directeur du service de santé, dans le corps de santé de la marine.

— Un concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'ouvrira le mercredi 26 mai 1897, à midi, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert du 24 avril au 7 mai.

— Un concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 31 mai 1897, à midi, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert du 1er au 14 mai.

— *École de médecine de Reims.* — Un concours s'ouvrira le 4 novembre 1897, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Reims.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 avril 1897, un concours s'ouvrira le 8 novembre 1897 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

— Le concours pour trois places de médecin du dispensaire général de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. Martel et Sallès, chefs de clinique, et Pétouraud, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

— A l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, les amis et les élèves de M. Richelot se réuniront en un banquet, le 1er mai 1897, au restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Élysées. — Le prix de la cotisation est de 20 francs.

Les adhésions sont reçues par MM. Derocque, Batignes et Barozzi, internes à l'hôpital Saint-Louis.

— M. le docteur Alex est nommé médecin adjoint au lycée de Roanne.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs César Dumas, maire de Mirabel; Ebel (de Lyon); Espinouse (de Montbazin) et Lavoix (d'Andilly-les-Marais).

— Les chemins de fer russes viennent d'accorder aux membres du XIIe Congrès international de Moscou (19 au 26 août 1897), régulièrement inscrits, le voyage gratuit aller et retour, de la frontière russe à Moscou.

Pour profiter de cet exceptionnel avantage, se faire inscrire au plus tôt au secrétariat général du Comité français, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Nous croyons devoir également aviser nos confrères que les demandes d'admission pour l'excursion au Caucase abondent et que l'on sera peut-être obligé de refuser l'inscription, les places dans le train spécial étant forcément très limitées.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion en Italie* organisée avec le concours de l'agence des « Voyages économiques ».

Premier itinéraire : Paris, Modane, Turin, Gênes, Pise, Florence, Bologne, Venise, Vérone, Milan, lac de Lugano, Lucerne, Paris.

Prix : 1re classe, 560 fr.; 2e classe, 495 fr.

Départ de Paris, le 29 avril. Retour à Paris, le 15 mai 1897.

Deuxième itinéraire : Paris, Modane, Turin, Gênes, Pise, Rome, Naples, Capri, Sorrente, Pompéi, Naples, Florence, Bologne, Venise, lac de Lugano, Lucerne, Paris.

Prix : 1re classe, 845 fr.; 2e classe, 750 fr.

Départ de Paris, le 29 avril. Retour à Paris, le 25 mai 1897.

Les prix mentionnés ci-dessus comprennent : les billets de chemins de fer, les transports en bateaux et en voitures, le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897

12. M. Ardoin. Effets des éclats de capsules de cuivre sur l'œil (étude expérimentale et clinique). — 13. M. Brisard. L'éternuement. — 14. M. Camus. Du rôle de la persistance des germes dans la transmission de la diphtérie (étude critique). — 15. M. Vandenbossche. Traitement de l'épiphora par la trépanation du sinus maxillaire. — 16. M. Trutié de Vaucresson. Contribution à l'étude des adhérences herniaires. — 17. M. Job. De l'actinomycose des centres nerveux. — 18. M. David de Drézigué. De la résection des canaux déférents et de la ligature du cordon comme traitement de l'hypertrophie prostatique (contribution expérimentale et clinique).

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur l'appendicite et l'entéro-colite membraneuse continue. M. Glénard, se plaçant uniquement au point de vue de l'entérite membraneuse, insiste sur la fréquence de la sténose de l'intestin dans cette affection. Il signale également, avec M. Mathieu, la coïncidence fréquente du rein mobile. Enfin, pour M. Glénard, les accidents intestinaux chroniques reconnaîtraient le plus souvent pour cause une perturbation chronique du foie, l'hépatisme. Emploi fréquent des laxatifs salins, relèvement de l'abdomen, tels sont les moyens que préconise M. Glénard pour éviter ces accidents multiples.

M. Labbé a apporté dans cette discussion les résultats de sa grande expérience. Au point de vue de l'intervention chirurgicale, il conclut que l'opération est indispensable dans l'appendicite à foyers limités, fort utile dans l'appendicite à rechutes, inutile dans l'appendicite perforante aiguë. Enfin M. Dieulafoy est venu apporter de nouveaux faits montrant la rareté exceptionnelle de la coexistence de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse. Si M. Reclus apporte une douzaine d'observations positives, M. Dieulafoy compte actuellement plus de 900 cas négatifs. Voilà où en est aujourd'hui la question. Nous croyons donc qu'on peut rassurer les nombreux malades atteints d'entéro-colite membraneuse et leur affirmer qu'ils ne sont pas plus exposés que d'autres à la redoutable appendicite.

Plusieurs communications intéressantes ont été faites à l'Académie : M. Cornil a lu une note de MM. Babès et Levaditi sur la forme actinomycosique de la tuberculose. M. Laveran a communiqué de la part de M. Geschwind, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, plusieurs cas de fièvre typhoïde, dus à la consommation de salades provenant de jardins maraîchers dans lesquels l'épandage des matières fécales se fait de telle sorte que les feuilles des légumes en sont souvent souillées.

Enfin M. Doyen a fait deux communications, l'une sur l'extirpation extemporanée, par les voies naturelles, des gros polypes naso-pharyngiens, l'autre sur le tubage du larynx dans les opérations sur la cavité naso-buccale, la plèvre et le poumon.

LES PROGRÈS DE L'ALCOOLISME EN FRANCE

Par le docteur Brunon,

Directeur de l'École de médecine de Rouen.

Les financiers agitent le débat sur l'alcool, mais ce sont les hygiénistes qui le mènent. Ce sont eux qui l'ont fait surgir au nom de la santé physique, intellectuelle et morale des races françaises. Pour les financiers, l'alcool est « la bête de somme fiscale ». Pour les médecins, c'est l'ennemi. Pour tous il y a donc intérêt à connaître le progrès de l'alcoolisme en France.

I

L'ALCOOL ET LE FISC ; CONSOMMATION ANNUELLE DEPUIS 1830 ; CONSOMMATION MOYENNE PAR TÊTE

Au commencement du siècle, le fisc reste indifférent devant l'alcool. La Constituante (1791) avait aboli les droits sur les boissons, le Consulat (1804) les rétablit. La régie faisait alors l'inventaire des récoltes et percevait, par hectolitre, 40 centimes sur le vin et 16 centimes sur le cidre. L'alcool provenant du vin et du cidre était exempt.

En 1824, la loi du 24 juin devient « la vraie charte fiscale » (1) de l'alcool, et depuis cette époque voici les fluctuations du taux de l'impôt :

En 1830, la consommation était de 365 182 hectolitres, soit 1l12 par tête.

En 1895, la consommation est de 1 549 045 hectolitres, soit 4 litres par tête.

Ces chiffres ne sont que les résultats des constatations officielles et ne comprennent pas les quantités consommées en franchise ou livrées à la fraude par les bouilleurs de cru.

Les fluctuations intermédiaires sont intéressantes à noter, surtout si on fait porter l'observation sur les années où la consommation aurait dû être modifiée par la législation.

En 1824 [loi du 24 juin (2)], on établit un droit de 50 francs sur l'alcool pur contenu dans les eaux-de-vie en cercles. Les alcools en bouteilles et les liqueurs, tant en cercles qu'en bouteilles, sont taxés comme alcool pur.

En 1830 (loi du 12 décembre), le droit est abaissé de 50 à 37 francs. Dans cette période, la consommation est de . . . . 365 182 hectol.

En 1837 et 1839, la loi consacre l'immunité accordée aux bouilleurs de cru. La consommation est de . . . . 502 433 —

En 1852, le décret-loi du 17 mars autorise l'alcoolisation des vins, et, pour les vins qui renferment plus de 18 centièmes d'alcool, frappe du double droit l'alcool en excès. La consommation passe (1850) de 525 200 hectolitres à (1853) . . . . 644 332 —

En 1855, la loi du 14 juillet porte de 34 à 50 francs le droit de consommation. De plus, au décime de guerre appliqué en vertu de la loi du 6 prairial an VII, elle ajoute un second décime. Le tarif est alors élevé à 60 francs l'hectolitre. La consommation, en 1855, était de 714 813 hectolitres ; elle s'élève en 1856, à. . . . . . . 768 394 —

En 1857, à . . . . 825 589 —

La loi du 26 juillet 1860 relève le droit de 50 à 75 francs, soit, avec le double décime, 90 francs l'hectolitre. En 1860 on consomme . . . . 851 825 —

En 1862 . . . . 857 592 —

En 1871 (loi du 1er septembre), le droit s'élève à 150 francs. Les vins sont frappés du double droit quand ils contiennent plus de 15 p. 100 d'alcool. Cette même année, on consomme. . . . . 1 013 216 —

Et l'année 1869 n'en avait consommé que 1 008 750 hectolitres.

En 1872 (loi du 26 mars), le droit sur les spiritueux en bouteilles s'élève à 210 francs. Le privilège des bouilleurs de cru est supprimé (2 août). En 1873, l'adjonction d'un demi-décime élève le droit sur

(1) Ch. Dupuy. *Rev. polit. et parlement.*, t. X, p. 250.

(2) Les chiffres officiels nous ont été donnés par M. Deleval, directeur des contributions indirectes à Rouen. M. Deleval voudra bien recevoir nos remerciements pour son extrême obligeance. Il a mis à notre disposition des tableaux très complets dont nous avons extrait les chiffres que nous produisons.

les spiritueux à 218 fr. 75 c. La consommation s'élève toujours. Elle est, en 1875, de . . . . 1019052 hectol.

Enfin, la loi du 19 juillet 1880 unifie le tarif à 156 fr. 25. Et la consommation, que nous avons vue en 1875 à 1019052 hectolitres, passe en 1880, à. . . . . 1313829 —

En 1885, à . . . . 1444342 —

En 1890, à . . . . 1662801 —

En 1892, à . . . . 1735367 —

En 1895, à . . . . 1549045 —

De sorte que le Français de 1830, qui ne payait que 34 francs d'impôt, ne buvait par an que 1l12; vingt ans après, il paye 60 francs et boit 2l13; vingt ans encore après il paye 210 francs et boit 2l69; notre contemporain paye 156 francs et boit 4l07. Plus le Français paye, plus il boit.

Depuis 1885 le droit a presque triplé. La consommation a plus que doublé (Ch. Dupuy).

Nous sommes de ceux qui croient à l'action nulle des moyens *gouvernementaux* pour restreindre la consommation de l'alcool. Toutes les lois et tous les décrets n'y feront rien. La question est beaucoup plus complexe que ne le croit le public.

Ce qui est évident, et ce qui devrait émouvoir la partie pensante de la population, c'est la progression continue, imperturbable, effrayante de l'alcoolisation de nos compatriotes.

II

INFLUENCE DES BOUILLEURS DE CRU DE 1830 A 1895

Tous les chiffres cités plus haut n'ont qu'une valeur relative. Ils sont au-dessous de la vérité si on cherche les quantités d'alcool bues en France. Il faut leur ajouter les quantités d'alcool livrées à la consommation par les *bouilleurs de cru*. On appelle ainsi le cultivateur distillant sa récolte lui-même pour son usage personnel.

En 1830 les bouilleurs consomment en franchise 28000 hectolitres.

En 1837-1839, l'immunité leur est accordée, ils consomment 40000 hectolitres.

En 1872, on supprime leur privilège, la consommation est de 26000 hectolitres.

En 1874 leur concession n'est plus que de 20 litres, la consommation est de 27000 hectolitres.

En 1875 ils recouvrent l'immunité, la consommation reste à 39000 hectolitres.

En 1893, 1894, 1895, elle atteint 61000, 91000 et 97000 hectolitres.

Tels sont les chiffres des quantités consommées en franchise.

Quant à celles livrées en fraude par les bouilleurs, il est impossible de les connaître, mais il est sûr qu'elles sont considérables.

Claude (des Vosges) estimait le budget de la fraude égal au vrai budget. M. Salies (1) admet que la perte du Trésor atteint le triple du rendement de la période d'exercice, soit 120 millions.

Alors que les bouilleurs de cru étaient au nombre de 270000, MM. Magne et Léon Say évaluaient la perte du fisc à 42 millions et demi. Actuellement, les bouilleurs sont au nombre de 680000. M. Ch. Dupuy estime que leur privilège frustre le Trésor de 100 millions.

Si le côté fiscal de la question nous échappe, grâce à notre incompétence, nous avons le droit de dire que l'incroyable privilège des bouilleurs de cru est un encouragement à l'empoisonnement en famille. Nous avons montré (1) quel détestable alcool et dans quelle incroyable quantité déversait le robinet du bouilleur, qui s'imagine ne boire qu'un liquide sain et réparateur parce que « cela est fait chez lui ».

III

CONSOMMATION INDIVIDUELLE ; TAUX DE L'IMPOT ; PART CONTRIBUTIVE DE CHAQUE HABITANT

Nous allons voir rapidement le rapport de ces trois termes en France et dans les principaux pays d'Europe et d'Amérique.

I. *Classement selon la consommation individuelle en* 1887 (2).

1.	Danemark	8l80
2.	Allemagne du Nord	8l25
3.	Suisse	5l
4.	Hollande	4l58
5.	Belgique	4l50
6.	Suède	4l15
7.	**France**	**3l84**
8.	Bade	3l77
9.	Autriche	3l50
10.	Russie	3l32
11.	Finlande	2l60
12.	États-Unis	2l50
13.	Wurtemberg	2l50
14.	Angleterre	2l49
15.	Portugal	2l10
16.	Espagne	2l
17.	Italie	0l90

Il faut remarquer que la consommation suit partout une progression constante. Mais on s'accorde à dire qu'elle est plus rapide en France. C'est le contraire dans les deux autres pays méridionaux, l'Espagne et l'Italie, où les causes de l'alcoolisme sommeillent encore. C'est le contraire aussi dans les deux autres pays septentrionaux, la Suède et la Norwège, où les ligues anti-alcooliques ont fait des prodiges, grâce à la ténacité des femmes et du clergé. Exemple :

En Norwège, la consommation était de 16 litres en 1883. Elle tombe à 3 litres en 1887.

Si ces chiffres sont exacts, le résultat est merveilleux.

Il serait dû à trois causes principales : la pression de l'opinion publique, l'influence de l'initiative individuelle et l'intervention active des femmes. La Norwège a 2 millions d'habitants et une armée de 57777 femmes qui font une croisade contre l'alcoolisme.

II. *Classement selon le taux de l'impôt en* 1885.

1.	Angleterre	477 fr. 19
2.	Russie	260 fr. 34
3.	Pays-Bas	252 fr. »

(1) Rapport de M. Salies, cité par M. Ch. Dupuy, p. 254.

(1) Brunon. L'alcoolisme en Normandie, *Bull. méd.*, août 1896, n° 55 et suivants.

(2) Jamais. Rapport n° 1646, 15 mars 1887, p. 609.

4. États-Unis	245 fr. 36
5. Canada	240 fr. »
6. Norwège	187 fr. 40
7. France	156 fr. 25
8. Italie	150 fr. »
9. Suède	145 fr. »
10. Finlande	92 fr. »
11. Belgique	74 fr. 25
12. Allemagne	33 fr. 91
13. Bavière	32 fr. 75
14. Wurtemberg	32 fr. 75
15. Danemark	26 fr. 80
16. Autriche	26 fr. 75
17. Bade	23 fr. 12

En 1885, la Suisse n'avait pas de droit unique pour tous ses cantons.

Le droit de 156 fr. 25 que paye le Français ne représente qu'une fraction de l'impôt supporté par l'alcool. Il ne comprend pas le droit d'entrée qui lui est superposé dans les villes de 4000 âmes et au-dessus.

Ce droit d'entrée est de 7 fr. 50 dans les villes de plus de 4000 âmes, et de 30 francs dans les villes de plus de 50000 âmes.

Il n'en est pas moins vrai que la distance est grande entre ce que paye l'Anglais : 477 francs (ou actuellement le Russe 455 francs), et ce que paye le Français : 156 fr. 25.

On comprend la tentation des financiers de frapper « sur la bête de somme fiscale ». En portant le droit à 335 francs par hectolitre d'alcool pur, le rendement suffirait pour remplacer l'impôt des portes et fenêtres, celui de la propriété non bâtie et celui des boissons alimentaires qui rapportent ensemble 296 millions (1).

Les hygiénistes ne se laisseront pas suggestionner par tous ces chiffres. Le fisc, en comptant sur eux, spécule précisément sur l'immense soif du peuple, et c'est elle que nous voudrions combattre.

III. *Classement selon la part contributive de chaque habitant en* 1885.

1. Angleterre	12 fr. 60
2. Pays-Bas	11 fr. 80
3. États-Unis	7 fr. 50
4. Russie	9 fr. 40
5. France	6 fr. 32
6. Canada	5 fr. 42
7. Suède	4 fr. 30
8. Belgique	3 fr. 48
9. Norwège	2 fr. 50
10. Danemark	2 fr. 30
11. Suisse	1 fr. 90
12. Allemagne	1 fr. 78
13. Finlande	1 fr. 19
14. Autriche	1 fr. 11
15. Italie	0 fr. 64
16. Bavière	0 fr. 57
17. Bade	0 fr. 50
18. Wurtemberg	0 fr. 40

On remarquera que le Français paye l'alcool moitié moins cher que ne le paye l'Anglais, alors que le sucre et le café sont payés plus cher en France qu'en Anglelerre.

(1) Ch. Dupuy. Loc. cit.

Tout en admettant que le poids de l'impôt ne fait pas sensiblement fléchir la consommation de l'alcool, on ne peut pas s'empêcher de trouver sage et rationnelle la juridiction anglaise.

Il y a généralement antagonisme entre le goût pour les choses sucrées et le goût pour les boissons alcooliques. Cependant, l'Angleterre (1) dépense cinq fois plus pour les boissons alcooliques que pour le sucre, et six fois plus que pour le thé, le café et le cacao.

Les chiffres cités plus haut visent l'année 1885. En voici d'autres plus récents touchant l'Angleterre.

En 1895, l'Angleterre (2) a dépensé en boissons la somme de 3 560 370 000 francs, somme égale aux loyers des maisons d'habitation et des établissements de commerce du pays. A la condition de ne pas boire d'alcool, l'Anglais pourrait se loger pour rien, ou voyager pour rien, ou s'éclairer pour rien. Il y aurait même encore un bénéfice de 60 000 000 de livres.

En 1894, l'Angleterre avait dépensé 3 467 445 700 francs, ce qui donne une augmentation en 1895 de 92 599 600 francs, soit 23,5 p. 100.

En défalquant la partie de la population qui boit peu ou qui ne boit pas, on trouve :

En 1895, pour chaque personne, une dépense moyenne de 90 fr. 93.

En 1894, cette dépense était de 89 fr. 40 (3).

IV

QUANTITÉS D'ALCOOL IMPOSÉES ET CONSOMMÉES DANS LES DIVERSES RÉGIONS DE LA FRANCE

1. *Quantités imposées en* 1885 *et* 1895. — Nous n'étudierons que deux années pour ne pas abuser des chiffres. Nous commencerons par les deux capitales, la Seine et la Seine-Inférieure, qui méritent une place en vedette.

Quantité d'alcool imposée :

		En 1885.	En 1895.
Dans la Seine		176 986 hect.	227 812 hect.
Dans la Seine-Inférieure		107 540 —	110 527 —
En province :			
Nord :	Nord	68 995 —	66 018 —
	Pas-de-Calais	59 534 —	67 103 —
Ouest :	Côtes-du-Nord	21 044	27 519 —
	Morbihan	17 309 —	20 519 —
Est :	Ardennes	16 633 —	15 965 —
	Meurthe-et-Moselle	14 226 —	16 374 —
	Vosges	17 858 —	21 186 —
Centre :	Allier	9 632 —	6 893 —
	Creuse	4 715 —	4 232 —
Sud :	Var	8 948 —	11 598 —
	Hautes-Pyrénées	3 254 —	3 795 —
	Gers	1 814 —	2 242 —

Ce tableau montre l'énorme différence décroissante entre les régions de la France parcourue du Nord au Sud, en allant des pays industriels, pays à bière et à cidre, aux régions méridionales, moins actives et où l'on boit du vin.

(1) *The alliance News*, 21 fév. 1896, p. 122.
(2) *Forcibles testimonies*, 21 fév. 1896.
(3) Lettre au *Times*. — Dawson Burns DD. *The alliance News*, 1896, p. 119.

Mais, dans les uns comme dans les autres, il faut constater la progression constante des quantités imposées.

Au sommet de l'échelle, est la Seine-Inférieure.

II. *Quantités consommées en* 1885 (*Claude, des Vosges*). — Ici nous considérerons deux grandes régions, le Nord et le Midi.

Dans les départements du Nord et du Nord-Ouest, qui consomment moins de 50 litres de vin et plus de 9 litres d'alcool, nous trouvons :

Seine-Inférieure. . . .	50 litres de vin	12l17 d'alcool.
Somme	17 —	10l43 —
Aisne.	47 —	9l65 —
Calvados.	51 —	7l88 —
Ille-et-Vilaine.	51 —	4l » —
Orne	8 —	3l76 —
Côtes-du-Nord	6 —	3l62 —

Dans les départements suivants, la consommation du vin est supérieure à 50 litres, celle de l'alcool inférieure à 3 litres par tête.

Hérault	191 litres de vin	3l01 d'alcool.
Gard.	111 —	2l88 —
Côte-d'Or	97 —	2l71 —
Drôme.	66 —	2l60 —
Isère	91 —	2l37 —
Ain.	52 —	2l27 —
Nièvre.		1l95 —
Indre-et-Loire	92 —	1l76 —

Il est hors de doute, si on s'en rapporte aux chiffres, que la consommation de l'alcool et ses accidents est en raison inverse de la consommation du vin. L'alcool industriel est donc l'ennemi.

On peut remarquer ici que dans le Nord et le Nord-Ouest, où la moyenne est de 6 litres d'alcool par tête, les contraventions pour ivresse publique sont de 64 p. 100. Dans le Centre, le Sud, Sud-Ouest et Sud-Est, pays vinicoles où la moyenne est de 1 à 2 litres par tête, la proportion des contraventions est de 27 p. 100 seulement.

III. *Quantités consommées dans les principales villes de France.*

	1880 —	1894 —
Rouen.	16 litres.	19l88
Le Havre	16l8	15l84
Caen	15l8	14l28
Boulogne-sur-Mer	13l1	11l87
Amiens	12l7	11l75
Brest	10l2	10l72
Le Mans.	10l3	9l39
Reims.	8l5	8l
Marseille	4l7	7l75
Paris.	7l3	7l54
Lille	7l1	7l20
Roubaix.	6l7	6l62
Orléans.	5l2	5l63
Bordeaux.	3l6	4l61
Nîmes.	0l4	3l83
Toulouse	2l2	3l11
Béziers	1l4	1l75

Ces chiffres représentent des quantités d'alcool à 100 degrés. Si on convertit le litre d'alcool pur en litres d'eau-de-vie, au titre du commerce, et si on ne calcule que sur les *hommes* adultes, on constate qu'à Paris, la consommation annuelle est de 60 litres par habitant et qu'à Cherbourg, elle est de 115 litres (G. Leygues).

Ce dernier chiffre peut paraître inquiétant. Il n'est pas sans intérêt pour nous d'en rapprocher ceux de la consommation en Angleterre pendant l'année 1895.

Pour l'Angleterre, nous trouvons par habitant :

Spiritueux anglais . . .	2l64 =	16 fr. 55
Autres spiritueux. . . .	0l88 =	6 fr. 65
Bière.	136l08 =	64 fr. 05
Vins.	1l40 =	9 fr. 85
Vins anglais.	1l84 =	1 fr. 10
	142l84	98 fr. 20

L'auteur ne dit pas si ce chiffre de 142l84 a été calculé (1) pour le nombre approximatif d'*hommes adultes*, après défalcation faite des femmes, des enfants et des gens sobres.

Pour l'Écosse, nous trouvons par habitant : 50l92 = 73 fr. 65 ; pour l'Irlande : 70l38 = 65 fr. 50.

Il est incontestable pour tout le monde, je crois, que l'existence dans les villes pousse à la consommation de l'alcool. La vie y est surchauffée, les logements ouvriers y sont défectueux, la promiscuité y est plus grande et la tentation plus forte, grâce à la pullulation inouïe des cabarets.

(*A suivre.*)

REMARQUES

SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS VERTÉBRALES (SCOLIOSE ET MAL DE POTT) : RÉCLAMATION DE PRIORITÉ RELATIVE AU TRAITEMENT DES GIBBOSITÉS POTTIQUES PAR RÉDUCTION EN UN TEMPS SOUS CHLOROFORME (2).

Par A. Chipault,

Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

Je me sers, pour l'immobilisation de mes malades vertébraux, d'une planche perforée spéciale, utilisée par moi depuis plusieurs années et dont j'ai l'honneur de vous présenter un exemplaire, dans les conditions de perfectionnement où cet appareil en est actuellement arrivé.

Cette planche vertébrale se compose, ainsi que vous le voyez, d'une large pièce de bois blanc, épaisse et encadrée de chêne, perforée d'un orifice en entonnoir, destiné à permettre la défécation, et d'une série de plus petits orifices disposés deux par deux, sous les aisselles, au-dessus des hanches, et au-dessous des genoux, aux cous-de-pied, orifices destinés à passer des sangles qui entoureront le sujet. Sur les bords latéraux de la planche est encastré un rail auquel se fixe, à la hauteur voulue, une borne que traverse, à sa partie supérieure, un cylindre dont le jeu est suffisant pour permettre d'appliquer, sur les parties latérales du tronc, une pièce métallique concave. Le cylindre est pasdevissé, pour permettre de faire cette application avec toute l'énergie et la sécurité nécessaires; il est manœuvré par une clef que l'on retire une fois les pièces placées, si bien que le malade ne peut les desserrer.

Telle est essentiellement ma planche vertébrale; j'ajoute que son orifice anal est entouré d'un rond de caoutchouc au besoin rempli d'eau, et qu'elle peut être molletonnée, ainsi que les plaques métalliques latérales.

---

(1) Dawson Burns DD. *The alliance News*, 1896, p. 119.

(2) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 410.

A un point de vue général, cet appareil offre les réels avantages d'être très facile à fabriquer, de revenir à un prix au besoin tout à fait minime, de pouvoir être placé sur un lit quelconque, enfin de permettre, à l'aide des poignées qui lui sont adaptées, le transport du malade sans la moindre secousse.

D'autre part, étant donné son extrême simplicité, il peut être appliqué, à première vue, sans la moindre hésitation, ni la moindre crainte, par le médecin le moins orthopédiste.

J'en arrive à son utilisation.

1° Lorsqu'il s'agit d'un mal de Pott, le malade, dont la gibbosité a dû être, dans la plupart des cas, préalablement réduite sous choloforme et fixée en bonne position par la ligature des apophyses épineuses correspondantes, est déposé sur l'appareil dans le décubitus dorsal; les sangles sont nouées; les plaques métalliques latérales, qui jouent simplement dans ce cas le rôle de latéro-fixateurs, sont placées, l'une à droite, l'autre à gauche, au niveau de la lésion : l'immobilisation de celle-ci est absolue, même si l'existence d'une paraplégie spasmodique oblige, par les douleurs que causerait l'extension continuelle des membres inférieurs, à graduer l'application des sangles jambières.

2° Lorsqu'il s'agit d'une scoliose, la seule modification qu'il soit nécessaire d'apporter à l'appareil est de fixer sur les rails latéraux, au lieu de deux plaques métalliques en regard, trois plaques : une large du côté de la convexité de la scoliose, deux moins larges du côté de sa concavité, au-dessus et au-dessous de la première. Elles vont agir, non plus comme latéro-fixateurs, mais comme latéro-pulseurs. Dans le cas de scoliose réductible : si cette scoliose évolue bien, leur action douce, graduée, au besoin prolongée plusieurs heures par jour, se substitue avec avantage à celle des appareils orthopédiques jusqu'à présent employés; si cette scoliose évolue mal, leur action permet, par une immobilisation méthodique du malade en bonne position, d'entraver cette marche fâcheuse. Dans le cas de scoliose irréductible par les manœuvres ordinaires, une ou plusieurs séances chloroformiques de latéro-pulsion énergique permettent, avec leur aide, d'atténuer ou de supprimer la déviation existante.

Du reste, dans les scolioses réductibles graves et dans les scolioses dites irréductibles, les ligatures apophysaires, suivies d'une immobilisation de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, sont indispensables pour rendre définitif le résultat obtenu.

C'est dire que j'applique à ces cas, où existent, malgré le vrai nom d'essentiels qu'on leur donne, des lésions osseuses à marche progressive, un traitement radicalement contraire de celui qu'on leur fait suivre d'ordinaire, et qui est journellement jugé par ses déplorables résultats.

Je tiens à ajouter qu'il est des cas de scoliose où la thérapeutique que je viens d'indiquer serait tout à fait inutile : ce sont ceux, d'ordinaire ankylosés depuis des années, où la gibbosité est formée, presque exclusivement, par la saillie d'une des moitiés de la cage thoracique. On pourrait se demander s'il ne serait pas possible, dans quelques cas de ce genre, d'obtenir un résultat esthétique satisfaisant, non plus par un redressement vertébral, mais par une résection costale étendue. Cela est tout à fait probable. Je dois cependant dire qu'il y a quelques semaines, chez un scoliotique qui semblait rentrer dans ces conditions, je fis radiographier la gibbosité qui semblait, à l'examen clinique, exclusivement formée par la partie gauche de la cage thoracique, surplombant un chapelet d'apophyses situées au fond de la raie dorsale. Or, cette radiographie, faite par M. Londe et que je vous présente, démontre que la gibbosité, dont les parois étaient effectivement formées par le gril costal, contenait dans son intérieur la partie antérieure de la colonne vertébrale, complètement retournée et regardant en arrière. Une résection costale n'aurait eu qu'un résultat médiocre : instruit par l'épreuve radiographique, je crus devoir, malgré ses instances, la refuser au malade.

C'est, soit dit en passant, la première radiographie de gibbosité qui ait pu, à ma connaissance, être réussie.

Quoi qu'il en soit, je me permettrai de terminer cette communication par une réclamation de priorité relative au principe de la réduction en un temps sous chloroforme des gibbosités pottiques.

J'ai déjà fait cette réclamation dans ma communication à l'Académie du 19 janvier dernier, je la précise aujourd'hui.

Dans son travail du 22 décembre 1896, le docteur Calot, déclarant que tous les chirurgiens, sauf lui, rejettent, comme inutile et dangereuse, la réduction des gibbosités pottiques, ajoute : « Mes premières opérations datent seulement d'un peu plus d'un an. » Or, dans un article publié le 22 juillet 1896, par la *Médecine moderne* et intitulé : « Un traitement nouveau du mal de Pott, » je dis : « J'ai, au dernier Congrès de chirurgie (1895), insisté sur l'intérêt de la technique nouvelle auprès de plusieurs de mes confrères, et en particulier auprès de mon ami Calot (de Berck), qui voulut bien me promettre de l'expérimenter largement. » Or, quelle est, d'après ledit article, cette technique : « Le malade, endormi au chloroforme, étant placé sur le ventre, et la face postérieure du rachis mise à nu sur l'étendue nécessaire, deux aides, l'un par traction axillaire, l'autre par traction sur les membres inférieurs, essayent de réduire la gibbosité...; ceci fait, les ligatures apophysaires sont placées; on voit combien alors est devenue facile la tâche de l'appareil orthopédique, qui, au lieu d'avoir à lutter contre un rachis dont la déformation tend sans cesse à se reproduire et à s'accroître, n'a qu'à maintenir en bonne position un rachis redressé et déjà consolidé. » Suivent les observations : dans la première, je dis : « La gibbosité était énorme, dessinant une courbe dominée par cinq apophyses... Sous chloroforme, une extension et une contre-extension légères suffirent pour ramener la colonne vertébrale à la rectitude... J'ai eu l'occasion de faire constater plusieurs fois à mes maîtres et à mes collègues ce résultat véritablement parfait; » dans la seconde observation : « La réduction sous chloroforme de la gibbosité fut très facile; » dans la cinquième : « Sous chloroforme, la gibbosité ne fut réduite que partiellement. » J'ajouterai que la première de ces observations avait été déjà publiée par moi deux fois : la première en mars 1895, dans la *Médecine moderne*, la seconde en mai 1896, dans mes *Travaux de neurologie chirurgicale* où j'affirmais déjà, en attirant tout spécialement l'attention sur elle, la nécessité de « traiter certains cas de mal de Pott par la réduction sous chloroforme de la gibbosité ».

Je pourrais multiplier ces citations : celles-ci me semblent suffire.

Je dépose du reste l'ensemble de mes pièces à conviction sur le bureau de l'Académie et je conclus :

Sans revendiquer à mon collègue et ami Calot le rôle important de vulgarisateur qu'il a joué, sans vouloir critiquer les détails, à mon avis fâcheux, par lesquels il sépare

sa manière d'agir de la mienne (résection et non ligature des apophyses, violence trop grande de la réduction, sélection insuffisante des cas traités), je réclame catégoriquement la priorité scientifique de la réduction en un temps sous chloroforme des gibbosités pottiques : cette priorité, basée sur des publications antérieures, non seulement à la communication, mais encore aux toutes premières opérations de Calot, étant, je l'ai démontré, absolument indiscutable.

FORMES CURABLES

DE L'HYPERTROPHIE SÉNILE DE LA PROSTATE (1)

Par M. le docteur A. Guépin.

Ainsi que le fait paraît avoir été suffisamment démontré dans ces dernières années, la voie pathologique (s'il est permis d'employer cette image), qui conduit à l'hypertrophie sénile de la prostate, comprend trois étapes successives.

L'anatomie et la physiologie pathologiques de la prostate à chaque étape, à chaque période, permettent de déduire les indications thérapeutiques et d'apprécier la valeur comparée des procédés opératoires, tels que la castration, la vasectomie, la cautérisation de l'organe par le rectum, etc., et des méthodes, moins rapides peut-être dans leurs effets, moins faciles parfois à utiliser, mais n'offrant en revanche, dans leur application, aucun danger sérieux. Ces trois étapes artificiellement fixées d'ailleurs, pour la commodité de l'étude du sujet, sont marquées par :

1° La *stagnation* des sécrétions dans les culs-de-sac glandulaires prostatiques dilatés. Les signes de l'hypertrophie, révélés par le toucher rectal, le cathétérisme explorateur au besoin et les troubles de la miction, sont indiscutables. Et si, à cette période où les sécrétions stagnantes ne sont ordinairement point infectées, où les muscles glandulaires expulseurs intrinsèques (muscles de la prostate) ont conservé leur intégrité, on supprime la cause de la stagnation dans les glandes, c'est-à-dire le spasme uréthral profond, la prostate reprend son volume normal, les culs-de-sac glandulaires évacuent leur contenu et les troubles urinaires disparaissent peu à peu. Point n'est besoin, pour arriver à ce résultat, d'interventions de quelque importance. Déjà plusieurs fois j'ai développé cette question, en particulier dans un travail sur les glandes de l'urèthre, fait en collaboration avec mon regretté maître Reliquet.

2° La stagnation avec *dilatation* habituelle des culs-de-sac glandulaires prostatiques. Les sécrétions, le plus ordinairement infectées, ont agi par leur longue présence sur les tissus ambiants et ont provoqué la perte de la fonction des muscles expulseurs intrinsèques, peut-être avec sclérose périglandulaire commençante. Comme dans le cas précédent, la prostate du malade est volumineuse (hypertrophiée, dit-on) et les troubles fonctionnels urinaires sont au complet. La suppression du spasme uréthral, premier anneau de la chaîne morbide, ne suffit plus; il faut encore : faire disparaître les causes de congestion de la prostate; évacuer les sécrétions stagnantes par pression directe (on emploie parfois le mot massage); aider, par une médication appropriée (balsamiques, créosote, eaux sulfureuses), au retour des sécrétions à leur composition normale; en outre, favoriser le retrait possible sur eux-mêmes, à la longue, des culs-de-sac glandulaires béants. Aucune des interventions énumérées plus haut ne remplit toutes ces conditions. Aucune, par conséquent, ne peut, à mon sens, remplacer le traitement souvent curatif auquel nous nous rallions.

3° La *sclérose périglandulaire* absolue, où les culs-de-sac glandulaires sont plongés dans du tissu conjonctif de production nouvelle, s'accompagne de prostato-mégalie avec toutes ses conséquences urinaires. Le volume de l'organe tient, partie aux néoformations conjonctives, partie à la congestion habituelle, bien peu aux dilatations glandulaires. Les opérations sus-indiquées peuvent aider à faire disparaître la congestion et l'œdème; je ne crois point qu'elles fassent davantage. Ce résultat appréciable malgré sa médiocrité absolue, est tout aussi facilement obtenu sans aucun acte chirurgical important, par des moyens bien connus.

En résumé, dans le premier cas et dans le troisième, la castration, la vasectomie, la cautérisation par la voie rectale (ces interventions sont classées par ordre d'efficacité), ne sont en rien préférables aux petits procédés habituels, et réussissent surtout parce que l'on utilise, en même temps qu'elles, ces mêmes procédés, relégués alors au second plan. Dans l'étape intermédiaire, ces opérations employées seules ne sauraient suffire aux indications fournies, leur utilité est contestable, malgré la logique de leur emploi, et cette considération rendra le praticien réservé.

Sans prétendre, après une étude aussi sommaire, poser ici de principes absolus et ne comportant point d'exceptions, on doit dire, en thèse générale, que le vieillard prostatique peut obtenir, d'une thérapeutique rationnelle souvent exposée, la diminution de volume de sa prostate, la guérison de ses troubles urinaires, si les tissus prostatiques ne sont point sclérosés, et cela sans avoir recours à une intervention sérieuse. Plus tard, les moyens médicaux et chirurgicaux proprement dits ne sont que des palliatifs d'égale valeur tout au plus, rien que des palliatifs, et pour beaucoup de raisons. Alors ne faut-il point choisir ceux qui offrent les moindres inconvénients?

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 438.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 avril 1897. — Présidence de M. Caventou.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE ET LA COLITE MEMBRANEUSE

M. Glénard appelle l'attention sur la fréquence de la sténose de l'intestin dans l'entérite membraneuse. Il cite l'opinion de nombreux auteurs qui ont constaté aussi qu'il y avait presque toujours rétrécissement de l'intestin dans l'entéro-colite.

On constate fréquemment aussi, dans les cas d'entérite membraneuse, de la ptose intestinale et le rein mobile, comme l'a indiqué M. Mathieu.

La colite membraneuse a-t-elle une origine gastrique? M. Glénard pense que les accidents intestinaux chroniques tiennent à une perturbation chronique du foie, à l'hépatisme.

M. Glénard recommande plutôt les laxatifs salins; 7 à 8 grammes chaque matin de sulfate de soude. En effet, il pense que dans l'entéro-colite il y a souvent sécheresse de l'intestin et acidité du milieu fécal, d'où précipitation des sels contenus dans les matières fécales et irritation des parois finissant par déterminer les accidents d'entéro-colite.

M. Glénard ne croit pas aux crises préappendiculaires. La crise d'appendicite est brusque, aiguë. Ces crises dites pré-

appendiculaires le plus souvent se passent ailleurs que dans l'appendice. Ce sont des crises sous-hépatiques dues à des coliques intestinales par spasme probable de la musculature intestinale. Un simple purgatif en a généralement raison.

Le sable intestinal ne semble pas pouvoir, d'après M. Glénard, donner des crises de coliques. La goutte semble être un facteur causal important dans la production du sable intestinal.

Le traitement primordial de l'entéro-colite doit consister à soulever l'abdomen. Il y a, en effet, dans ce cas, une déséquilibration de la tension abdominale et intestinale qui est un facteur de haute importance dans la production de l'entéro-colite muco-membraneuse. Exposant alors les résultats de sa statistique, sur 100 cas d'entéro-colite membraneuse M. Glénard compte 56 cas de sténose intestinale généralisée aux 3 segments; 52 cas accompagnés de néphroptose et 42 avec hépatoptose. Dans 38 cas, on pouvait reconnaître comme cause la dyspepsie nerveuse, 29 fois la neurasthénie; 8 ou 9 fois il y a eu des crises de coliques sous-hépatiques.

M. LABBÉ dit que, depuis quelque temps, les travaux sur l'appendicite ont jeté l'affolement dans les familles. Tout le monde semble exposé à l'appendicite; tout le monde, au dire de nombreux médecins, devrait se faire soigner préventivement de l'appendicite.

Les belles études des Américains sur l'appendicite, importées par M. Talamon en France, qui, le premier, a vulgarisé la question chez nous, suivi ensuite dans cette voie par MM. Dieulafoy et Reclus, ont jeté la lumière sur la question jadis obscure des typhlites, pérityphlites et des péritonites généralisées.

M. Labbé admet la classification suivante. Il y a les appendicites perforantes d'emblée, puis celles à foyers limités, les appendicites plastiques et enfin les appendicites chroniques à répétition. Or, c'est précisément ce que nous connaissions autrefois. La première forme était ce que nous appelions la grande péritonite diffuse *a frigore*, les autres correspondaient à ce que nous appelions la typhlite avec ses variétés.

Quelle est la règle que doit suivre le chirurgien? Dans l'appendicite perforante aiguë, avec péritonite purulente d'emblée, l'intervention est inutile. Presque toujours le malade succombe quoi qu'on fasse. Il ne faut opérer que si on y est absolument poussé par la famille qui l'exige.

Dans ces cas, ce qui peut arriver de plus heureux au malade, c'est qu'il se produise des adhérences, et alors la suppuration se localise et il peut y avoir quelque chance de succès opératoire.

Il y a aussi des appendicites que nous appelions des typhlites avec crises d'intensité moyenne et qui guérissent par les moyens médicaux : glace, purgations, etc.

Restent les appendicites chroniques à rechutes que nous appelions autrefois les coliques à répétition. Dans ces cas, on peut légitimement opérer et rendre ainsi service aux malades.

M. Labbé conclut en disant que l'opération est indispensable dans l'appendicite à foyers limités, fort utile dans l'appendicite à rechutes, inutile dans l'appendicite perforante aiguë.

M. DIEULAFOY revient sur la question de l'entéro-colite membraneuse et de ses rapports avec l'appendicite.

M. Reclus a apporté quelques faits irréfutables, mais qui rentrent dans la série des exceptions. M. Dieulafoy a reçu des documents si nombreux qu'il se voit forcé de les communiquer.

M. Tanche (de Lille) écrit qu'il observe 3 malades depuis dix ans, ayant eu à eux trois des centaines de crises d'entéro-colite et jamais d'appendicite.

M. Chabert envoie les observations de 36 personnes suivies depuis douze ans, ayant eu des crises d'entéro-colite extrêmement violentes et jamais d'appendicite.

M. Rémon communique les observations de 2 malades. L'un depuis dix ans, l'autre depuis vingt-sept ans, ont des crises d'entéro-colite nombreuses, jamais ils n'ont eu d'appendicite.

Tout récemment, M. Dieulafoy a vu, avec M. Couderc, une dame ayant de l'entéro-colite ainsi que ses deux enfants, jamais ni les uns ni les autres n'ont eu le moindre accident d'appendicite.

M. Charrier a observé 2 malades atteints d'entéro-colite sans trace d'appendicite à aucun moment.

M. Berger a envoyé à M. Dieulafoy un malade qui, depuis seize ans, a des crises extrêmement intenses avec vomissements verdâtres, parfois fièvre, avec douleurs violentes le long du côlon transverse et au niveau du cæcum; ce malade a de l'entéro-colite avec glaires et sable intestinal et pas trace d'appendicite.

Depuis ces derniers temps, M. Dieulafoy a vu 7 personnes avec colite membraneuse, aucune n'a jamais eu d'appendicite.

MM. Hirtz et Hudelo lui ont montré une femme qui a des crises terribles d'entéro-colite. Jamais elle n'a eu d'appendicite.

Voilà donc 53 cas récents où des sujets atteints depuis des années d'entéro-colite avec crises très fréquentes, n'ont jamais eu d'appendicite. Ces cas ajoutés aux autres font un total de 900 cas de colites membraneuses, sans un seul accident d'appendicite.

Inversement depuis quelque temps M. Dieulafoy a observé 24 sujets dont il a eu l'appendice dans les mains, il en a vu tout récemment 5 autres encore. Ils avaient eu de l'appendicite et jamais d'entéro-colite.

M. Duguet n'a jamais observé l'appendicite chez les très nombreux sujets atteints de colite membraneuse qu'il a vus.

M. Hutinel a observé des quantités d'entérite folliculaire chez des enfants de deux à cinq ans. Il a constaté souvent des poussées aiguës, quelquefois infectieuses, se localisant dans le côlon transverse, parfois au niveau du cæcum. Trois fois il a vu des enfants ayant eu des accidents de ce genre et qui faillirent être opérés. Ils guérirent. M. Hutinel attire vivement l'attention sur ce point et croit que des chirurgiens même éminents ont pu souvent se tromper en pareils cas et attribuer à l'appendicite vraie ces accidents de pseudo-appendicite dus à la localisation typhlique de l'entéro-colite, localisation parfaitement curable médicalement. Par conséquent, si M. Reclus apporte 12 cas d'entéro-colite se terminant par appendicite, M. Dieulafoy apporte 900 cas d'entéro-colite sans un seul accident d'appendicite. Il croit donc que M. Reclus a eu affaire à des exceptions et que les sujets atteints d'entéro-colite membraneuse peuvent dormir tranquilles. Ils ne sont pas plus exposés que d'autres à l'appendicite.

COMMUNICATIONS

Forme actinomycosique de la tuberculose. — M. CORNIL lit, au nom de MM. Babes et Levaditi, une note sur ce sujet. (Sera publiée.)

Extirpation extemporanée par les voies naturelles des gros polypes naso-pharyngiens. — M. E. DOYEN a eu l'occasion, dans ces derniers temps, d'observer et de traiter trois enfants atteints de polypes naso-pharyngiens extrêmement volumineux et déterminant, à la moindre exploration, des pertes de sang très inquiétantes. L'un de ces malades avait antérieurement et inutilement subi une résection partielle du maxillaire supérieur, une incision de la voûte palatine et, de loin en loin, des tentatives de morcellement de sa tumeur.

Dans ces trois cas, M. Doyen a obtenu les meilleurs résultats du procédé qu'il propose pour l'ablation des polypes

naso-pharyngiens de quelque volume qu'ils soient, à savoir l'énucléation extemporanée par les voies naturelles. Le point d'implantation est toujours postérieur au vomer. Le pédicule détaché, les prolongements fasciaux sont extraits avec la masse principale de la tumeur.

Ces prolongements distendent, sans adhérer à leur paroi, les cavités de la face. Leur extraction d'un seul bloc serait-elle impossible, le morcellement en serait aisé et inoffensif, après détachement complet du pédicule.

Il faut opérer vite, attaquer d'emblée le point d'implantation du néoplasme : le sang coule à flots, mais la tumeur extraite, le sang s'arrête comme par enchantement.

Si l'on incise ces tumeurs, si on les morcelle, tout saigne abondamment. Si on coupe au contraire, à quelque distance, en plein tissu sain, c'est à peine si on aura à lier ou à tordre quelques artérioles.

Les chirurgiens s'habitueront à cette idée, si subversive qu'elle paraisse, que, moins on fait d'hémostase préventive, et moins on perd de sang.

Du tubage du larynx dans les opérations sur la cavité naso-buccale, la plèvre et le poumon. — M. DOYEN, dans les opérations de polypes naso-pharyngiens, où le sang menace d'obstruer les voies aériennes, fait usage de canules spéciales à tubage du larynx.

Ces canules laryngées, qui se placent aisément chez l'enfant à l'aide d'une pince courbe, permettent de faire la narcose à distance comme la canule à trachéotomie de Trendelenburg, mais par les voies naturelles, et de mener à bien, sans interruption, les opérations les plus délicates.

Dans les opérations sur le poumon, leur emploi permet l'insufflation de cet organe.

Fièvres typhoïdes attribuées à l'épandage direct des matières fécales sur les légumes. — M. LAVERAN communique, au nom de M. Geschwind, l'observation de cinq sous-officiers de la garnison de Bayonne qui entraient successivement à l'hôpital pour fièvre typhoïde ; l'état sanitaire était bon à ce moment, aucun soldat n'était atteint de cette maladie.

Une enquête démontra que tous ces sous-officiers mangeaient au même mess ; l'eau de boisson ne pouvant être incriminée, non plus que la viande ou les conserves, les soupçons se portèrent sur les légumes et, en particulier, sur la salade qui était consommée souvent après un lavage insuffisant.

Dans les environs de Bayonne les maraichers pratiquent l'épandage des matières fécales dans des conditions si mauvaises que les feuilles des légumes sont souvent souillées.

Le danger a déjà été signalé par les médecins de Bayonne, et le docteur Brandeis a trouvé, sur les feuilles des légumes provenant des environs de Bayonne, le bacille d'Eberth, le bacillum coli commune, le bacille de la tuberculose, et jusqu'à des cucurbitins de ténia.

Il serait nécessaire de prendre des mesures pour mettre fin à cet état de choses.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1897 (fin). — Présidence de M. DELENS.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'AMPUTATION DE SYME

M. LEJARS a appliqué l'amputation de Syme dans cinq cas. Dans ces cinq cas, le résultat fut parfait. Il s'agissait généralement d'ostéo-arthrite de l'arrière-pied. Le moignon a toujours été indolore. M. Lejars présente un de ses opérés.

Il croit pouvoir déduire de ces observations que l'amputation de Syme est d'une exécution assez difficile. Il faut opérer lentement, séparer le périoste du lambeau. Il faut craindre le sphacèle du lambeau. Comme résultat fonctionnel, l'amputation de Syme est inférieure à l'amputation de Le Fort. Dans le procédé de Syme, le lambeau a de la tendance à basculer en dedans. Aussi est-il utile de faire porter au malade un appareil prothétique pendant quelques mois.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que le malade de M. Lejars marche avec un appareil d'amputation de jambe, il ne marche pas sur son moignon.

Le procédé de M. Ricard semble excellent *a priori*; son lambeau est doublé d'un os. Quand l'astragale est enlevé, il n'y a plus tendance à l'équinisme, tout comme dans l'astragalectomie pour pied-bot. La surface irrégulière du calcanéum peut s'appliquer très bien sur la surface tibio-péronière.

Le procédé de M. Ricard est appelé à un grand avenir, d'autant plus que le moignon peut conserver une certaine mobilité.

M. BERGER s'étonne que dans l'opération de M. Ricard il y ait eu un raccourcissement suffisant des parties osseuses, après l'ablation de l'astragale, pour faire la suture des lambeaux.

M. RICARD, dans un cas, pour réunir les lambeaux, a dû abraser une portion de la grande apophyse du calcanéum.

Mais, dans le second cas, la simple astragalectomie a suffi pour permettre la suture des lambeaux.

M. KIRMISSON estime que la modification de M. Delorme semble créer plutôt des difficultés. Il semble faire plutôt une amputation de la partie inférieure de la jambe.

Il vaut mieux modifier le tracé de Syme, adopter l'incision d'Alph. Guérin, et commencer par la désarticulation.

En tout cas, l'amputation de Syme doit rester une méthode de nécessité et non un procédé de choix. Les méthodes ostéo-plastiques sont toujours supérieures à l'amputation de Syme. Le procédé de M. Ricard semble être une modification très heureuse, *a priori*.

Quant à l'équinisme, toutes les fois que la guérison se fait sans septicémie, sans suppuration, il n'y a jamais de rétraction du tendon d'Achille.

M. DELORME dit que son procédé n'est pas le moins du monde un procédé compliqué. Il a expérimenté sa méthode de nombreuses fois sur le cadavre ; et les résultats sur le vivant sont excellents.

Qu'on coupe le plateau tibial au commencement de l'opération, suivant sa méthode, ou qu'on le coupe à la fin de l'opération, ainsi qu'on le fait classiquement, cela revient absolument au même.

Quant à la décortication du calcanéum suivant les données de M. Ollier, elle complique inutilement l'opération.

COMMUNICATIONS

Arthrotomie de la hanche et curetage intégral dans la coxalgie compliquée d'abcès rebelles à la méthode des injections. — M. MÉNARD (de Berck) fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


CAPSULES
DARTOIS

N° 47. — SAMEDI 24 AVRIL 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 24 AVRIL 1897. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — **1** an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — **1** an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement des fractures du membre inférieur par les appareils dits « ambulatoires ».

Par le docteur E. CESTAN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Sous ce titre, passible de faibles reproches qu'Hennequin d'ailleurs ne lui a pas épargnés, mais traduction littérale et déjà presque acceptée de l'« Ambulatorisch verbant », des Allemands, ou de l' « Ambulatory treatment » des Américains, nous voulons étudier ici les appareils à marcher (geh verbant) qui prétendent assurer aux blessés atteints d'une fracture du membre inférieur, avec la suppression d'un long séjour au lit, une déambulation facile, exempte de douleurs et de dangers.

Cette nouvelle méthode thérapeutique, née en Allemagne il n'y a pas vingt ans, s'est rapidement développée en son pays d'origine, puis en Russie, en Autriche, en Suède, en Amérique et en Italie; chez nous, au contraire, elle a fait peu de bruit. Quelques brefs comptes rendus des Congrès d'outre-Rhin, un article de Porembski dans la *Semaine médicale* en 1894, la thèse de C. Lapeyre, inspirée par M. Le Dentu et soutenue la même année, constituaient les seuls documents français sur la question, lorsque ont paru, en 1896, un important chapitre de Rieffel dans le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, et en 1897 (1) un long article d'Hennequin dans la *Revue d'orthopédie*. Ces deux auteurs se sont élevés contre la méthode ambulatoire; Hennequin surtout l'a jugée avec une sévérité qui nous paraît excessive et l'a condamnée avec des arguments *a priori*, dont plusieurs nous semblent formellement contredits par les faits. Déjà au cours de notre internat, et dans le service de notre maître, M. le professeur Le Dentu, nous avions pu l'appliquer avec succès à quelques trop rares malades; nous avons, depuis, repris ces tentatives. Mais ce n'est pas tant de nos résultats personnels, trop peu nombreux encore, que nous voulons parler ici. Nous nous sommes surtout attaché à recueillir les faits publiés et c'est sur un total de 490 observations que nous ferons reposer, non pas nos conclusions fermes, elles seraient peut-être hâtives, mais nos réflexions actuelles. Malheureusement, sur ces 490 cas, la très grosse part provient de statistiques diverses, c'est dire qu'ils manquent trop souvent de détails suffisants, qu'ils comportent seulement des résultats moyens ou plutôt des « moyennes » de résultats. Tels que, il nous a cependant paru utile de les publier, en présence d'opinions adverses, avec l'espoir que cette lecture déciderait peut-être les chirurgiens qui l'ignorent à user d'une méthode dont nous essaierons de montrer les avantages.

(1) Notre travail était déjà terminé lorsque le *Bulletin médical* du 28 février 1897 a publié sur ce sujet une courte Revue dont l'auteur, M. Doubre, se borne à rééditer les objections théoriques d'Hennequin, sans les appuyer d'ailleurs plus que lui d'aucune preuve matérielle. Depuis, également, dans la 2e édition du *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, MM. Ricard et Demoulin ont consacré à cette question quelques pages intéressantes.

I

HISTORIQUE. — Si l'on en croit Korsch, Pilcher, C. Lapeyre et Rieffel, c'est à Bérard (1831) et Seutin (1834) qu'il faudrait faire remonter l'origine de la méthode ambulatoire. Abandonnant les premiers le dogme officiel de l'immobilité forcée, ces auteurs permirent à leurs malades de quitter le lit à l'aide de béquilles, après application d'un appareil amidonné pour la contention de la fracture. Erichsen, après eux (1878), et toujours au moyen d'un bandage amidonné, avait, dès le sixième jour, fait lever ses fracturés de jambe et même de cuisse. Hamilton reprit ces essais avec le plâtre, Raoult-Deslongchamps avec ses attelles en zinc laminé. C'était là un pas réel, mais indécis encore, vers le mode thérapeutique actuel, car dans la pensée de ces auteurs tout appui sur le membre cassé devait être formellement interdit au blessé, tandis que, dans celle des promoteurs de la déambulation, c'est justement l'appui sur la jambe ou la cuisse fracturée qui constitue la caractéristique de la méthode. Je sais bien que l'on peut discuter sur ce point et qu'un bon nombre des appareils proposés constituent, en réalité, de véritables béquilles à point d'arrêt ischiatique. Il n'en reste pas moins une différence indéniable entre ces deux manières de faire.

Les premières tentatives rationnelles dans le sens de la déambulation, au dire de Bradford [de Boston (1)], auraient été faites par Thomas (de Liverpool) qui, plusieurs années avant sa mort et avant le mouvement actuel, essayait de

(1) BRADFORD. *Annals of Surgery*, octobre 1896, p. 481.

faire marcher les fracturés de cuisse, de rotule, de jambe, sous le couvert de l'attelle qui porte son nom.

Mais, en réalité, c'est Hessing, le premier, qui, en 1878, au Congrès de Cassel, présenta un malade, atteint d'une cassure du fémur, capable, grâce à un plâtre contentif doublé d'un appareil orthopédique de marche, de circuler aisément au quinzième jour de son accident. Le premier, aussi, il insista sur les avantages de son procédé, qu'il proposa d'ériger en méthode ; il reçut un accueil assez froid.

Cependant Dombrowski (1881), Rehyer (1882), Selenkow (1889) ne tardèrent pas à l'imiter, usant d'un bandage en feutre silicaté, carton-pâte ou plâtre, renforcé par une attelle de Thomas. A celle-ci, Harbordt (1889) substitua une attelle interne articulée, à point d'appui ischiatique, qu'Heussner (1890) remplaça bientôt par un long étrier dont les branches latérales étaient réunies par trois bagues métalliques; à l'aide de cet appareil, il traita 31 cas avec succès.

Après lui, les tentatives et les publications se multiplient avec Smigrodski, Kraüse, Korsch, Bruns, Döllinger, Bardeleben, Albers, Liermann, Ellbogen, Mandry, Tscherning, etc., qui apportent un nombre très considérable de faits, discutent les indications, élargissent le champ de la méthode appliquée dès lors, non plus seulement aux cassures simples de la jambe et de la cuisse, mais aux fractures compliquées de ces mêmes régions, puis à celle de la rotule, de l'astragale, aux ostéotomies du fémur et des malléoles, enfin aux résections du genou et du tarse.

Le traitement ambulatoire franchit l'Océan ; Warbasse et Pilcher le préconisent en Amérique et le « College of Physicians of Philadelphia » le discute à plusieurs reprises en 1895 ; il passe en Suède avec Bauër (de Stockholm), en Italie avec Bruno Marchetti. En France, au contraire, nous avons dit combien il a peu attiré l'attention.

II

Technique. — Nombreux sont les appareils proposés ; tous reposent sur un même principe : prendre au-dessus du foyer de la fracture et sur les saillies convenables un point d'appui suffisant pour qu'un levier rigide, constitué par des attelles diverses, transmette directement au sol le poids du corps, sans que celui-ci puisse agir sur les fragments pour les tasser. A la jambe, l'évasement du mollet et surtout le chapiteau tibial ; à la cuisse, le renflement musculaire supérieur et surtout l'ischion fournissent ce point d'appui nécessaire. L'appareil, par son extrémité opposée, dépasse la longueur normale du membre et porte largement sur le sol ; tandis que, d'autre part, il embrasse directement ou indirectement les fragments pour les maintenir en bonne position. Le membre se trouve donc comme suspendu à l'intérieur de l'appareil, soumis de par la pesanteur à une extension continue que l'on peut d'ailleurs augmenter, s'il en est besoin, par l'action de lacs élastiques. Rieffel nous paraît mal interpréter le principe, lorsqu'il écrit : « Le poids du corps doit être transmis du segment supérieur au segment inférieur, par exemple, dans une fracture de jambe, du fémur aux os du pied par l'intermédiaire de l'appareil lui-même. » Ce n'est pas au segment inférieur, mais au sol que ce poids doit être transmis, et si, dans les fractures de jambe, on a utilisé la saillie des malléoles, ce n'est pas pour leur faire supporter une pression quelconque, mais seulement pour empêcher, par une exacte application du bandage à ce niveau, les mêmes malléoles et le fragment inférieur de remonter, de chevaucher ; c'est, en un mot, pour mieux assurer l'extension et la coaptation.

Ceci dit, nous allons rapidement esquisser la technique des procédés principaux.

Ils se divisent en deux classes, selon qu'ils comportent l'usage d'appareils dits orthopédiques, faits à loisir de bois et de métal, ou l'emploi de bandages extemporanés en plâtre, silicate ou colle de menuisier.

1° *Appareils orthopédiques.* — C'est à eux que l'on a eu tout d'abord recours. Sauf celui de Döllinger, spécial aux fractures de jambe, ils peuvent s'appliquer indifféremment aux cassures du fémur, du tibia et du péroné. Ils prennent donc sur la tubérosité ischiatique une résistance qui sert à l'appui du corps et à la contre-extension, tandis que le poids du membre ou des lacs élastiques assurent une extension à la fois efficace et continue. Mais ils ne sauraient fournir eux-mêmes à la fracture une contention suffisante et, de ce fait, nécessitent l'application d'un premier bandage, étroitement moulé sur le membre, destiné à maintenir la coaptation des fragments.

Leur application comprend, par suite, deux temps :

a. Après réduction de la fracture, un bandage est exactement appliqué sur le segment fracturé, fait de feutre silicaté (Dombrowski), de papier-pâte (Selenkow), de bandes amidonnées ou plâtrées pour la plupart ;

b. Ce premier appareil de contention suffisamment sec, assurant ainsi la position correcte des fragments, on installe l'appareil de marche, qui diffère avec les auteurs.

α. Dombrowski, Rehyer, Selenkow, Bradford ont employé l'attelle de Thomas ;

β. Harbordt, Liermann, Hall et Pilcher ont usé d'une attelle interne unique, plus ou moins modifiée.

Celle de Harbordt, en bois, se composait de trois segments crural, jambier, podal, ajustables par des glissières à la longueur convenable et concaves sur leur face interne pour mieux embrasser la convexité du membre, auquel les fixaient des courroies. Mais le point d'appui supérieur était manifestement défectueux et insuffisant.

Liermann lui substitua donc une attelle pareille, en métal, munie à son extrémité supérieure d'un demi-cercle rembourré destiné à mieux étreindre l'ischion.

Hall conseille plus simplement une véritable béquille dont la crosse garnie supporte le périnée et dont la tige, à coulisse, est assujettie à la jambe par des bandes convenablement disposées. Des courroies fixent d'autre part l'extrémité supérieure au tronc et aux épaules.

γ. Heussner, Bruns et Porembski se servent, au contraire, d'appareils à plusieurs tiges verticales réunies entre elles par des anneaux horizontaux, dérivés par suite de l'attelle de Thomas.

Celui d'Heussner se compose de deux barres métalliques, unies en étrier à leur partie inférieure et solidarisées par trois cercles, inférieur, moyen, supérieur, ce dernier obliquement dirigé pour mieux s'adapter au bassin et formant le « sitz-ring » ou « anneau de siège ». Ces cercles peuvent s'ouvrir et se fermer par leur moitié antérieure pour donner passage au membre malade. Cet appareil avait le défaut d'être de longueur invariable.

Bruns l'a heureusement modifié dans ce sens. Deux attelles latérales en tubes d'acier légers et solides, ajustables à longueur convenable, grâce à une coulisse inférieure, sont réunies en bas par un étrier-semelle, en haut

par un sitz-ring, dont le diamètre peut se modifier à l'aide de courroies. Le tout ne pèse pas plus d'un kilogramme. Après application d'un bandage contentif, le membre est placé dans l'appareil, reposant par sa face postérieure sur trois larges bandes de toile fixées comme autant de sangles aux deux tiges latérales, maintenu sur sa face antérieure par quatre courroies plus étroites, placées l'une sur la jambe, l'autre sur le genou, les deux dernières sur les tiers moyen et supérieur de la cuisse. Cet appareil, à double fin, permet l'extension continue dans la station verticale et au lit. Pendant la marche, il suffit, en effet, si le poids du membre paraît insuffisant, de fixer à la jambe des lacs élastiques qui s'attachent à l'étrier. Lorsque le malade est couché, on n'a qu'à soulever l'extrémité inférieure de l'appareil, à l'aide d'un petit support en T, pour obtenir une traction très efficace, tandis que le membre repose commodément sur les larges bandes de toile dont nous avons parlé.

Porembski a usé, avec avantage, d'un sitz-ring, à diamètre variable, duquel se détachent quatre tiges verticales, dont deux latérales, plus longues et à coulisse, se réunissent en étrier. Le membre recouvert d'une couche d'ouate, puis d'un bandage de tarlatane amidonnée, pourvu aussi d'une guêtre lacée avec rubans de caoutchouc pour l'extension, est placé dans l'appareil où le fixent une vingtaine de bandelettes en toile forte, larges de 2 à 3 centimètres, embrassant le membre, et successivement chacune des quatre tiges du support, formant une spirale hélicoïde régulière.

Tous les appareils plus haut décrits s'appliquent indifféremment aux fractures de cuisse, de jambe et de rotule.

J. Döllinger (1) a fait connaître une botte orthopédique spéciale aux cassures de jambe, modification du bandage plâtré qu'il emploie aussi en pareil cas. A l'aide de bandes plâtrées circulairement appliquées, après réduction, des orteils au genou, il fait de la jambe un moule négatif qu'il enlève par une double section, puis sur ce moule négatif un moule positif, toujours en plâtre. Sur celui-ci, enfin, un ouvrier confectionne exactement une botte avec du cuir battu, préalablement ramolli dans l'eau froide. Cette botte est formée de deux valves latérales, réunies par la semelle et le talon, s'imbriquant par leurs bords amincis et maintenues par des cordons. Sur les côtés et pour la renforcer, on applique deux attelles d'acier et deux planchettes de cuivre ; celles-ci vont s'élargissant vers le mollet ; celles-là sont solidarisées par un étrier dissimulé dans le talon et munies de charnières pour permettre l'écartement des deux valves. La jambe, recouverte d'un simple bas de laine de brebis, est introduite avec précaution dans cette botte où elle reste comme suspendue, à l'abri des pressions exercées par le poids du corps, que l'appareil transmet jusqu'au sol.

Mais le prix, la fabrication, l'application nous semblent faire de cette botte un instrument de luxe et d'exception.

S'il nous fallait, pour la jambe, un appareil orthopédique spécial, nous en choisirions un beaucoup plus simple, construit sur le type de l'attelle de Bruns. Un étrier métallique léger, avec ou sans coulisses, mais dépassant la longueur moyenne de la jambe, porterait à son extrémité supérieure un anneau largement rembourré, modifiable en son diamètre pour mieux s'adapter au chapiteau tibial, et une guêtre lacée qui le fixerait au genou et à la partie inférieure de la cuisse, tandis que de larges sangles la relieraient à la jambe qu'un très léger plâtre tiendrait en correcte attitude.

(1) Döllinger. *Centralbl. f. Chir.*, 1894, n° 10.

Plus simplement encore, nous conseillerions ce même étrier métallique dont les branches, au lieu de l'anneau rembourré et de la guêtre fixatrice, porteraient seulement une petite plaquette qu'une bande de tarlatane plâtrée, après quelques tours immédiats sur le col du tibia, noierait dans son épaisseur et relierait ainsi très exactement à l'extrémité supérieure de la jambe. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce dispositif commode et sûr.

Ainsi construites à l'avance et à très bon marché, facilement ajustables à toutes les tailles permettant une surveillance facile du membre et d'un poids très restreint, cette attelle et celle de Bruns constitueraient, il me semble, une des solutions avantageuses et pratiques de la déambulation appliquée aux cassures de la jambe ou du fémur.

2° *Appareils extemporanés.* — Kraüse, le premier, abandonnant les appareils orthopédiques dont nous venons de parler, voulut les remplacer par un simple bandage plâtré. Depuis, et dans le but de faire plus solide et plus léger, Albers et Bruno Marchetti ont conseillé d'associer ou de substituer au plâtre la colle de menuisier, moins lourde et plus résistante.

A l'inverse des attelles orthopédiques, purs leviers de marche, qui exigeaient l'application préalable d'un bandage contentif, les appareils que nous allons décrire, étroitement moulés sur le membre dont ils épousent soigneusement les contours, réalisent à la fois la sustentation du corps et la coaptation des fragments. Ils relèvent d'ailleurs du même principe général et s'appuient sur les mêmes saillies : plateau tibial à la jambe, ischion à la cuisse. Pour la clarté de l'exposition, nous décrirons successivement leur application aux cassures du fémur, de la jambe et de la rotule.

a. *Fractures de cuisse.* — Disons de suite que Kraüse, partisan pour la jambe des appareils plâtrés, pour la cuisse au contraire emploie volontiers l'attelle de Bruns.

Korsch, après réduction et au huitième jour, applique bien un plâtré de la racine des orteils à l'ischion, fait de bandes circulaires, mais dans lequel il incorpore une attelle de Thomas en fil de fer résistant et munie d'un sitz-ring semi-circulaire rembourré, avec courroies fixatrices.

Au contraire, Albers et Bardeleben, Dollinger et Marchetti n'ont recours à aucune tige métallique.

Albers use de bandes faites de « mulle », tissu analogue à la tarlatane, dépourvues de lisière et larges de 12 centimètres. Après imprégnation de plâtre à modeler finement pulvérisé et sec, ces bandes sont plongées dans l'eau tiède au moment de s'en servir, tandis que la peau du membre est frottée d'huile. Alors commence l'application de l'appareil qui comprend quatre temps :

α. Des métatarsiens au genou et directement sur la peau, on enroule très régulièrement cinq ou six épaisseurs de bande, avec le soin d'éviter les renversés et de couper la bande à chaque changement de direction, pour que l'application en soit parfaite ; dans le même but, chaque tour de bande doit être exprimé, lissé à la main, et de légères pressions doivent modeler exactement l'appareil sur les saillies tibiales et malléolaires. Repos de dix minutes.

β. Ce premier plâtre jambier une fois sec, on élève le bassin sur un pelvi-support quelconque, et l'on pratique l'extension et la contre-extension jusqu'à réduction complète, marquée par le retour du membre à sa longueur normale. Pour ce faire, un aide tire sur le plâtre jambier, un deuxième retient le bassin, tandis que le patient s'arc-boute contre le fond du lit avec la jambe saine.

γ. La réduction obtenue, application sur la racine de la

cuisse d'un large bandage plâtré, qualifié de « cataplasme » par Albers et Warbasse. Épais de huit doubles, long de 80 centimètres, large de 20 centimètres, ce bandage est disposé de telle sorte que son bord supérieur, renversé en gouttière, embrasse la saillie ischiatique, tandis que sa moitié interne enveloppe horizontalement la cuisse et que son extrémité externe plus longue, tournant en arrière autour du pli fessier, puis croisant l'épine iliaque antérieure et supérieure, recouvre l'extrémité de la moitié interne et monte diagonalement vers l'ombilic où un aide la maintient.

δ. Le segment jambier et le segment crural de l'appareil sont alors réunis et solidarisés à l'aide de quatre bandes plâtrées dans l'épaisseur desquelles sont incorporées quatre courroies de cuir longues de 1 mètre, larges de 1 centimètre et demi, épaisses de 2 millimètres, et préalablement trempées dans l'eau tiède. Ces bandes unissantes doivent embrasser étroitement le plâtre jambier.

Le membre est ainsi placé sur des coussins et on attend au lendemain pour faire lever le malade.

L'application totale de cet appareil ne demanderait qu'une demi-heure et son poids ne dépasserait pas 2 kilogs, ce dont nous pouvons nous étonner un peu, car Marchetti l'évalue au contraire à dix, et les plâtres de jambe les plus légers atteignent facilement 1000 à 1200 grammes.

Döllinger procède plus simplement. Après réduction, un plâtré circulaire enserre exactement le membre et la partie inférieure du tronc, des orteils à l'ombilic pour les fractures du tiers inférieur, des orteils au mamelon pour celles de la moitié supérieure du fémur. Sous le pied, entre la plante et la semelle plâtrée, une très épaisse couche d'ouate est destinée à amortir les chocs.

Bruno Marchetti estime que les appareils plâtrés sont lourds (incommodes à ce titre chez les enfants dont les muscles sont sans vigueur), et fragiles, sujets à se casser lorsqu'ils remontent jusqu'au bas-ventre, si le malade ne conserve pas strictement la position verticale. Aussi remplace-t-il le plâtre par la colle de menuisier.

Il prend parties égales de colle et d'eau, puis des bandes de gaze larges de 11 centimètres. La réduction obtenue, il enveloppe le membre entier des orteils au bas-ventre et à la crête iliaque. Chaque tour de bande est à mesure recouvert de colle à l'aide d'un pinceau, et l'appareil est renforcé à l'aide de minces attelles de bois épaisses de 2 millimètres, larges de 4 centimètres, et de longueur convenable.

Comme la dessiccation et la solidification complètes exigent vingt-quatre heures, il faut, pour empêcher toute déformation, fixer le membre en bonne attitude sur une attelle de bois allant de la crête iliaque au talon, munie d'une pédale destinée à tenir le pied en équerre.

b. *Fractures de jambe.* — Kraüse et Korsch appliquent, de la racine des orteils à la moitié ou au tiers inférieur de la cuisse, un plâtre circulaire dont ils renforcent la partie plantaire à l'aide d'une semelle faite de quinze à dix-huit épaisseurs. Le pied doit être mis plus qu'à angle droit pour que le malade appuie nettement sur le talon, et la jambe placée en flexion légère pour faciliter la marche. Avant que l'appareil ne soit complètement sec, on le moule avec soin par de légères pressions sur les tubérosités tibiales et les malléoles, afin d'assurer par ces deux points d'appui l'extension et la contre-extension des fragments.

Albers, dans l'épaisseur de ses bandes plâtrées, incorpore, comme dans les fractures de cuisse, quatre courroies de cuir trempées dans l'eau tiède, et qu'il dispose, l'une en arrière, contournant le talon pour longer la plante en son milieu, une deuxième en avant, passant sur le dos du pied; les deux dernières sur les côtés de la jambe, se réunissant en étrier sous la voûte plantaire. Il applique son appareil en deux temps : dans le premier, il entoure seulement la jambe de quelques tours de bande, qu'il laisse durcir tandis que la réduction est maintenue avec soin jusqu'à ce que tout déplacement soit devenu impossible. Vingt-quatre heures plus tard, alors que ce premier plâtre est complètement sec, on le remplace par quelques tours circulaires incorporant les lanières de cuir, des bandes longitudinales plâtrées ou des copeaux de bois mince. Dans ce dernier cas, on peut aussi badigeonner le plâtre avec de la colle de menuisier, et entourer d'une bande de mousseline ou de batiste, sur laquelle on plaque longitudinalement les copeaux de bois recouverts eux-mêmes de nouveaux tours de batiste, puis enfin d'un bandage de flanelle, tous ces matériaux soigneusement et successivement enduits de colle, au cours de leur application. Cet appareil plâtré et collé est à la fois léger et résistant. On peut le fendre sans inconvénients en deux valves, qui permettent de l'enlever tous les jours pour le massage. Quant à sa longueur, on peut l'arrêter au niveau des condyles tibiaux, dans les fractures siégeant au-dessous du milieu de la jambe; dans les autres, et lorsqu'il y aura tendance au chevauchement, il faut dépasser le genou et remonter jusqu'au tiers inférieur de la cuisse.

B. Marchetti s'inspire des mêmes règles, mais il abandonne complètement le plâtre au profit de la colle de menuisier. Il commence par entourer le foyer de la fracture de quatre ou cinq tours de bande, plaque à leur surface quatre attelles de bois mince, qu'il recouvre de trois nouveaux tours, puis enveloppe complètement la jambe depuis les orteils jusqu'au tiers moyen de la cuisse, pour les fractures hautes ou de la diaphyse tibiale, jusqu'au genou seulement pour celles du pied et des malléoles. Lorsqu'il est besoin d'extension, on peut sur le fragment inférieur, fixer deux bandes latérales qui, glissant le long du membre et passant par deux fentes pratiquées sur les côtés de l'appareil, viennent s'attacher à une pédale pour exercer ainsi les tractions nécessaires.

Les auteurs précédents faisaient ordinairement remonter leurs bandages au-dessus du genou qu'ils immobilisaient. Döllinger, de parti pris, afin d'éviter à cette articulation les raideurs possibles, arrête son plâtre au-dessous du plateau tibial. La jambe est entourée d'une mince feuille de coton hydrophile, que l'auteur remplace volontiers aujourd'hui par un bas souple en laine de brebis. Sous la plante du pied, on applique une semelle d'ouate, épaisse de 4 ou 5 centimètres et grossièrement taillée sur la forme de l'organe. On enroule alors, autour du pied, une bande plâtrée qui fixe le coussinet d'ouate, ainsi qu'une deuxième semelle plâtrée, faite de quinze à vingt doubles, puis remonte sur les malléoles et la jambe pour s'arrêter au rebord du plateau tibial, qu'il ne faut pas dépasser sous peine de gêner les libres mouvements du genou. Avant que le plâtre ne soit sec, on modèle avec soin l'appareil sur les saillies osseuses inférieures et supérieures, en avant et sur les côtés, tandis qu'en arrière on ménage, en pinçant entre les doigts la partie postérieure du bandage, une sorte de gouttière destinée à faciliter la circulation.

Döllinger en certains cas, voulant comme Albers rendre son appareil amovo-inamovible, incorpore dans son épaisseur une bande postérieure de renforcement, faite de huit à

dix épaisseurs de tarlatane, puis, avant que le plâtre ne soit trop dur, le coupe de chaque côté par deux sections qui longent les parties latérales de la jambe, passent sur les malléoles, suivent les bords du pied pour se réunir au niveau de la pointe. On obtient ainsi deux valves que quatre courroies réunissent solidement entre elles, et qui permettent de surveiller le foyer de la fracture. C'est sur ce type que le même auteur a fait construire la botte orthopédique dont nous avons déjà parlé.

Warbasse et Pilcher ont employé, à quelques détails près, le bandage plâtré de Döllinger, que le deuxième renforce avec deux lames de toile métallique placées sur les côtés.

Tous ces appareils sont faits de bandes circulairement enroulées autour des membres, suivant la coutume adoptée en Allemagne et à l'étranger. Ce n'est point sans inconvénients pour la surveillance de la fracture et pour la nutrition du membre. En France, au contraire, nous préférons l'emploi d'attelles plâtrées latérales, assurant une exacte coaptation, mais laissant aussi largement à l'air et au jour le foyer fracturé. Avantage précieux pour le membre, le malade et le chirurgien. Or, il n'est pas impossible d'en faire bénéficier les appareils destinés à la déambulation, et voic comment nous avons plusieurs fois procédé avec succès.

Après réduction, une très légère gouttière plâtrée, dite d'Hergott, faite de cinq ou six feuilles, est appliquée à la façon habituelle sur la jambe, allant des orteils à quelques travers de doigt au-dessous du genou, maintenant les fragments en rapport et le pied en équerre, laissant largemen à découvert la partie antérieure de la jambe et le foyer. C'est là un pur appareil de contention. Lorsqu'il est sec, le lendemain, et après vérification de la coaptation des fragments, sans qu'il soit alors nullement besoin de nous préoccuper de la réduction et de l'attitude assurées par ce premier plâtre, qui évite d'ailleurs au malade toute douleur nouvelle dans les manœuvres à exécuter, nous enveloppons la jambe d'une couche d'ouate que nous faisons très épaisse (5 à 6 centimètres) sous la plante, moyennement épaisse sur la jambe. Au niveau du col et du plateau tibial, on peut pour ménager les téguments, appliquer une mince feuille de coton, ou mieux encore une très large bague découpée dans l'extrémité supérieure d'un bas souple élastique. Mais sur nos huit blessés, nous avons supprimé complètement tout intermédiaire entre l'appareil et la peau, sans observer la moindre irritation, et c'est ce que nous conseillons; les téguments supportent admirablement le contact d'un plâtre bien moulé.

Sur l'ouate, nous appliquons alors l'appareil de marche, essentiellement formé d'un étrier fait soit d'une simple lame métallique résistante, comme nous l'avons dit plus haut, soit d'une lame de zinc noyée dans douze à quinze épaisseurs de tarlatane plâtrée. La lame de zinc, plus large au niveau du sous-pied, où elle constitue une sorte de semelle, doit, par ses branches latérales, remonter jusqu'au col du tibia. La tarlatane qui l'enveloppe doit, au contraire, dépasser en haut l'extrémité de ces branches latérales et remonter provisoirement à quelques centimètres au dessus de l'interligne tibio-fémoral. Voici les divers temps de la manœuvre : la tarlatane coupée, sur douze à quinze épaisseurs, de largeur et de longueur convenables, est imbibée de bouillie plâtrée comme une attelle ordinaire, exprimée et étalée sur une table. Dans l'épaisseur de ses feuilles, que l'on dédouble rapidement, on incorpore la lame de zinc qui se trouve ainsi recouverte par elles. A l'aide d'une bande de tarlatane, large de 10 centimètres, imprégnée à l'avance de plâtre sec et plongée dans l'eau au moment voulu, on fait sur le col et le plateau tibial quelques tours soigneusement moulés et polis qui préparent « le lit » à l'étrier.

Celui-ci est alors appliqué, le sous-pied à 3 centimètres de la plante, les branches latérales dans l'axe des malléoles, l'extrémité de ces branches (que nous savons faites seulement de tarlatane, puisque la partie métallique s'arrête au niveau du col tibial) relevées vers la cuisse. La bande plâtrée continuant les tours commencés autour du plateau embrasse alors ces branches et les fixe solidement en bonne attitude. On rabat alors l'extrémité des branches que l'on avait relevées vers la cuisse, et on les recouvre d'un ou deux tours, pour constituer ainsi un bourrelet arrondi, propre à ménager les tissus sous-jacents. On s'assure que ce bourrelet ne peut gêner la flexion au niveau du creux poplité. On le moule une dernière fois de la main et on enveloppe le tout de bandes en toile.

Le lendemain, lorsque le plâtre est sec, on enlève ces mêmes bandes, et aussi la semelle d'ouate interposée entre l'étrier et l'appareil de contention. Le pied et la jambe sont ainsi véritablement suspendus, complètement à l'abri des chocs ou du tassement. On pourrait même, s'il en était besoin, établir une extension élastique allant du pied à l'étrier, séparés par un intervalle de quelques centimètres.

Cet appareil, plus long à décrire qu'à disposer, est d'une application très facile, et nous a constamment donné de bons résultats. On voit qu'il se compose, en somme, de deux bandages superposés, l'un de contention très léger, l'autre de marche plus solide, tous deux permettant la surveillance constante de la fracture, isolés par une couche d'ouate, et grâce à leur indépendance absolue, assurant au foyer du traumatisme, un minimum d'ébranlements. Un seul reproche (car la technique en est aisée et le prix dérisoire) pourrait lui être adressé : c'est son poids, inférieur, du reste, aux lourds appareils allemands, mais atteignant cependant 1100 ou 1200 grammes.

c. *Fractures de rotule.* — Les uns usent ici des attelles métalliques de Bruns ou de Thomas ; d'autres appliquent un plâtre ou un bandage en colle des malléoles au tiers supérieur de la cuisse, et pratiquent une grande fenêtre au niveau de la rotule. Albers, pour protéger le foyer, incorpore dans le plâtre, au-dessus et au-dessous de la fenêtre, une bande métallique formant une saillie de 3 à 4 centimètres en avant du genou.

Date d'application. — Elle varie très peu avec les auteurs, bien plus avec la « qualité » de la fracture et l'état des parties molles. Une distinction est à faire suivant les cas.

A la jambe et dans les fractures simples, sans gonflement et sans tendance au chevauchement, on pourra, comme le dit Pilcher, agir lorsqu'on le voudra. Bruns et Bardeleben attendent le troisième ou le quatrième jour, mais Kraüse, Korsch, Albers, Pilcher, Warbasse sont pour l'application immédiate, ce dernier soutenant qu'elle prévient le gonflement secondaire qui serait, en grande partie, dû aux mouvements des fragments.

Lorsque le gonflement existe, mais peu considérable, Albers patiente un ou deux jours. S'il est plus marqué, le membre est laissé deux ou trois jours sur une attelle de Watson, puis mis dans le plâtre, même si l'œdème persiste. Kraüse, au contraire, attend que le gonflement ait atteint son maximum et commence à disparaître ; ce durant, il combat les infiltrations sanguines par le massage et les mouvements passifs.

Dans les fractures compliquées, tout le monde est d'accord pour laisser la jambe au repos une bonne semaine, jusqu'à ce que tout danger d'infection ait pu être écarté. Cependant, si l'on redoute pour le blessé un accès de delirium tremens, Albers conseille, pour l'éviter, de faire marcher le malade dès le cinquième jour.

A la cuisse, les règles sont moins strictes. Albers a mis son appareil au deuxième et au cinquième jour en certains cas, en d'autres, au contraire, au treizième et même au cinquante-neuvième seulement. Korsch et Bruns, s'il y a tendance au raccourcissement, pratiquent l'extension continue préalable, le premier durant huit jours, le deuxième pendant une quinzaine. Enfin, dans un cas de fracture au tiers inférieur, avec épanchement du genou, Bauër, après ponction et massage, a fait marcher son malade au onzième jour.

Dans les fractures de la rotule, Albers plâtre immédiatement s'il n'y a pas de gonflement; à la fin de la première semaine, dans le cas opposé.

Les ostéotomies et les résections seront, au contraire, traitées plus hâtivement, et si Bruns, dans le deuxième cas, attend au huitième jour, tous les autres agissent dès le lendemain.

Personnellement, nous pensons qu'il vaut mieux, s'il existe une infiltration des parties molles, réduire la fracture et attendre patiemment que cette infiltration ait disparu. Ce n'est point, d'ailleurs, du temps perdu, si on l'utilise par des massages et l'application de la bande élastique qui hâtent la résorption de l'exsudat. D'ailleurs, un appareil appliqué dès le premier jour risque fort d'être trop serré d'abord, trop large plus tard, avec l'apparition et la diminution successives du gonflement.

Anesthésie. — Exception faite des cas où la réduction est difficile, elle ne paraît pas nécessaire. Albers la déclare d'ailleurs plus nuisible qu'utile, parce que, sous la narcose, le membre change de configuration de par le relâchement musculaire; au réveil, celui-ci disparaît et l'appareil se trouve alors contrarier la forme normale du membre par des pressions mal réparties. Une simple injection de morphine serait donc préférable et généralement suffisante chez les sujets sensibles.

Soins consécutifs. — Si l'on fait usage d'appareils orthopédiques, le malade pourra se lever, leur application terminée; si l'on use du plâtre ou de la colle, il devra rester au repos jusqu'à dessiccation complète du bandage. Alors seulement, on l'autorisera à marcher d'abord avec des béquilles, puis avec des cannes, enfin sans aucun appui. On devra, pour rendre la marche plus facile, rétablir l'égale longueur des deux membres, en fixant sous le pied sain une semelle épaisse ou une talonnette.

Les orteils du côté malade resteront à découvert; leur état indiquera celui de la circulation du membre. Si, de par la déambulation, apparaît un gonflement marqué, le blessé devra, les premiers jours au moins, ne pas abuser de la station debout, et prendre des temps de repos dans une position horizontale. Il ne doit éprouver aucune douleur tant au niveau de la cassure qu'à celui des points d'appui. S'il souffre, c'est que l'appareil est défectueux, immobilise insuffisamment les fragments ou irrite les parties molles. Il faut, à ce propos, tenir grand compte des plaintes du sujet, les provoquer au besoin par un interrogatoire direct et, dans l'affirmative, enlever le bandage sans hésitation. Comme l'a dit Bardeleben, mieux vaut couper dix fois un plâtre trop tôt qu'une seule fois trop tard. C'est dire qu'une surveillance active est utile, et qu'il est bon, si le patient quitte l'hôpital au cours du traitement, de ne pas le perdre de vue, et de l'avertir des complications qui peuvent surgir. C'est dire aussi combien les appareils circulaires sont, à ce point de vue, inférieurs aux attelles postéro-latérales et à l'étrier.

Si l'appareil devient trop large au bout de quelques jours, il faut le remplacer sans tarder, et renoncer à le calfater avec de l'ouate, ce qui est impossible pour les bandages circulaires, et toujours insuffisant pour les autres.

Enfin, lorsqu'un temps convenable se sera écoulé, variable avec la fracture, il faudra par des incisions appropriées rendre l'appareil amovible, afin de pratiquer un massage régulier. Comme la consolidation paraît un peu hâtée par la déambulation, il sera bon de ne pas trop patienter.

III

Résultats généraux. — Les limites de cette revue nous obligent à passer sous silence le détail des statistiques (1) et des cas publiés, que nous résumerons très succinctement sous forme de tableaux, où seront mentionnés le nombre des cas traités, les moyennes nécessaires à la consolidation et à la guérison définitive. Celles-ci ont été établies en écartant avec soin les cas extrêmes, et en se reportant surtout aux observations précises. Nous ne voulons certes pas exagérer leur importance; elles nous semblent cependant offrir un intérêt pratique déjà valable.

1° *Fractures de jambe* : 367 cas, dont 330 simples et 37 compliqués.

Siège.	Fractures simples.	Fractures compliquées.	Consolidation.	Guérison définitive.
Non indiqué . .	155	19	»	»
Tiers supérieur .	18	2	52 j^{rs} 5	76 j^{rs} 1
— moyen . .	36	7	41 1	61 5
— inférieur. .	35	6	38 6	51
Bimalléolaires. .	54	2	32 5	48
Malléole externe.	24	1	29 6	55

2° *Fractures de cuisse* : 61 cas, dont 57 simples et 4 compliqués.

Siège.	Fractures simples.	Fractures compliquées.	Consolidation.	Guérison définitive.
Non indiqué. . .	25	»	»	»
Col.	3	»	57 j^{rs}	90 j^{rs}?
Tiers supérieur .	1	»		
— moyen . .	20	2	45 5	90 ?
— inférieur .	8	2	43 3	90 ?

3° *Fractures de rotule* : 14 cas consolidés en 49 jours, guéris définitivement en 52 jours.

4° A ces cas, nous ajouterons :

2 fractures de l'astragale consolidées en 34 jours,
16 ostéotomies du fémur — 42 jours,
20 — des malléoles — 21 jours,
10 résections du genou — 44 jours,

Soit un total général de 490 faits (dont 367 fractures de jambe et 61 de cuisse) où l'on a appliqué avec succès la méthode ambulatoire.

Nous aurons, au cours du paragraphe suivant, à discuter sur la fréquence des excoriations et eschares, des atrophies musculaires, des raideurs articulaires, du raccourcissement consécutifs. Disons cependant, dès maintenant, que :

(1) Signalons simplement ici les importantes statistiques de Bardeleben, 89 jambes et 22 cuisses; Albers, 56 jambes et 16 cuisses; Kraüse, 72 jambes; Ellbogen, 42 jambes et 12 cuisses; Bruns-Garré, 24 jambes et 3 cuisses; Pilcher, 21 jambes; Döllinger, 11 jambes et 2 cuisses; Bauer, 15 jambes et 2 cuisses; Marchetti, 12 jambes et 4 cuisses.

1° Les divers appareils ont toujours été bien supportés sans douleurs ni eschares, que nous trouvons seulement signalées dans un cas de Pilcher et un deuxième d'Albers. Mais le blessé d'Albers était un tuberculeux qui, au vingt-troisième jour de geh verbant pour une fracture du fémur, présenta une eschare périnéale, et celui de Pilcher avait quitté l'hôpital, défait son appareil qui fut réappliqué et serré trop fortement par un autre médecin mal au courant de la méthode.

2° On n'a jamais noté d'atrophies ni d'ankyloses marquées. Un seul malade, observé par Albers, eut une atrophie du quadriceps, mais ce muscle avait été largement déchiré par le fragment supérieur dans une fracture compliquée de cuisse. Le blessé de Pilcher dont nous venons de parler eût une paralysie passagère des muscles antéro-externes de la jambe, par compression du sciatique poplité externe au niveau du col péronéal. Quant aux raideurs articulaires, Albers, Kraüse et Bauer en ont signalé quelques cas au genou, presque exclusivement dans les fractures de cuisse, toujours légères et justiciables d'un court massage. La hanche et la tibio-tarsienne n'ont jamais perdu leur souplesse.

3° Le cal s'est toujours effectué dans de bonnes conditions de forme, de solidité, de rapidité. Le raccourcissement a été observé seulement dans quelques cas de fracture du fémur, encore très rares, et n'a pas dépassé 3 centimètres chez un ancien amputé de Pirogoff, soigné par Albers pour une cassure oblique, siégeant à l'union des tiers moyen et inférieur de la cuisse. Disons qu'un blessé de Pilcher, atteint d'une fracture oblique du tibia régulièrement consolidée en six semaines, eut un raccourcissement secondaire de 1 centimètre par élongation du cal.

Critique. — Prônée, acceptée, défendue par les uns aussi vivement qu'elle est discutée par d'autres, la méthode ambulatoire mérite, nous le croyons, plus de considération et de crédit qu'elle n'en a jusqu'ici trouvé en France. Détail à noter et qui montre bien leur médiocre valeur, nombre d'arguments apportés dans le débat ont été invoqués à la fois par ses partisans et par ses adversaires.

Bardeleben, entre les premiers, reconnaît à la déambulation plusieurs avantages : la guérison serait plus courte et tout aussi sûre, exempte d'atrophies ou d'ankyloses, exempte aussi de complications viscérales, car la pneumonie hypostatique chez les vieillards, le delirium tremens chez les alcooliques, seraient prévenus et combattus dans une large mesure. Le malade pourrait, d'autre part, quitter son lit, reprendre une partie de ses occupations et de ses conditions physiologiques normales, rester à l'hôpital quelques jours seulement et immobiliser ainsi au minimum le personnel et le matériel hospitalier.

Rieffel et surtout Hennequin pensent, au contraire, que ces avantages sont problématiques. La guérison doit être aussi longue et plus exposée ; les ankyloses, les atrophies aussi marquées; les complications locales plus fréquentes et les complications viscérales peu ou point amendées. Le traitement est coûteux, délicat à appliquer, et ne peut faire bénéficier le malade que de la possibilité de faire très péniblement quelques pas, sans quitter la salle d'hôpital.

Reprenons ces divers arguments; examinons successivement la possibilité, la facilité, les inconvénients, enfin les avantages de la déambulation.

1° *La possibilité*, tout d'abord. Elle repose essentiellement sur la valeur des points d'appui, base de la méthode.

Hennequin, envisageant tour à tour la peau, les muscles, les saillies tibiales, écrit : La peau, enduite de la sécrétion de ses glandes, par son intolérance, son élasticité, sa mobilité, ne sera jamais qu'un point d'appui incertain, fugace, peu tolérant; tout appareil étroitement appliqué causera de vives souffrances, des phlyctènes, des excoriations, des eschares, en même temps qu'une gêne considérable de la circulation. De plus, les téguments chaussant à la manière d'un bas tout le membre, entraînés en haut par le bandage, communiqueront ces mouvements au segment inférieur, d'où chevauchement et perforation même, s'il existe une fracture en bec de flûte. Les masses musculaires ne pourront que très exceptionnellement constituer un relief assez marqué et assez ferme pour être utilisées. Enfin espérer trouver des points d'arrêt sérieux sur des saillies osseuses noyées dans le tissu cellulo-adipeux ou musculaire est une illusion. Même chez les sujets maigres et peu musclés, elles n'opposent quelque résistance qu'au prix de pressions énergiques intolérables et dangereuses pour la peau prise entre deux corps durs. Vient-on à interposer une couche d'ouate, le lien circulaire ne trouvant plus sur la base de la pyramide tibiale un point d'arrêt suffisant remontera au-dessus de l'interligne articulaire et tout l'édifice, si péniblement construit, s'écroulera faute de fondations. Que si, d'autre part, on était tenté de recourir à l'ischion, « ce n'est que par d'ingénieux artifices, d'habiles combinaisons, qu'on parviendra à lui faire supporter impunément, après un certain temps d'épreuves, une partie du poids du corps ».

De sorte que, de par ces objections *a priori*, déjà soulevées par Packard (1), peau, muscles, plateau tibial, tubérosité ischiatique ne devraient fournir un point d'appui encore douteux et insuffisant qu'au prix de douleurs intolérables, de phlyctènes, d'excoriations, d'eschares, de troubles circulatoires graves et parfois même d'un déplacement des fragments entraînés par la peau.

Il n'en est rien heureusement, et ces craintes d'Hennequin sont purement théoriques; les faits ont déjà amplement répondu; nous l'avons montré au paragraphe des résultats généraux. Bruns et Garré, Bauër, Marchetti, Ellbogen n'ont jamais dû enlever leurs appareils pour une complication quelconque; Albers ne l'a fait qu'une fois, et c'est le seul avec Pilcher qui ait noté une eschare; encore, dans ces deux cas, y a-t-il lieu d'accorder à la méthode toutes circonstances atténuantes, nous l'avons vu. J'ajouterai qu'un de nos huit malades personnels, à la peau si délicate qu'un Maisonneuve ordinaire, laissé six jours, avait provoqué une excoriation superficielle de la partie inféro-externe de la cuisse, a cependant toléré notre appareil, sans la moindre écorchure, malgré une déambulation continue.

La peau supporte donc très bien les pressions également réparties, exercées par un appareil régulièrement et uniformément appliqué. La sécrétion des glandes n'est pas assez abondante à ce niveau pour offrir les inconvénients redoutés par Hennequin; et d'ailleurs Albers et Kraüse ne recommandent-ils pas même de la graisser d'huile ou de vaseline? Enfin la couche d'ouate ou mieux le bas interposé entre le bandage et la peau font si peu « écrouler l'édifice », que Warbasse et Pilcher en conseillent l'usage. On peut s'en passer du reste.

Nous accordons volontiers à Hennequin que les cônes musculaires de la cuisse et du mollet ne puissent, à eux seuls, offrir une très utile résistance, sur laquelle, d'ailleurs,

(1) Packard. *College of Phys. of Philadelphia*, 13 déc. 1895.

personne n'a compté. Mais il en est tout autrement des saillies osseuses. Il se peut, à la rigueur, que chez les enfants, le plateau tibial soit assez peu développé pour indiquer l'emploi de l'attelle de Thomas (Bradford, de Boston); c'est là un point que nous n'avons pu encore vérifier. Mais chez les adultes, et même chez les adultes gras, le chapiteau tibial fournit un très solide point d'appui, au prix de pressions très tolérables. Döllinger, Warbasse, Pilcher l'ont montré, qui arrêtent toujours au genou leurs appareils de jambe, et, personnellement, nous avons pu, sans douleurs ni dommages pour la peau, faire marcher sur leurs tubérosités tibiales deux femmes lourdes et adipeuses. Quant à l'utilité et à la tolérance de l'ischion, on ne peut les nier sans nier avec elles l'orthopédie du membre inférieur.

2° *Facilité*. — Admise la valeur de ces points d'appui, on peut très bien concevoir la possibilité et aussi la facilité de la déambulation, si la fracture est bien maintenue. Je sais bien que, d'après Hennequin, quelque ingénieux que soit l'appareil, quelle que soit l'habileté de celui qui l'applique, les malades seront incapables d'une marche un peu longue, obligés de cesser leurs occupations, de sorte que le traitement ambulatoire se réduit alors à « permettre aux blessés de faire quelques pas soutenus par des béquilles ou des aides, en posant — oh! très légèrement — le pied sur le sol ». A cela, nous opposons l'affirmation contraire de tous les auteurs qui ont appliqué la méthode et vu leurs blessés marcher avec facilité. Albers, sur 78 malades, note que tous, après la première semaine, purent aisément se promener avec une béquille ou une canne, que beaucoup abandonnèrent rapidement tout appui, que dès la deuxième semaine, le plus grand nombre purent se lever et s'asseoir sans aide; sur 56 fractures de jambe, 29 siégeant aux malléoles ou au tiers inférieur marchèrent librement dès les premiers jours et les 27 autres à l'aide d'une canne. Kraüse, pour une cassure bi-malléolaire, a fait personnellement l'expérience du geh verbant; au sixième jour, il pouvait vaquer à ses affaires sans douleurs, monter les escaliers, marcher pendant des heures et, dès la quatrième semaine, était complètement guéri. Il affirme qu'il n'est aucunement pénible de marcher ainsi sur une cassure fraîche, avec un appareil bien appliqué. Korsch a vu un de ses malades atteint également d'une fracture bimalléolaire capable, au deuxième jour, de retourner de Francfort à Berlin et de reprendre ses occupations. Un blessé de Döllinger, porteur d'une fracture de jambe au tiers inférieur, se mit à courir, sans appui, dans la salle, aussitôt que l'appareil fut sec et, à plusieurs reprises, frappa fortement le sol du pied correspondant, pour montrer qu'il ne souffrait pas. Nos malades personnels ont pu se tenir sans douleurs sur le seul membre fracturé et marcher librement soit avec une canne, soit sans aucun appui.

Chez les vieillards surtout, Hennequin doute que, même avec un appareil parfait, l'on puisse arriver à un essai de déambulation, s'il s'agit d'une fracture du col du fémur, car « même après la formation du cal osseux, c'est à grand'-peine que par des promesses réitérées, des exhortations pressantes, on les décide à poser sur le sol le pied du côté blessé ». L'autorité d'Hennequin est certes indéniable; il n'en est pas moins vrai qu'une malade de Korsch, âgée de soixante-deux ans, très lourde, put, avec une béquille, marcher au huitième jour d'une fracture du col fémoral droit et qu'Albers et Ellbogen ont rapporté trois exemples semblables. Quant aux cassures de jambe, Marchetti a cité des blessés de soixante-trois, soixante-cinq, soixante-dix-sept ans, auxquels il a heureusement appliqué le geh verbant, et Kraüse a vu marcher sans douleurs, dès le neuvième jour, une femme de quatre-vingts ans, atteinte d'une fracture siégeant juste au-dessous du plateau tibial, qui, débarrassée de l'appareil au trente-neuvième jour, quittait au cinquantième l'hôpital, complètement guérie.

3° *Inconvénients*. — Ils peuvent porter sur les parties molles, les articulations, le squelette. Nous avons vu combien rares étaient les excoriations ou eschares, les atrophies musculaires, les ankyloses ou raideurs articulaires, si rares que les partisans de la déambulation invoquent leur absence à l'avantage de la méthode, comme nous le verrons plus loin. L'application soigneuse du bandage, la surveillance attentive recommandée par Kraüse et Bardeleben permettent seules d'éviter les troubles de la peau. La striction de l'appareil n'est pas, d'autre part, assez considérable pour amener une atrophie musculaire combattue par la déambulation elle-même, et, d'ailleurs, exceptionnellement notée; cette striction n'existe pas dans les attelles dites orthopédiques; et, dans les bandages plâtrés, s'exerce non pas tant au niveau des reliefs charnus qu'à celui des saillies osseuses. Les articulations sont immobilisées au minimum et enraidies de même.

Reste pour la fracture la possibilité d'un déplacement secondaire avec chevauchement et raccourcissement, soit que l'appareil assure mal la contention des fragments, soit que, dans les fractures obliques, il ne réalise qu'une extension très incomplète et non continue. Mais Korsch et Kraüse affirment que l'appareil bien appliqué exerce passivement une traction suffisante qu'augmente, d'ailleurs activement, le poids du membre et Demons (1) [de Bordeaux] doit partager cet avis qui traite simplement les fractures du fémur par l'application de deux attelles latérales, dont l'externe munie d'une ceinture pelvienne, et obtient des résultats aussi satisfaisants que par l'extension dite continue.

Sans insister davantage sur cette question, faisons simplement remarquer combien rares et faibles ont été les déformations observées dans les cas fournis à la déambulation, déformations qu'on ne peut, d'ailleurs, attribuer sûrement à la méthode employée.

4° *Avantages*. — Ils sont de trois ordres : locaux, généraux, sociaux.

Parmi les premiers, qui ont trait au membre blessé, se rangent la rareté plus grande des eschares, des atrophies et des ankyloses, la rapidité et la solidité du cal.

Sur les eschares nous passerons rapidement; nous avons montré qu'elles n'étaient pas à redouter, ce qui est déjà un gros point, mais, avec Hennequin, nous ne pouvons nous imaginer quelle influence préventive pourrait avoir la déambulation, à laquelle il faut demander, non pas d'empêcher les excoriations, mais de n'en pas produire.

Les atrophies et les ankyloses méritent plus de considération. Contre les premières, Hennequin pense que la méthode est inefficace, car les douleurs provoquées par une immobilisation défectueuse, suffisent à produire un refus de contraction des muscles, qui ne sauraient dès lors agir physiologiquement pour lutter contre leur dénutrition. Mais cette objection tombe du fait bien établi que les malades ne souffrent pas, leurs muscles peuvent et doivent donc se contracter dans la marche; aussi réduite que soit cette contraction, elle vaut mieux pour eux que le repos forcé. Le

(1) Mignel. Th. de Bordeaux, 1894-1895, n° 22.

même raisonnement, s'il en fallait un, est applicable aux raideurs articulaires; aussi limités que soient les mouvements permis au genou et au cou-de-pied, ils sont préférables à l'immobilisation, et ces mouvements peuvent, en certains cas, posséder une réelle amplitude.

Le cal est plus important. Rieffel et Martin (1) n'osent dire s'il est plus rapide et plus solide que par les autres méthodes. Hennequin, au contraire, pense que les mouvements répétés, subis par les fragments, doivent avoir la plus fâcheuse influence sur la guérison, car ils sont la cause la plus fréquente de ces gros cals fibro-cartilagineux, parsemés de noyaux osseux qui mettent un temps infini à se transformer en cal définitif. Mais White, Smith, Malgaigne, Wolkmann, Raymondaud vantent, au contraire, l'utilité de ces petits mouvements dans les retards ou les absences de consolidation; Burckhardt, Kirkbride, Volkmann, Lannelongue (2) leur ont dû de véritables succès, et Bruns a rapporté, sur 84 pseudarthroses, 78 guérisons par le frottement automatique. Il n'est pas impossible que certains cals restent longtemps malléables malgré la déambulation, et nous en avons cité un cas de Pilcher, mais ce fait unique ne peut être imputable à la méthode.

Kraüse, pour montrer l'influence du traitement ambulatoire sur le cal, avait dressé un tableau comparatif de guérison, et conclu que cette influence varie avec le siège de la cassure, d'autant plus marquée que la fracture est plus haute. Nous avons, à notre tour, étudié ce point particulier. Or, voici les moyennes de consolidation et de guérison définitive, données par les partisans de la méthode :

Fractures de la malléole externe.

	Consolidation.	Guérison définitive.
Warbasse	38,5	»
Ellbogen	32	46
Kraüse	31,3	47
Marchetti	26	»
Albers	21	42
Moyenne.	29,6	45

Fractures bimalléolaires.

	Consolidation.	Guérison définitive.
Korsch	39	»
Kraüse	35,4	51
Ellbogen	35	51,1
Albers	21	42
Moyenne.	32,5	48

Fractures de jambe (tiers inférieur).

	Consolidation.	Guérison définitive.
Ellbogen	39	58
Kraüse	38,7	57,3
Albers	38,5	42
Marchetti	37,5	»
Moyenne.	38,6	51

Fractures de jambe (tiers moyen).

	Consolidation.	Guérison définitive.
Ellbogen	44,6	61,3
Warbasse	42	»
Kraüse	41,6	60,2
Korsch	40,5	»
Marchetti	39	»
Albers	38,5	63
Moyenne.	41,1	61,5

(1) Martin. *Coll. of Phys. of Philad.*, oct. 1895.
(2) Tous cités par Rieffel. Loc. cit., p. 148.

Fractures de jambe (tiers supérieur).

	Consolidation.	Guérison définitive.
Korsch	57	»
Albers	56	91
Ellbogen	44,5	61,3
Moyenne.	52,5	76,1

Les documents précis sont moins nombreux pour les fractures du fémur.

Au tiers supérieur, Korsch a vu 1 cas consolidé en 57 jours.
— moyen, Ellbogen donne une moyenne de 52 —
— — Korsch — de 42 —
— — Marchetti — de 40 —
— infér., Baüer a vu 2 cas consolidés en 49 — et guéris en 56 jours.
— — Marchetti a vu 1 cas consolidé en 38 —

Enfin, Albers donne sans détails une moyenne de 32 jours pour la consolidation et de 90 pour la guérison définitive, ce que nous n'acceptons pas sans réserves, surtout pour ce qui a trait à la consolidation.

Si de ces chiffres divers, fournis par la méthode ambulatoire, nous rapprochons ceux donnés par nos classiques pour les méthodes d'immobilisation, nous trouvons les résultats suivants :

Consolidation.

Siège.		Méthode ambulatoire.	Méthode d'immobilisation.	Différence.
Jambe.	Tiers supérieur	52,5	70	18
—	— moyen	41,1	50	9
—	— inférieur	38,6	45	6
—	Bimalléolaire	32,5	40	8
—	Malléolaire externe	29,6	30	1
Cuisse.	Tiers supérieur	57	60	3
—	— moyen	45,5	56	11
—	— inférieur	43,3	60	17

Guérison définitive.

Siège.		Méthode ambulatoire.	Méthode d'immobilisation.	Différence.
Jambe.	Tiers supérieur	76,1	106	30
—	— moyen	61,5	65	4
—	— inférieur	51	60	9
—	Bimalléolaire	48	60	12
—	Malléolaire externe	45		

Sans attacher à ces moyennes plus de valeur et d'exactitude qu'elles ne comportent, on peut cependant en conclure que, loin de retarder la consolidation des fractures, la déambulation tend à la favoriser et que, suivant la remarque de Kraüse, cette influence heureuse semble croître à la jambe avec la hauteur de la fracture, et se marquer davantage pour la guérison définitive, que pour la consolidation, fait dû, sans doute, à la rareté beaucoup plus grande des atrophies et des raideurs articulaires.

J'en arrive aux avantages d'ordre général, concernant les complications viscérales : pneumonie hypostatique chez les vieillards, delirium tremens chez les alcooliques. Hennequin met en doute l'influence de la marche sur la première, parce que la déambulation lui paraît problématique à cet âge, opinion infirmée par les faits; sur le deuxième, parce que le delirium apparaît de trop bonne heure pour que la méthode, applicable seulement du huitième au quinzième jour, puisse le prévenir, parce qu'aussi le malade ne peut retrouver ses conditions physiologiques habituelles. Nous répondrons, avec Albers, que l'on peut très bien, dans les

cas menaçants, appliquer le geh verbant dès les premiers jours, et que celui-ci permet au blessé de se lever et de circuler assez facilement pour retrouver la plus grande partie de ses conditions physiologiques.

Restent les considérations d'ordre social. Ewing Mears (1) fait remarquer judicieusement que marcher plus ou moins avec un appareil ne suffit pas à permettre toujours la reprise des travaux habituels, et que tel blessé, facteur, portefaix, terrassier, n'en sera pas moins pour un temps condamné au chômage. C'est ce que traduit Hennequin, lorsqu'il nie la possibilité de faire marcher « utilement » les fracturés. Je suis le premier à reconnaître le bien-fondé de cette opinion. Mais les professions assises, rares il est vrai, échappent à ce reproche ; et pour les autres, peut-on passer sous silence le léger gain obtenu pour la durée de la guérison?

Faut-il, d'autre part, dédaigner totalement la faculté de marcher et de se lever sans aide ? Ce nous semble un avantage précieux à la ville, à la campagne et à l'hôpital. A la ville et à la campagne, point n'est besoin ainsi d'une garde-malade ; à l'hôpital, blessés et infirmiers le sentent bien qui réclament d'eux-mêmes l'application de la méthode, ceux-ci trouvant de ce fait leur service très allégé, ceux-là préférant la moins parfaite des marches à l'immobilité forcée.

Enfin et toujours sur ce chef, j'ajoute avec Pilcher que dans le cas de fractures simples, où nulle complication n'est à prévoir, le séjour à l'hôpital peut être très réduit et l'encombrement des salles évité. Les fracturés de Warbasse et Pilcher purent, dès le troisième jour, retourner chez eux la plupart sans béquilles ; l'un d'eux, atteint d'une fracture des deux jambes au tiers moyen marchait dès le lendemain si parfaitement qu'on le garda quatre jours à l'hôpital pour montrer l'excellence du résultat.

Ce n'est pas que, malgré ces exemples, nous voulions ériger en règle générale ce séjour minimum dans les salles. Nous estimons qu'une fracture engage trop la responsabilité du chirurgien, qu'elle peut avoir, chez les travailleurs surtout, des conséquences trop graves pour ne pas faire ressortir l'imprudence d'un exeat prématuré, et l'importance d'une surveillance attentive. Il n'en reste pas moins que la méthode ambulatoire peut, en une certaine mesure, diminuer les charges du blessé et la besogne du personnel.

Faut-il parler de la question de prix. Elle n'existe pas avec les appareils en plâtre ou en colle, et ils peuvent suffire à tous les cas. S'il était besoin d'un appareil dit orthopédique, pourquoi l'attelle de Bruns, par exemple, applicable à tous les cas, d'un usage indéfini et d'un prix très minime, ne se trouverait-elle pas dans nos hôpitaux, à l'instar d'autres appareils spéciaux aussi rarement nécessaires, et pourtant beaucoup plus coûteux ?

Indications. — Restent à définir les cas auxquels la déambulation est sagement applicable. Nous ne saurions ici donner de conclusions absolues, car le moindre des faits positifs vaut mieux que tous les arguments *à priori*, et ces faits peuvent surgir bientôt, car aussi telle conduite taxée d'imprudente la veille est démontrée raisonnable le lendemain. Nous avons vu que, par une hardiesse croissante, la méthode ambulatoire d'abord réservée aux fractures simples avait été étendue aux fractures dangereuses, telles les variétés obliques, puis aux fractures ouvertes de la jambe et de la cuisse, enfin aux fractures de la rotule, aux ostéotomies et aux résections du membre inférieur.

Il n'est pas douteux qu'on ne puisse recourir à la déambulation dans les fractures compliquées. Nous en avons rassemblé un total de 41 cas, dont 4 à la cuisse et 37 à la jambe, dans lesquels le geh verbant fut appliqué sans inconvénients, avec les précautions et après les délais que nous avons mentionnés plus haut. Pilcher, Bardeleben, Kraüse en ont cité des exemples typiques avec lésions étendues de la peau et des parties molles, telles que souvent l'on aurait pu songer à l'amputation. Il n'en est pas moins vrai que le traitement ambulatoire reste, par excellence, applicable aux fractures simples, sans lésion de la peau, sans tendance marquée au chevauchement. C'est dire qu'il faudra se montrer très prudent dans les fractures bimalléolaires ou les cassures obliques du tibia, lorsque la peau sera menacée ou la contention particulièrement difficile. C'est dire encore que les fractures juxta-articulaires dans lesquelles on n'a que peu de prise sur les fragments et les fractures obliques du fémur doivent être l'objet de réserves et de surveillance spéciales, et que l'application du geh verbant sera très avantageusement précédée par une extension continue suffisante. J'ajoute que, pour les cassures du fémur, l'appareil plâtré, de par son poids et l'incommodité de son application, me paraît inférieur à l'attelle de Bruns, dont en ce cas, avec Kraüse et Porembski, je conseillerais l'usage.

Les ostéotomies et les résections constituent une variété de fractures toute spéciales, assimilables aux fractures compliquées aseptiques. Cette considération, jointe à l'exemple des chirurgiens étrangers, dont nous avons recueilli 46 faits heureux (16 ostéotomies du fémur dont quelques-unes doubles, 20 de la jambe, 10 résections du genou), n'est pas sans être favorable à l'essai de la méthode.

Les fractures de rotule, au contraire, nous paraissent bien moins justiciables de ce traitement, et nous croyons, suture à part, que le massage et la mobilisation précoce donnent ici d'aussi bons résultats.

BIBLIOGRAPHIE

Consulter : Lapeyre, Thèse de Paris, 1894, et surtout l'article de Rieffel, *loc. cit.*, où toutes indications sont données jusqu'en 1895.

Lire en plus : F. Bauer. *Hyglia*, Stockholm, 1895, n° 3. — Ellbogen. *Prager med. Woch.*, 29 oct. 1895, n° 35, p. 365. — Warbasse. *Annals of Surgery*, févr. 1895, p. 187. — Pilcher. *Annals of Surgery*, juill. 1896, p. 69. — Bradford. *Annals of Surgery*, oct. 1896, p. 481. — Bruno Marchetti. *Riforma medica*, 1896, vol. III, n° 5, p. 53. — Hennequin. *Revue d'orthopédie*, janv. 1897, p. 58. — Doubre. *Bulletin médical*, 28 févr. 1897. — Ricard et Demoulin. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, article Fractures, 2e édit. 1897. — Wörner. *Medic. Corresp. Blatt*, 20 et 27 mars 1897.

A la séance du 7 avril 1897, notre maître, M. Reclus, a bien voulu présenter, à la Société de chirurgie, deux de nos malades atteints, l'un d'une cassure sus-malléolaire, l'autre d'une fracture oblique du tibia au tiers inférieur, tous deux traités avec succès par l'appareil que nous avons décrit.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bodet, médecin en chef de la marine (Brest).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

(1) E. Mears. *Coll. of Phys. of Philad.*, octobre 1895.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 3 au 8 mai 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 3 MAI. — Dissection, épreuve pratique : MM. Rémy, Sebileau et Walther.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Humbert, Retterer et Poirier; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, André et Chassevant.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Delens, Jalaguier et Varnier; — (2e partie) : MM. Fournier, Marie et Gaucher; — M. Delbet, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Tuffier et Lejars ; — (2e partie) : MM. Hayem, Chauffard et Gilles de la Tourette; — M. Ricard, suppléant.

MARDI 4 MAI. — Dissection, épreuve pratique : MM. Berger, Brun et Poirier.

1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Pozzi et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Polaillon, Rémy et Quénu ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Gley et Chassevant.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Thoinot ; — (2e série) : MM. Raymond, Chantemesse et Roger.

4e examen : MM. Proust, Gilbert et André ; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série): MM. Guyon, Panas et Hartmann ; — (2e série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Albarran ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Marfan et Ménétrier; — M. Nélaton, suppléant.

MERCREDI 5 MAI. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Marchand, Jalaguier et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Peyrot, Retterer et Lejars; — (2e série) : MM. Ricard, Gaucher et Sebileau; — (3e série) : MM. Humbert, Delbet et Netter; — (2e partie, 1re série) : MM. Fournier, Ch. Richet et André; — (2e série) : MM. Pouchet, Rémy et Marie.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Delens, Bonnaire et Walther; — (2e série) : MM. Pinard, Tuffier et Broca; — (2e partie) : MM. Potain, Landouzy et Wurtz; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

JEUDI 6 MAI (1). — Dissection, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Polaillon et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Ménétrier et Brun ; — (2e série) : MM. Pozzi, Nélaton et Poirier; — (2e partie, 1re série) : MM. Ch. Richet, Rémy et Chassevant; — (2e série) : MM. Raymond, Gley et Thoinot.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Panas, Albarran et Bar ; — (2e partie) : MM. Debove, Joffroy et Roger.

4e examen : MM. Proust, Gilbert et André; — M. Wurtz, suppléant.

VENDREDI 7 MAI. — Dissection, épreuve pratique : MM. Peyrot, Sebileau et Broca.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Tillaux, Walther et Wurtz ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Chantemesse et Poirier ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Rémy et Chassevant.

4e examen : MM. Pouchet, Thoinot et Netter; — M. Marie, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Delens, Humbert et Ricard; — (2e partie) : MM. Potain, Chauffard et Gaucher ; — M. Lejars, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. Marchand, suppléant.

SAMEDI 8 MAI. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Polaillon, Poirier, et Albarran.

2e examen (oral, 1re partie) : : MM. Rémy, Quénu et Thiéry; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Gley et Chassevant.

3e examen (2e partie) : MM. Cornil, Letulle et Achard.

4e examen : MM. Laboulbène, Pouchet et Chantemesse; — M. André, suppléant.

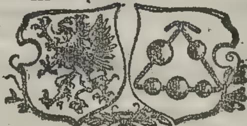
5e examen (2e partie), *Charité* (1re série): MM. Dieulafoy, Gilbert et Ménétrier; — (2e série) : MM. Joffroy, Raymond et Marfan ; — M. Hartmann, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar; — M. Brun, suppléant.

Thèses de doctorat.

JEUDI 6 MAI, à une heure. — M. Engelhardt. La diphtérie à Marseille (MM. Brouardel, président; Laboulbène, Charrin et Marfan). — M. Péronnet. Du traitement de la variole par la méthode de Finsen (procédé dit de la chambre rouge) (MM. Laboulbène, président; Brouardel, Charrin et Marfan). — M. Haie. Des fistules congénitales par persistance du conduit vitellin (MM. Tarnier, président; Cornil, Maygrier et Netter). — M. Stini. Microbiologie de la cavité salpingo-utéro-vaginale à tous les âges (État normal et état pathologique) (MM. Cornil, président; Tarnier, Maygrier et Netter).

(1) Ce jour, Conseil de la Faculté à trois heures.



CAPSULES
DARTOIS

Paris, le 26 avril 1897.

Malgré les vacances de Pâques, la Société médicale des hôpitaux a tenu, le 23 avril, une séance qui a été bien remplie. Et pour la première fois, depuis longtemps, on n'a parlé de l'appendicite que dans des conversations particulières.

M. Galliard a observé, avec le docteur Bruneau (de Bray-sur-Seine), un cas de pneumothorax mortel chez un vieillard de soixante-douze ans, athéromateux, et atteint depuis longtemps de bronchite chronique avec emphysème pulmonaire. Bien que l'autopsie n'ait pas été faite, tous les détails de l'observation semblent permettre de rattacher la perforation du poumon à l'emphysème seul.

M. Chauffard a présenté l'intéressante et lamentable histoire d'un malade de son service, atteint d'infection blennorragique grave, avec manifestations articulaires, cutanées, oculaires, testiculaires, etc., le tout accompagné de fièvre et d'accidents généraux d'une intensité extrême, qui ont fait craindre, plus d'une fois, un dénouement fatal. Entré à l'hôpital Cochin, dans les premiers jours de décembre 1896, ce malheureux jeune homme commence seulement à entrer en convalescence, après quatre mois de maladie!

Ce fait est bien curieux à divers points de vue : en 1891, ce malade, alors âgé de vingt ans, et sans aucune tare héréditaire ou personnelle, avait eu une première blennorragie très grave, compliquée d'orchite, d'arthropathies multiples, d'ophtalmie double, qui lui fit perdre un œil malgré les soins du professeur Panas.

Au mois de décembre dernier, dès le début d'une nouvelle blennorragie, il présenta des accidents généraux graves, avec élévation thermique très accentuée (40 degrés), puis apparurent aux deux genoux des douleurs très vives, avec épanchement assez considérable. La ponction fit retirer de chaque genou de 60 à 70 centimètres cubes d'un liquide louche, qui ne renfermait pas de gonocoques. Il existait, en outre, sous le tendon d'Achille, une périostose rétro-calcanéenne, analogue à celle qu'a récemment signalée M. Jacquet, et la déformation en radis du médius (A. Fournier). Toutes ces lésions articulaires ont disparu aujourd'hui, sans laisser d'ankylose, contrairement à ce que l'on constate habituellement.

En même temps, l'ophtalmie reparaissait, dès le début, aussi violente que la première fois. Les sécrétions conjonctivales ne renfermaient pas de gonocoques. A ces accidents s'ajoutaient de l'albuminurie, des symptômes d'inflammation de l'aorte et des valvules sigmoïdes, et une azoturie extrêmement prononcée (76 grammes d'urée en vingt-quatre heures). Enfin, dans les premiers jours de janvier, apparaissait une éruption caractérisée par une *dermo-papillite kératinisante*, dont M. Jacquet a présenté récemment un exemple.

Il existe trois autres cas d'éruptions analogues (Em. Vidal, Jeanselme, Jacquet) et il s'agissait également de blennorragies excessivement graves. Or, cette malignité toute spéciale de la maladie paraît relever plutôt d'une prédisposition individuelle que d'une virulence exceptionnelle du gonocoque, puisque, dans ces cas, les récidives survenant au bout de quelques années ramènent à peu près le même cortège d'accidents insolites. Il y a toujours des organismes privilégiés!

Incidemment, M. Debove vante les bienfaits des ponctions évacuatrices dans les arthrites accompagnées d'épanchement abondant. MM. Siredey, Galliard, Béclère préconisent également les ponctions en pareils cas.

M. Achard a étudié, avec M. Bensaude, le séro-diagnostic du choléra. La réaction se fait à peu près comme pour le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. Il faut des cultures très fraîches de vibrions du choléra, et pour les préparer, la technique est un peu plus compliquée que lorsqu'il s'agit du bacille d'Eberth. L'immobilisation et l'agglutination des microbes se produisent très rapidement dans les cultures dès qu'on y fait pénétrer une goutte de sérum provenant d'un cholérique. Ce procédé sera, sans doute, appelé à rendre de réels services.

M. Duflocq a observé, au cours d'une pneumonie grave, des arthrites multiples à pneumocoques, développées sur de vieilles lésions de rhumatisme chronique déformant. Il est probable que les altérations primitives des articulations avaient contribué à y fixer l'infection pneumococcique, comme F. Widal l'a déjà observé chez un goutteux.

MM. Jeanselme et Papillon ont étudié la nature du pigment ocre que l'on rencontre dans les viscères, et, en particulier, dans le foie de certains malades. Ils pensent que ce pigment, dérivé de l'hémoglobine, résulte presque toujours de la destruction des globules rouges du sang. On le trouve souvent à la fois dans les capillaires et dans les cellules hépatiques par exemple.

M. Féré a fait d'intéressantes recherches sur les rapports qui existent entre la puissance toxique et le pouvoir tératogène de certaines substances. Les poisons qui ne tuent pas un animal n'exercent, au point de vue tératologique, aucune influence sur ses descendants. Les oiseaux supportent bien la morphine; en général, on peut en injecter jusqu'à 25, 30 centigrammes à des poulets ou à des canards, sans les tuer.

Or, des injections de 3, 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine, pratiquées dans un œuf, n'empêchent pas l'embryon de se développer, et ne lui impriment aucune tare appréciable. Une dose de 5 centigrammes laisse encore vivre 7 à 8 embryons sur 100. Dès les premières phases du développement embryonnaire, on peut constater déjà des différences marquées, entre les divers œufs de même provenance. L'idiosyncrasie se révèle par des variations individuelles très prononcées dans la tolérance des poisons.

HOPITAL ANDRAL

Les complications de la grippe (1).

Par Jean Ch. Roux,
Interne des hôpitaux de Paris.

Que faut-il entendre exactement par complications de l'influenza? La question mérite d'être posée, car les auteurs sont loin de s'entendre sur la description de cette maladie : doit-on accepter la division classique des trois formes de la grippe, catarrhale, gastrique, nerveuse, division qui laisse

(1) D'après l'ouvrage récent de Schürmayer : *Complicationen, Folgekrankheiten und Folgeerscheinüngen der Influenza*, Basel und Leipzig, 1896.

de côté l'influenza du cœur et de l'appareil circulatoire? Doit-on, avec Hennig, reconnaître autant de formes qu'il y a d'organes pouvant être touchés par la maladie, procédé qui a le tort de multiplier les formes à l'infini, ou faut-il, avec Grainger Stewart, distinguer en autant de groupes les manifestations dues soit au bacille de Pfeiffer, soit à ses toxines, soit à des troubles mécaniques secondaires, soit enfin à des troubles nerveux? Toutes ces classifications sont arbitraires d'après Schürmayer et il convient de les simplifier : aussi il accepte comme résumant le tableau de la maladie, la définition suivante de Riess : « La grippe est une affection épidémique encore mal connue, qui, sous l'influence de causes atmosphériques, se propage rapidement sur des contrées plus ou moins étendues, et dont le symptôme principal est un catarrhe de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif, accompagné de fièvre et d'une prostration générale. » Les recherches récentes ont confirmé l'exactitude de cette définition; malgré la découverte du bacille de Pfeiffer, dont la valeur pathogène est d'ailleurs mise en doute par plus d'un auteur, les causes atmosphériques ont gardé toute leur importance : Gmeiner a montré que dans l'épidémie de 1893-1894, à Leoben, 50 p. 100 des malades habitaient au rez-de-chaussée; 5 p. 100 seulement habitaient le troisième étage; l'abaissement de la pression et de la température, la direction du vent, les brouillards avaient aussi une action très nette sur le nombre des cas de grippe. En somme, la définition de Riess donnant le type de la maladie, tout symptôme qui n'y est pas compris sera considéré comme complication : or, ces complications sont très nombreuses; le seul ordre à suivre est donc de les étudier organe par organe.

I

Complications atteignant les voies respiratoires. — Les voies respiratoires sont les premières touchées par la grippe; il suffit d'une extension du catarrhe caractéristique de la maladie, pour avoir une complication : la plus fréquente est la *broncho-pneumonie*. Pendant l'épidémie de 1893-1894, on l'a constatée dans 23 p. 100 des cas et, le plus souvent (60 p. 100), il s'agissait d'hommes adultes.

Les *signes physiques* de la broncho-pneumonie grippale sont peu marqués : on ne trouve pas toujours de la matité; lorsqu'elle existe, elle siège surtout aux bases, elle est très limitée et, signe important, elle disparaît rapidement d'un point pour se porter sur un autre. Au niveau de la matité, la respiration est obscure, accompagnée de râles sous-crépitants. L'expectoration n'apparaît pas dès les premiers jours; les crachats ont un aspect vitreux, séreux, jaunâtre; ils n'ont jamais de coloration rouge : pourtant Fränkel et Gmeiner ont observé des crachats teintés en rouge.

La *température* oscille en général entre 38 et 39 degrés; elle n'atteint jamais 40 degrés. D'après Abba, le début est insidieux : il n'y a pas de frisson, la température monte lentement et la défervescence se fait également lentement, en lysis. Mais ce n'est pas toujours le cas, loin de là : très souvent, le début est brusque et violent. Il faut noter que les signes pulmonaires persistent après la chute de la température. Il n'existe aucun rapport entre ces deux phénomènes (Ripperger) et Drasche décrit même des cas où, malgré la défervescence, la lésion pulmonaire continue sa marche extensive : la même indépendance existe entre le pouls et la fièvre et l'on peut ici rappeler ce fait que des sueurs abondantes n'amènent pas toujours une chute de la température.

La *marche* est moins aiguë que dans la pneumonie; la convalescence est longue et le danger persiste après la maladie. Lorsque tout péril semblait conjuré, on a noté des morts subites par insuffisance cardiaque avec arythmie (Rendu).

Les *caractères anatomiques* de la broncho-pneumonie grippale ont été décrits par Kuskow et Fränkel : l'infiltration atteint les lobules pulmonaires un à un; lorsque les foyers deviennent confluents, les lobes entiers peuvent être envahis. Ces foyers sont mal délimités, mous, de nuance variée : par la pression, on fait sourdre des gouttelettes de pus.

Le microscope montre les alvéoles remplis de sang; par endroit, on trouve des leucocytes ou des cellules épithéliales pigmentées, plus loin, de la fibrine et du pus. Par endroit, on voit des vaisseaux thrombosés avec une nécrose circonscrite.

D'après Fränkel, à la suite de ces lésions pulmonaires, on note souvent de l'induration : cela résulte des lésions du tissu conjonctif du poumon, lésion qui consiste en une infiltration de petites cellules autour des bronches et des vaisseaux, ainsi que dans le tissu cellulaire interlobulaire : cette même induration se reconnaît autour des foyers ayant subi la destruction gangréneuse.

Cette induration pulmonaire peut, pendant la vie, en imposer pour une tuberculose : dans un cas rapporté par Chatrin et Collet (*Lyon médical*, 1894), on notait de l'obscurité aux sommets, des râles, des bruits caverneux, des crachats abondants et purulents; on se croyait en présence d'un phtisique; à l'autopsie, on trouva l'induration que nous venons de décrire aux deux sommets des poumons; mais il n'y avait pas de trace de tuberculose, pas de foyers caséeux, pas de broncho-pneumonie, seulement un œdème généralisé.

Les *infections secondaires* qui peuvent succéder à la broncho-pneumonie sont mal connues : la grippe, on le sait, prépare le terrain pour la phtisie; elle peut également se compliquer de pneumonie. Bäumler en rapporte quatre cas typiques : « Au début, il s'agissait seulement d'une influenza compliquée de pneumonie. On ne trouvait, en effet, que le pneumocoque de Fränkel; mais aussitôt qu'apparut l'expectoration de la bronchite, on trouva dans les crachats venant des petites bronches des cultures pures de bacille de l'influenza. »

Dans certains cas, la pneumonie apparaît sans bronchite concomitante; dans ces cas, l'influenza n'a fait que préparer le terrain : nous savons, d'autre part, que Ménétrier a constaté la coexistence fréquente d'une épidémie de grippe et d'une épidémie de pneumonie.

A la suite de la broncho-pneumonie, on a noté assez souvent la gangrène du poumon, ou même les abcès du poumon : Hitzig, qui en rapporte un cas, croit que leur rareté apparente est due à ce que souvent on les méconnaît.

D'autre part, la grippe compliquant une affection pulmonaire antérieure en aggrave singulièrement le pronostic; cela est surtout manifeste dans la tuberculose pulmonaire. L'épidémie de grippe de 1889-1890 a fait monter la mortalité par la phtisie de 70 par semaine à 150 pour Saint-Pétersbourg et à Paris de 200, chiffre moyen, à 450.

En dehors de la broncho-pneumonie, on a observé d'autres complications atteignant l'appareil respiratoire au cours de la grippe.

Les *plèvres* sont parfois atteintes lorsqu'il existe de la

gangrène pulmonaire, ce qui n'a rien d'étonnant; mais la pleurésie peut être primitive : Peter Fade l'a observée souvent à Londres, de 1889 à 1893; à partir de 1893, la maladie changea; les pneumonies devinrent plus fréquentes, la pleurésie passa au second plan.

Nous ne ferons que signaler les complications notées du côté des voies respiratoires supérieures : le coryza et sa tendance à se propager dans les sinus de la face, les angines fréquentes. Schelly a décrit comme un symptôme constant de l'influenza de petites vésicules transparentes qui se développent sur la partie postérieure de la voûte palatine; elles s'étendent parfois à la racine de la langue, et, dans les cas graves, à la partie antérieure de la voûte palatine.

II

Complications atteignant l'appareil digestif. — Le catarrhe des voies digestives fait partie des symptômes ordinaires de la grippe. Mais parfois ces phénomènes deviennent prédominants et constituent un syndrome morbide qui rappelle tout à fait la fièvre typhoïde. Pendant l'épidémie de 1893-1894, Lichtenstein put en observer plusieurs cas dans un petit village d'Allemagne; en 1892-1893, Wörner avait également observé, dans un régiment, une épidémie de grippe à forme typhique. Ces deux auteurs donnent de la maladie la même description : le début est brusque et présente tous les symptômes du début de la grippe, toux, douleur de tête, grand abattement : mais la maladie ne tarde pas à s'aggraver; la fièvre se maintient entre 39 et 40 degrés; il y a des selles diarrhéiques abondantes; la rate est grosse; on note assez souvent des taches rosées, d'après Wörner. Le malade a des sueurs abondantes et une agitation extraordinaire. Au bout de deux semaines environ, la diarrhée diminue, les sueurs deviennent plus rares, l'état général s'améliore, mais la convalescence est longue.

Le diagnostic avec la fièvre typhoïde est parfois fort délicat : la diarrhée, l'augmentation de volume de la rate, les taches rosées existent dans les deux affections; le meilleur signe distinctif, le seul peut-être, est, d'après Wörner, la courbe thermique. En effet, la température s'élève brusquement à 40 degrés; le malade a même parfois un frisson. Mais le lendemain déjà, la température baisse, n'atteint guère que 39°5; les jours suivants, on note la même descente progressive, de sorte qu'il ne s'agit pas en réalité d'une fièvre continue; et en quatorze jours, en moyenne, la température est revenue à la normale. Dans la majorité des cas, ce caractère permet de reconnaître la grippe à forme typhoïde; mais il ne faut pas oublier que « la fièvre typhoïde présente parfois un début soudain, surtout lorsque l'épidémie résulte de l'absorption d'eau infectée » (Liebermeister). Et ce qui complique encore le diagnostic, c'est que les épidémies d'influenza et la fièvre typhoïde s'appellent souvent l'une l'autre. Il est fréquent, dans les régiments, de voir la fièvre typhoïde succéder à une épidémie de grippe (1) et souvent même les deux maladies coexistent comme cela a été constaté par Kasin, à Moscou, par Kiprianow dans l'épidémie de grippe de Tarskoje-Selo et par Vogel à Munich, pendant l'hiver de 1892.

(1) Ripperger. *L'influenza et ses rapports avec la fièvre typhoïde.*

III

Complications atteignant l'appareil circulatoire. — Ces complications ont longtemps été méconnues, bien qu'elles soient très fréquentes et souvent des plus redoutables.

Dans un certain nombre de cas, il ne paraît s'agir que de troubles nerveux, tachycardie, douleur précordiale, et parfois un ensemble de symptômes rappelant la maladie de Basedow. Mais souvent il se produit une lésion entraînant la mort. Fernet a rapporté deux cas d'asphyxie rapide par paralysie du cœur, survenue brusquement au cours de la convalescence. On peut noter aussi de la péricardite, de l'endocardite : dans quatre observations, l'endocardite se compliqua d'embolie dans les vaisseaux périphériques, embolie suivie de gangrène.

Mais les vaisseaux peuvent être atteints pour leur propre compte, indépendamment du cœur. Ainsi pendant la convalescence, d'après Cathomas, on observe assez souvent des phlébites aux veines du membre inférieur; on en connaît actuellement 25 cas.

Plus rarement, on a vu des thromboses artérielles suivies de gangrène dans le territoire irrigué par l'artère : Cathomas a pu en relever huit observations; le plus souvent, c'est l'artère poplitée qui est en cause. D'une façon générale, les lésions vasculaires consécutives à l'influenza sont encore mal connues.

Vogel note le ralentissement du pouls comme un symptôme constant de la grippe; dans des centaines de cas, il l'a observé presque toujours; ce ralentissement apparaît au moment de la défervescence; il dure en moyenne cinq à six jours, quelquefois moins, souvent plus, jusqu'à deux et trois semaines; le nombre des pulsations est de 60 par minute, mais peut descendre jusqu'à 50 et même 44; il traduit une débilité cardiaque, comme le montre l'élévation brusque de la fréquence des pulsations jusqu'à 100 et 120 par minute à la moindre excitation physique ou psychique. Ce dernier trouble persiste pendant la convalescence, lorsque la bradycardie a depuis longtemps disparu : c'est ce trouble qui contribue à expliquer l'incapacité de faire le moindre effort physique où se trouvent alors les malades.

IV

Complications atteignant les organes génito-urinaires. — La *néphrite* s'observe assez souvent à la suite de la grippe; en général, elle n'est pas de longue durée, mais elle est sujette à des rechutes. Elle semble résulter de l'élimination de substances toxiques par les reins; Griffith a en effet isolé une ptomaïne dans les urines des malades atteints de la grippe (on ne trouve pas de ptomaïne dans les urines normales).

Les sels de cette ptomaïne, les sulfates et les chlorhydrates cristallisent très bien et ont permis de déterminer sa formule chimique; cette ptomaïne est très toxique : injectée à l'animal, elle provoque une fièvre intense et amène rapidement la mort. C'est à son passage dans les voies urinaires que l'on peut attribuer les néphrites, les cystites et les troubles nerveux consécutifs à la grippe; c'est également à son action que l'on doit rapporter la guérison subite au cours de la grippe d'une cystite blennorragique durant depuis un an et demi, fait qui a été observé par Galdberg.

Chez la femme enceinte, l'*accouchement prématuré* est la

règle : c'est un fait constant et presque général. En dehors de la grossesse, la grippe développe une tendance aux *hémorragies utérines* et détermine souvent chez les petites filles de dix à douze ans l'apparition des règles, d'après Felkin.

Un des résultats d'une épidémie de grippe, c'est la diminution marquée des naissances neuf mois après. Stumpf a fait une étude très soignée de la statistique de Munich à ce point de vue. Il ne suffit pas d'invoquer la diminution des rapports sexuels pendant l'épidémie pour expliquer cet abaissement de natalité ; la grippe ayant sévi à Munich du milieu de décembre 1889 à la fin de janvier 1890, la chute de la courbe des naissances devrait commencer vers la fin de septembre 1890 pour revenir à la normale pendant le mois de novembre. Or, la statistique officielle de Munich montre que cet abaissement des naissances finit bien à l'époque prévue, mais, chose importante, il commence à se manifester un mois avant, dès la fin d'août 1890. La seule explication, c'est que l'influenza provoque l'expulsion d'œufs déjà fécondés; des femmes enceintes depuis un mois et devant accoucher pendant le mois d'août 1890 ont donc avorté pendant l'épidémie de grippe et fait tomber la natalité de 33 naissances par jour, ce qui est le chiffre normal, à 27 et 28. Et ce qui confirme cette explication, c'est que, pour toute la Bavière, la courbe des naissances subit une chute exactement semblable et au même moment.

Il est un autre fait assez curieux qu'a permis de vérifier, en partie tout au moins, l'épidémie de grippe de 1889-1890. D'après Düsing, toute épidémie, toute famine, toute guerre, amène une augmentation du nombre de naissance des garçons par rapport au nombre de naissance des filles : cela viendrait à l'appui de l'hypothèse que les individus mâles naissent de germes plus résistants, capables de se développer dans des conditions plus défectueuses. Pour la ville de Munich, Stumpf a noté, en effet, une proportion de garçons plus grande, à la suite de l'influenza de 1889-1890. Malheureusement, dans la statistique générale de la Bavière, les faits ne sont pas aussi probants : bien qu'il y ait une légère augmentation du nombre des naissances mâles pendant les mois d'octobre et de novembre 1890, ce chiffre est trop faible pour entraîner pleinement la conviction.

V

Complications atteignant le système nerveux. — Elles sont très nombreuses et très variées. Il est assez fréquent d'observer des *complications cérébrales* : elles se caractérisent par des convulsions, de la douleur de tête, des paralysies. Dans un certain nombre de cas, suivis de mort, on a pu pratiquer l'autopsie : les lésions cérébrales sont, en général, peu marquées; parfois, cependant, on trouve des foyers de ramollissement et même des thromboses veineuses, mais ce qui est intéressant, c'est que dans plusieurs cas rapportés par Pfühl et par Naüwerck, on trouvait le bacille de Pfeiffer dans la sérosité des ventricules; le même bacille se trouvait formant des petits amas dans les foyers apoplectiques.

Quant à la moelle, elle peut aussi être atteinte ; en général, les *lésions médullaires* se présentent sous la forme d'une myélite ascendante aiguë. S'agit-il d'une localisation du bacille de Pfeiffer ou d'une infection secondaire? Les observations peu nombreuses que l'on connaît ne permettent pas de trancher la question.

Les *lésions des nerfs périphériques* sont généralisées ou isolées. Leyden et Mossé ont publié quelques observations de polynévrites, mais il est bien plus fréquent de constater des névrites isolées. Lavagna a décrit une trophonévrose de l'œil, qu'il met sur le compte d'une névrite du trijumeau; elle se manifeste par une anesthésie de la cornée qui devient opaque et s'ulcère; dans tous les cas qu'il a observés, la terminaison a été favorable, l'ulcère s'est cicatrisé et l'œil est resté intact.

Barkas rapporte un cas de paralysie faciale double à la suite de l'influenza. Certains troubles du cœur, que nous avons analysés plus haut, peuvent être attribués à une paralysie du vague ; enfin plusieurs auteurs ont décrit la paralysie du récurrent à la suite de la grippe.

On peut rapprocher des troubles nerveux les sueurs abondantes des malades atteints de grippe ; les sueurs généralisées ou localisées au tronc et aux pieds ne peuvent pas être considérées comme des sueurs critiques, car elles apparaissent à toutes les époques de la maladie, ne sont pas liées à une chute de la température et se prolongent parfois pendant la convalescence et même après la maladie pendant des semaines et des mois : il doit s'agir probablement d'une névrose des nerfs sudoraux.

Enfin on peut citer quelques cas de *troubles mentaux* survenus soit pendant la période fébrile, soit pendant la convalescence de la grippe : il s'agit, en général, d'un délire sensoriel, le malade a des hallucinations de la vue, de l'ouïe, et présente la plus grande excitation. Cet état persiste quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre.

Nous avons ainsi passé en revue les principales complications de la grippe que Schürmayer décrit en détail dans son étude très complète et très consciencieuse. En guise de conclusion, l'auteur se demande à quelle cause nous pouvons rapporter ce polymorphisme de l'influenza. Comme dans toute infection, trois conditions déterminent la forme de la grippe : le microbe, son produit de sécrétion, le terrain sur lequel il évolue. Des deux dernières causes, nous ne savons rien de précis ; nous ne pouvons que soupçonner les innombrables formes que provoquent les dispositions individuelles ; quant au produit de sécrétion, il est probablement plus ou moins toxique, selon la virulence du bacille, et doit contribuer à déterminer les différentes variétés d'épidémie.

La seule cause que nous connaissions à peu près, c'est le micro-organisme pathogène. Pfeiffer, on le sait, a décrit le parasite de l'influenza en 1890. C'est un petit bacille qu'il est parvenu à cultiver ; par inoculation aux animaux, il a produit des symptômes vaguement semblables à ceux de la grippe et parfois la mort. Les lésions étaient surtout marquées au niveau des bronches. La grosse objection, c'est que les cultures sont peu vivaces ; sur agar, elles ne restent pas vivantes au delà de quatorze à seize jours et se laissent détruire facilement, ce qui n'est guère conforme à la théorie miasmatique de l'influenza.

Aussi Schürmayer ne croit-il pas que l'on doive accepter sans réserve l'opinion de Pfeiffer : d'autant plus que d'autres observateurs ont trouvé d'autres micro-organismes dans d'autres épidémies ; on comprend peut-être dans le nom de grippe des maladies provoquées par des parasites fort différents, car on doit tenir compte des recherches nombreuses où l'on a trouvé d'autres microbes. L'auteur cite rapidement les recherches de Seiffert qui, en 1884, décrivit un microcoque, celles de Babes qui décrivit un petit

bacille, celles de Teissier, de G. Roux et de Potion, qui trouvèrent un diplo-bacille, et enfin celles de Chantemesse et Cornil qui, eux, isolèrent un bacille fort analogue à celui de Pfeiffer, et, d'après Schürmayer, c'est à cette variété dans les germes pathogènes qu'il faut rapporter les grandes différences dans les symptômes, les complications et le pronostic des diverses épidémies de grippe.

LES PROGRÈS DE L'ALCOOLISME EN FRANCE (1)

Par le docteur Brunon,
Directeur de l'École de médecine de Rouen.

V

PROGRESSION DU NOMBRE DES CABARETS DANS LES VILLES

Avant 1880, l'ouverture des débits était soumise à une autorisation administrative.

En 1850, il y avait en France 350426 débits; en 1870, il y en avait 364875.

En vingt ans, l'augmentation avait donc été de 14449, soit environ 700 débits nouveaux par an.

En 1873, on trouve encore 348599 débits; en 1879, on en trouve 354852.

En 1880, la loi (17 juillet) proclame la liberté du commerce des boissons et le nombre des débits passe à 368933 et en 1881 à 372592.

En deux ans, le nombre des débits augmente de 17740, c'est-à-dire plus qu'en vingt ans, sous le régime de l'autorisation.

En 1894, la France possédait 461000 débits, dont 31000 à Paris (G. Leygues).

Cette constatation en amène une autre :

En 1875, nous avons 1 débit pour 109 habitants; en 1896, nous en avons 1 p. 77; l'Orne, la Manche, le Morbihan, 1 p. 60; Paris, 1 p. 55; Pas-de-Calais, Nord, Somme, 1 p. 40; Seine-Inférieure, 1 p. 20.

Ici, il faut remarquer que la consommation fait un bond considérable de 1880 à 1890. En 1879, il est consommé 1161649 hectolitres; en 1890, 1662808. Autrement dit, la consommation saute brusquement de 3l22 à 4l35.

Or, cette progression coïncide avec la période où la législation déclare libre le commerce des liquides et supprime l'autorisation administrative pour la création des débits.

Sous ce régime de liberté, la consommation s'est accrue en *dix ans* autant que dans les cinquante ans qui vont de 1830 à 1880 (G. Leygues).

VI

PROGRESSION DE L'ALCOOL INDUSTRIEL

Mais nous savons tous qu'il ne faut pas seulement considérer, en pareille matière, la quantité d'alcool employée. Il faut encore tenir compte de la qualité de cet alcool. Eh bien, dans le pays des vins célèbres, l'alcool de vin, l'eau-de-vie, s'est changé en alcool industriel, en eau de mort.

On a produit : de 1840 à 1850, 815000 hectolitres d'eau-de-vie, 76000 hectolitres d'alcool industriel; de 1870 à 1875, 539742 hectolitres d'eau-de-vie, 1004697 hectolitres d'alcool industriel; en 1895, 184209 hectolitres d'eau-de-vie, 1977332 hectolitres d'alcool industriel.

En 1895, *l'alcool de vin ne représente pas même* 9 *p.* 100 *de la production totale* (Ch. Dupuy).

VII

RÉPARTITION PAR CATÉGORIE DE CONSOMMATEURS

Il y aurait un intérêt social à connaître le chiffre de la consommation chez l'ouvrier qui achète à la bouteille « Vente à emporter », car c'est l'ouvrier qui, actuellement, s'alcoolise avec le plus d'entrain. Malheureusement cette recherche ne peut pas être faite avec grande chance d'exactitude.

Cependant on sait que :

1° Les campagnes et les petites villes (4000 habitants) consomment 701583 hectolitres;

2° Les villes de 4000 à 10000 habitants consomment 123925 hectolitres;

3° Les villes au-dessus de 10000 habitants consomment 372820 hectolitres.

Soit un total de 1198328 hectolitres *livrés par les débitants en tous lieux*. Ces chiffres doivent représenter à peu près la consommation de l'ouvrier des champs, des petites villes et des grandes villes.

D'autre part, la consommation du « bourgeois » qui peut s'approvisionner en gros est de :

Dans les campagnes et petites villes . . .	99386 hectol.
Villes de 4000 à 10000 habitants.	17482 —
Villes de 10000 habitants et au-dessus. .	44534 —
Total. . . .	161402 hectol.

A Paris, les débitants et les particuliers consomment 179665 hectolitres.

VIII

RÉPARTITION PAR NATURE DE LIQUIDES

Si on fait une place spéciale aux esprits dont les usages sont très variables et dont la quantité employée est de	111057 hectol.
on voit que les eaux-de-vie tiennent la tête du tableau avec.	996599 —
Les absinthes et liquides similaires représentent	108783 —
Les kirsch et rhums, etc.	120115 —
Les liqueurs.	72369 —
Le genièvre	61458 —
Les bitters.	36645 —
Les fruits à l'eau-de-vie.	9714 —
La parfumerie	4139 —

Là encore, il faut remarquer que les chiffres ne donnent qu'approximativement la vérité, car on ne peut pas connaître les quantités d'alcool mises en œuvre par les fabricants libres qui n'ont pas de compte avec la régie et qui opèrent sur des spiritueux libérés d'impôts.

IX

CAUSES DE LA PROGRESSION CONSTANTE DE LA CONSOMMATION

Il est impossible d'étudier, même superficiellement, la question de l'alcoolisme, sans être effrayé de cette progression et sans être poussé à se demander où sont les causes.

Ce n'est pas le moment d'étudier ce point. On nous per-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 455.

mettra cependant de remarquer que la consommation suit la production, et, par conséquent, est en rapport avec le développement de l'industrie de l'alcool en particulier et de l'industrie en général, avec la migration de la campagne à la ville et l'augmentation du nombre des ouvriers industriels. Enfin, dans les pays vinicoles, tout le monde s'accorde à dire que les maladies de la vigne ont une influence sur la consommation de l'alcool. Nous avons vu et on sait depuis longtemps que les régions françaises « alcooliques » sont celles où on boit autre chose que du vin. Il y a un rapport inverse entre la consommation du vin et celle de l'alcool. M. Alexandre Bérard (1) fait la remarque suivante :

En 1889, la production des viticulteurs était de 67 000 hectolitres. La consommation, par tête, d'alcool de toute provenance, est (de 1889 à 1892) de 4 litres, 4l35, 4l40, 4l56.

En 1892, les vignobles se reconstituent.

En 1893, les viticulteurs produisent 159000 hectolitres. La consommation, par tête, s'abaisse à 4l31 — 4l04.

Pour ce laps de temps, il paraît vrai de dire que la disparition et la réfection de la vigne ont une influence sur la quantité d'alcool consommé. Mais il est probable que cette proposition n'est vraie que pour les régions vinicoles. Le Nord et le Nord-Ouest n'en boivent ni plus ni moins.

X

CONCLUSIONS

1° De 1830 à 1895, la consommation de l'alcool a suivi une marche progressive;

2° L'élévation constante des droits n'a pas eu d'influence sur cette progression : elle ne l'a pas ralentie;

3° La liberté du commerce des spiritueux l'a activée;

4° La progression de la consommation a suivi celle de la production;

5° Cette double progression tend à s'accentuer depuis quinze ans surtout;

6° Elle est parallèle à la progression du nombre des débits;

7° Dans les diverses régions de la France, la consommation d'alcool diminue à mesure qu'on s'avance vers le Midi et les pays vinicoles;

8° Elle a son maximum dans la Seine-Inférieure et son minimum dans l'Hérault;

9° L'alcool industriel a remplacé l'alcool de vin. Ce dernier ne représente pas 9 p. 100 de la production totale;

10° L'ouvrier des villes est l'homme qui paraît s'alcooliser le plus en France;

11° De tous les spiritueux, l'*eau-de-vie* est celui qui est le plus souvent consommé;

12° Parmi les causes de l'abus de l'alcool, nous citons en particulier : l'émigration de la campagne à la ville, la vie dans la promiscuité des ateliers industriels, la liberté des cabarets, la ruine de la vie de famille chez l'ouvrier, la liberté des bouilleurs de cru, enfin les maladies de la vigne.

FORME ACTINOMYCOSIQUE DE LA TUBERCULOSE (2)

Par MM. Babès et Levaditi.

Fischel et Coppen Jones ont soutenu que le bacille de la tuberculose était un champignon d'ordre plus élevé que les bactéries et qu'il pouvait parfois se présenter sous forme ramifiée et bourgeonnante. Divers auteurs, Nocard, Metchnikoff, ont constaté, dans certaines cultures de bacille tuberculeux vieillies ou chauffées, l'existence de spores. Coppen Jones a trouvé, dans des crachats provenant de cavernes tuberculeuses, des ramifications vraies et des corpuscules métachromatiques coiffés de crosses hyalines nettes. Les crosses seraient une sécrétion formant une sorte de capsule autour des masses arrondies qui terminent les ramifications. C'est, en somme, exactement l'aspect de l'actinomyces.

Si on injecte, comme l'ont fait les auteurs, une culture vieillie de bacille tuberculeux sur gélose dans les méninges du lapin après trépanation, on peut, si l'animal ne succombe pas aux accidents immédiats, constater au bout de dix jours, dans les méninges épaissies, des amas renfermant des filaments de 20 à 80 μ entourés de cellules polynucléaires.

Les lapins, sacrifiés après trente jours, présentent un épaississement des méninges avec tubercule local. Les amas filamenteux ressemblent à un grain d'actinomycose; il y a un réseau enchevêtré d'où partent des filaments mycéliens rayonnants se terminant par de vraies crosses. C'est absolument l'aspect d'un grain d'actinomyces. Il ne se différencie que parce que les filaments ne se décolorent pas par l'Ehrlich, tandis que ceux de l'actinomyces se décolorent par l'acide azotique.

D'après ces données nouvelles, il faudrait ranger le bacille tuberculeux dans un groupe intermédiaire, entre les vraies bactériacées et les ascomycètes. Il est fort probable qu'on découvrira des formes analogues chez les bacilles lépreux et les bacilles diphtéritiques.

ARTHROTOMIE DE LA HANCHE

ET CURETAGE INTÉGRAL DANS LA COXALGIE COMPLIQUÉE D'ABCÈS REBELLES A LA MÉTHODE DES INJECTIONS (1)

Par le docteur Ménard (de Berck).

L'auteur a eu à traiter 103 cas d'abcès fermés compliquant la coxalgie. Il a obtenu 88 fois la guérison par la méthode des injections modificatrices.

C'est au naphtol camphré que M. Ménard donne la préférence. Chez 7 malades, il est resté une fistule permanente; chez 8 autres, l'abcès ne s'est pas ouvert, mais n'a pas guéri d'une manière définitive, malgré une longue série d'injections. Dans ce groupe de cas d'abcès aseptiques mais réfractaires à la méthode des injections, M. Ménard a eu recours au traitement opératoire. Celui-ci a consisté dans l'incision large et le curetage de l'abcès ou des abcès, dans la recherche et l'incision du trajet de communication avec la hanche, la section du col fémoral à sa partie moyenne, l'extraction de la tête et de la partie interne du col et le curetage minutieux de la cavité coxale. La plaie est réunie par première intention sans drain.

Cette opération a été pratiquée huit fois avec succès. Dans un cas seulement la réunion d'un foyer très étendu n'a été obtenue que partiellement. Un épanchement séro-sanguin s'est ouvert sans fièvre au bout de quinze jours dans une fistule qui a persisté quatre mois. Dans tous les autres cas la guérison définitive, datant actuellement de cinq à trente mois, a été constante. Le raccourcissement du membre n'est que de 3 à 5 centimètres. M. Ménard attribue ce raccourcissement à trois causes distinctes : l'ascension du grand trochanter, le raccourcissement réel du fémur et du tibia et l'adduction du membre. Impuissant contre les deux premières causes, le chirurgien peut corriger la troisième par l'ostéotomie.

(1) A. Bérard. *Revue des Revues*, 1896, p. 308.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 461.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 462.

ACTION PHYSIOLOGIQUE

DE L'EXTRAIT DE FOIE SUR L'HOMME SAIN

MM. Mairet et Vires (de Montpellier), continuant leurs recherches sur l'extrait de foie, résument à la Société de biologie l'action physiologique de ce dernier sur l'homme sain.

Des nombreux tableaux qu'ils donnent, des analyses multiples faites par ces auteurs, il résulte que le foie ingéré exerce de variables influences sur les mutations nutritives. Ainsi, pendant l'administration du foie :

La température est abaissée, la quantité d'urine des vingt-quatre heures augmentée; l'excrétion de l'urée, celle de l'acide phosphorique total s'élèvent dans des proportions relativement considérables, les selles deviennent diarrhéiques et plus abondantes.

Cette action cesse quand on supprime l'ingestion du foie.

Cette étude physiologique sera utile pour l'application thérapeutique qu'elle doit précéder.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 avril 1897. — Présidence de M. Delens.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES PIEDS BOTS

M. Kirmisson rappelle que M. Jalaguier a présenté une petite malade chez laquelle il a fait une large tarsectomie pour double pied bot. A l'occasion de cette présentation, M. Kirmisson fait une communication qui peut ainsi se résumer.

A l'étranger, pour le traitement du pied bot, on devient de moins en moins interventionniste. En France, au contraire, on semble plutôt vouloir faire de larges opérations. Pour sa part, même dans le cas de M. Jalaguier, M. Kirmisson se serait contenté de l'opération de Phelps suivie d'une large arthrotomie médio-tarsienne. Il préfère la section des parties molles aux opérations osseuses. Pour lui le résultat est certainement aussi favorable par l'opération de Phelps que par les tarsectomies. Il présente à la Société quelques photographies de petites malades opérées par l'opération de Phelps : le résultat fonctionnel est aussi parfait que dans le cas de M. Jalaguier. M. Kirmisson ne proscrit cependant pas complètement les opérations osseuses. Mais il croit qu'il faut toujours commencer par la section des parties molles, par l'opération de Phelps.

M. Nélaton se demande si les sections des parties molles sont suffisantes quand il y a subluxation, non seulement de l'astragale, mais encore du calcanéum sur les os de l'avant-pied. Il se demande également si l'opération de Phelps donne de bons résultats quand il y a non seulement un varus, mais encore un équinisme prononcé. Après l'opération de Phelps il faut un traitement orthopédique prolongé.

M. Kirmisson dit qu'en effet, quand il y a subluxation du calcanéum, il faut un traitement post-opératoire prolongé, après le Phelps.

Aussi, dans ces cas, pour obtenir un résultat plus prompt, il ne serait pas opposé à faire une petite section sur la grande apophyse du calcanéum. Malgré cela, il faut toujours commencer par le Phelps.

M. Nélaton, en règle générale, est opposé aussi aux larges sections osseuses, dans le traitement des pieds bots, qui font perdre un soutien au pied.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ANGIOCHOLITE

M. Michaux communique plusieurs observations d'infections biliaires traitées par la chirurgie.

Dans un premier cas, il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, sans antécédents lithiasiques. Brusquement elle fut prise de coliques hépatiques, avec fièvre, ictère, gros foie. M. Michaux voit la malade huit jours après le début des accidents.

Par l'examen des matières fécales, on trouve du sable biliaire.

La température montant à 48 degrés, on intervient au bout de huit jours. A ce moment, le foie était gros; il y avait du sub-ictère. La tuméfaction portait à la fois sur la vésicule et le foie.

M. Michaux pratique d'abord une cholécystotomie : la vésicule est petite, il sort un peu de pus. A côté de la vésicule il y a un petit abcès dans le tissu du foie. Cet abcès étant vidé, il fait une laparotomie médiane, et tombe sur un kyste hydatique suppuré. Il incise ce kyste, le vide et le draine. Le pus est recueilli et examiné.

Les suites opératoires sont parfaites. La température tombe rapidement.

L'écoulement biliaire par la vésicule est lent à s'établir; il est peu abondant. La fistule biliaire, sur la ligne médiane, est plus abondante, mais pas très durable.

L'écoulement biliaire, peu considérable, dure pendant trois mois.

Depuis cette époque, la malade est complètement guérie. Le pus a été examiné : le pus de la vésicule et de l'abcès à côté de la vésicule contenait du pneumocoque virulent. Le pus du kyste hydatique suppuré était stérile.

En somme, il s'agit d'une infection pneumococcique des voies biliaires, qui a évolué d'une façon bénigne.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme de cinquante ans, ayant depuis deux ans des crises hépatiques. Depuis deux mois, l'ictère est persistant, le foie gros, l'amaigrissement notable. M. Michaux fait une cholécystotomie : le foie est gros; la vésicule est volumineuse, ne contenant pas de calcul; il y a un peu de périhépatite, avec de l'ascite.

Après l'opération, l'ictère disparaît assez rapidement. La fistule biliaire se ferme au bout d'un mois.

Actuellement, le malade va mieux; mais il est encore souffrant, ayant des accidents rhumatismaux; le ventre est encore tuméfié, et il y a encore de l'ascite.

Dans le contenu de la vésicule on a trouvé du coli-bacille et du streptocoque.

Donc, dans ces deux cas, la cholécystotomie a donné de bons résultats. La lithiase biliaire n'est pas toujours facile à mettre en évidence, quoiqu'elle contracte des rapports intimes avec l'infection. Dans ces deux cas, il a été difficile de dépister la lithiase; il a fallu examiner attentivement les matières fécales.

Il est important, avant d'admettre l'origine non lithiasique d'une infection biliaire, d'examiner à fond les matières fécales. La lithiase peut ne jouer qu'un rôle secondaire dans l'infection biliaire. Le plus souvent, elle joue le premier rôle dans les infections biliaires et les phénomènes douloureux. Dans tous ces cas, le traitement médical reste insuffisant. Il faut intervenir, faire une cholécystotomie, vider et désinfecter les voies biliaires.

M. G. Marchant cite une observation d'infection biliaire. Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, qui était en pleine péritonite.

Cette femme était malade depuis quelques semaines déjà; on pensait à une péritonite, soit appendiculaire, soit par perforation. On fait alors la laparotomie médiane sous-ombilicale: l'appendice était sain, de même que le péritoine. On prolonge alors l'incision de la paroi jusqu'à l'épigastre; on trouve l'estomac sain.

Pour examiner la vésicule, M. Marchant fait une incision transversale. La vésicule est entourée d'adhérences nombreuses, très distendue et très amincie. Par la ponction de

la vésicule, il retire 250 grammes de pus contenant du colibacille pur. Le trocart retiré, il met sur l'orifice une pince et draine autour de la vésicule, pour finir l'opération dans un deuxième temps.

Le surlendemain, il ouvre largement la vésicule : il sort de la bile et du pus. Le lendemain de cette deuxième opération il sort un gros calcul.

Mais la fièvre ne tombe pas après l'opération, et la malade succombe au bout de quinze jours.

A l'autopsie on trouve un foie un peu sclérosé, un gros rein blanc, rien dans les autres organes.

Il s'agit donc d'une cholécystite suraiguë ayant pris le masque d'une péritonite. Il faut donc être prévenu de la possibilité de pareils faits.

RAPPORTS

Sur l'électrolyse à l'argent. — M. REYNIER fait un rapport sur un travail de M. Boisseau du Rocher, ayant trait au traitement des affections utérines par l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse.

Ce traitement repose sur ce fait connu des réactions chimiques se produisant au niveau des pôles électriques. On introduit une tige d'argent dans l'utérus ; on fait aboutir à cette tige le pôle positif d'une pile, alors qu'on applique le pôle négatif sur l'abdomen.

M. Boisseau du Rocher conseille les courants faibles. Au niveau de la tige d'argent, grâce au passage du courant électrique, il se produit de l'oxychlorure d'argent. Il ne faut pas dépasser la dose de 1 à 10 milliampères. L'auteur a traité des hémorragies utérines de causes diverses, avec beaucoup de succès. Dans un cas même de métrorragies dues à un fibrome de l'utérus, le traitement de M. Boisseau du Rocher réussit à arrêter l'hémorragie au bout de quelques séances, et la malade a des règles absolument normales.

Dans une autre série de faits, le traitement de M. Boisseau du Rocher a été appliqué pour des infections utérines, et toujours avec succès.

Toutes les observations de M. Boisseau du Rocher sont encourageantes. Ce traitement décongestionne la muqueuse utérine et lutte avantageusement contre l'infection de cette muqueuse. Mais ce n'est qu'au bout de trois à quatre séances que l'hémorragie s'arrête.

L'électrolyse à l'argent ne peut donc remplacer le curetage dans les métrorragies post-abortives ou post-partum où il faut débarrasser rapidement l'utérus de son contenu.

Cas de malformations congénitales. — M. BROCA fait un rapport sur une observation de M. Delanglade ayant trait à un enfant malformé.

Cette malformation consistait en une macrostomie bilatérale, avec malformation du pavillon de l'oreille. Il s'agit d'un arrêt de développement du premier arc branchial. Il existait de plus des fibro-chondromes de l'oreille, il y avait de plus une luxation congénitale de la hanche, diagnostiquée avant la marche. (Ce fait infirme donc la théorie de Verneuil qui faisait de la luxation de la hanche une affection paralytique.)

M. KIRMISSON a fait observer que cette observation est très intéressante.

Il y a quelque temps, un auteur allemand a avancé qu'il y avait un rapport manifeste de cause à effet entre les fibrochondromes du pavillon de l'oreille et le bec-de-lièvre. Le fibro-chondrome serait le reste d'une bride amniotique, bride qui en même temps produit le bec-de-lièvre.

M. Kirmisson n'est pas de ce t avis. Il croit qu'il s'agit là d'une coïncidence et non d'un rapport de cause à effet.

M. PICQUÉ présente une radiographie obtenue dans un cas de pseudarthrose. On fit la réduction de la pseudarthrose et, à travers l'appareil plâtré, on put se rendre compte que la réduction avait été obtenue.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. le docteur Magitot, membre de l'Académie de médecine, ont eu lieu aujourd'hui, en l'église de la Madeleine, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 avril 1897, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Jacques Bertillon, Descourtis, Ph. Hahn et Trouillet.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Beluze, Lelongt et Souligoux.

— La médaille d'honneur des épidémies, en argent, a été décernée à M. le docteur Chabaud, maire de Jaujac, en récompense du dévouement dont il a fait preuve lors des diverses épidémies qui ont sévi dans le département du Gard.

— Un concours s'ouvrira le 13 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École du Val-de-Grâce, pour l'admission des docteurs en médecine et des pharmaciens diplômés de première classe civils, aux emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires.

— Le sujet mis au concours pour le prix de médecine et de chirurgie d'armée à décerner en 1897 est le suivant : « Des suites éloignées des maladies infectieuses dans l'armée. »

— Le banquet offert à M. Richelot, primitivement fixé au 1er mai, est reculé au samedi 8 mai, au restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Élysées. Les adhésions sont reçues, jusqu'au 4 mai inclusivement, à l'adresse suivante : MM. Derocque, Batigne et Barozzi, internes à l'hôpital Saint-Louis.

— M. le docteur Tenneson reprendra ses leçons de dermatologie à l'hôpital Saint-Louis (salle des conférences), le lundi 3 mai 1897 à quatre heures, et les continuera les lundis suivants à la même heure. — Présentation de malades.

— M. Castex, chargé du cours pratique de laryngologie, rhinologie et otologie, reprendra ses leçons le mardi 4 mai 1897, à trois heures (3, rue Jacob), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Sont admis à ce cours tous les étudiants et docteurs en médecine. — On s'inscrit pour les exercices pratiques au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1) tous les jours, de midi à trois heures.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau organisée avec le concours de la Société des voyages économiques (dimanche 2 mai 1897).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 8 h. 35 matin ; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 35 matin. — Départ de Fontainebleau, 9 h. 16 soir ; arrivée à Paris, 10 h. 35 soir.

Prix : 1re classe, **18** fr. ; 2e classe, **16** fr. ; 3e classe, **15** fr.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour ; 2° le transport en voiture, les repas, etc., sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 49. — JEUDI 29 AVRIL 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 29 AVRIL 1897. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Huchard, en montant pour la première fois à la tribune de l'Académie, a eu la bonne fortune d'y soulever une discussion intéressante sur l'œdème aigu et suraigu du poumon. Dans son importante communication, il étudie, dans ses moindres détails, cet accident redoutable, apparaissant avec une brutale soudaineté, aux allures impétueuses, le plus souvent d'une extrême gravité, mais qui, heureusement, quand on le reconnaît à temps et quand on sait le distinguer d'autres états morbides, peut être enrayé par une thérapeutique active et favorable. On trouvera ci-dessous un résumé du travail de M. Huchard. Qu'il nous suffise d'indiquer ici la filiation pathogénique qu'il invoque pour expliquer cet œdème aigu du poumon et pour justifier la thérapeutique qu'il conseille : troubles de l'innervation cardio-pulmonaire par péri-aortite, augmentation considérable de la tension vasculaire dans la petite circulation, insuffisance aiguë ou rapide du ventricule droit. Partant de ces données et arrivant aux indications thérapeutiques, M. Huchard conclut qu'il faut agir sur le ventricule droit. Or la meilleure manière de fortifier le cœur étant de diminuer son travail, une médication d'urgence s'impose ici aussitôt, c'est une large saignée générale de 300 à 400 grammes, avec des saignées locales sur la paroi thoracique et sur la région du foie. Voilà donc un pas de plus vers la réhabilitation de la saignée.

Comme on le voit, c'est à l'aortite que M. Huchard fait jouer le principal rôle dans la pathogénie de cet accident, l'œdème aigu du poumon, qu'il faut donc bien savoir distinguer des autres accidents qui peuvent le simuler et qui réclament une thérapeutique toute différente. La communication de M. Huchard a appelé à la tribune MM. Debove, Brouardel et Dieulafoy. M. Debove a rappelé, avec émotion, la mort d'un maître illustre qui a ainsi succombé, sous ses yeux, en une demi-heure, à un œdème aigu du poumon survenu au cours d'une affection aortique. M. Brouardel s'est placé sur le terrain médico-légal, et il a insisté avec raison sur les dangers qu'il peut y avoir pour le médecin à faire en pareil cas des piqûres de morphine, la mort subite et inattendue qui peut survenir ne manquant pas d'être attribuée à l'injection de morphine. M. Dieulafoy ne croit pas qu'on puisse attribuer ces accidents au cœur, et il pense que tous les malades qui en sont atteints sont des brightiques. Ce n'est pas tout à fait l'avis de M. Huchard, qui, tout en reconnaissant qu'il y a des lésions rénales, estime que tout le système artériel est atteint, l'aorte comme les artères rénales. Il invoque également une origine nerveuse, pneumogastrique surtout, et se résume, à ce point de vue, en disant que dans ce cas c'est le nerf vague qui divague.

A la fin de la séance, M. Gilles de la Tourette, en son nom et au nom de M. Chipault, a fait une communication sur l'élongation de la moelle épinière comme traitement de l'ataxie locomotrice. Nous publions plus loin cette communication.

MM. Linossier et Lannois ont étudié expérimentalement l'absorption par la peau de l'iode et de quelques combinaisons iodées. On trouvera plus loin les conclusions de ce travail.

L'ŒDÈME AIGU DU POUMON

Par le docteur H. HUCHARD,
Membre de l'Académie de médecine.

Laënnec, dès 1819, consacre quelques lignes à un œdème pulmonaire aigu qui peut suivre une péripneumonie grave, à un « œdème idiopathique » du poumon qui emporterait quelquefois, dans une « orthopnée suffocante », les enfants après une rougeole.

Andral a insisté davantage sur ces faits, et en 1837, il a dit qu'à côté de l'œdème chronique ou passif du poumon, il y a lieu de décrire un œdème aigu ou actif. Le même auteur avait distingué deux formes que la clinique doit conserver : une forme aiguë et une forme suraiguë à début brusque avec orthopnée extrême et terminaison presque foudroyante.

Après Andral, il faut citer Legendre qui, en 1846, publie un mémoire sur « l'œdème aigu du tissu cellulaire du poumon à la suite de la scarlatine » ; Devay et Souin de la Savinierre, qui dans leurs thèses inaugurales, rapportent aussi quelques faits semblables dans le cours du mal de Bright.

Il faut arriver ensuite jusqu'en 1879 pour trouver quelques observations éparses, une que M. Huchard a publiée à cette époque et trois faits rapportés en 1881 par de la Harpe (de Genève).

Quatre faits de Lund (de Christiania), deux faits de Bou-

veret (de Lyon) et enfin, huit observations que M. Huchard publia à la Société médicale des hôpitaux sur l'œdème aigu du poumon dans les affections de l'aorte, tel est le bilan des faits connus jusqu'à ce jour.

Jusqu'ici, il n'était pas question des rapports existant entre l'œdéme aigu du poumon et les affections aortiques ou cardiopathies artérielles. On ne trouve cette relation que très vaguement exprimée par Andral.

Le malade, dont M. Huchard a publié naguère l'observation sous le titre « d'angine de poitrine cardiaque et pulmonaire avec paralysie consécutive du pneumogastrique », était atteint d'aortite subaiguë d'origine goutteuse, avec crises angineuses; il a fini par succomber à plusieurs accès de violente dyspnée, coïncidant avec des poussées subites d'œdème pulmonaire caractérisées par des râles crépitants fins, très nombreux, très mobiles, et par une sputation séro-sanguinolente, écumeuse et très abondante.

Tel était le premier exemple d'un œdème aigu du poumon survenant par le fait d'une aortite. D'autres observations sont venues démontrer que c'est là, que c'est surtout dans les rapports qui unissent les affections aortiques et péri-aortiques avec la production de l'œdème pulmonaire aigu, que réside l'intérêt du problème clinique, au double point de vue de la pathogénie et des indications thérapeutiques.

Il en existe trois formes : les deux premières suraiguë ou foudroyante et aiguë avec expectoration caractéristique, la troisième d'emblée broncho-plégique, sans expectoration.

Dans la première forme, réellement foudroyante, le début est presque subit et la terminaison extrêmement rapide, en quelques minutes.

Dans les formes suraiguë et aiguë, beaucoup plus fréquemment observées, on constate les phénomènes suivants :

Tout à coup, ou rapidement, dyspnée intense ou progressive, angoisse respiratoire extrême, qu'il ne faut pas confondre avec l'angoisse cardiaque de la sténocardie ; toux quinteuse, incessante, qui ne laisse aucun repos ; véritable pluie de râles crépitants à bulles très fines et très serrées envahissant sous l'oreille, comme un flot montant, les deux poumons, le plus souvent de la base au sommet; puis, expectoration parfois extrêmement abondante (jusqu'à un ou deux litres en quelques heures), aérée, mousseuse, souvent limpide, de nature albumineuse, absolument comme dans les cas d'œdème du poumon et d'expectoration albumineuse après une thoracentèse trop copieuse. Souvent, l'expectoration est de coloration rosée, d'apparence saumonée, tout a fait caractéristique, ce qui indique l'adjonction d'un élément congestif à la fluxion œdémateuse.

Avec cette abondance de râles, on s'attend à trouver de la matité : il n'en est rien, et on observe un symptôme de percussion paradoxale, en quelque sorte, caractérisé par une certaine augmentation de la sonorité à la percussion de la poitrine. Ce phénomène est dû, ainsi que l'obscurité du murmure vésiculaire, assez souvent constatée dans certains points, à la production d'un emphysème aigu qui accompagne presque toujours et suit parfois l'apparition de l'œdème actif du poumon.

Au milieu de ce violent orage, la température n'est pas élevée, elle est même souvent abaissée.

Enfin, le malade meurt ordinairement au milieu des symptômes asphyxiques les plus intenses. Mais la mort n'est pas la terminaison constante et fatale de l'œdème pulmonaire aigu et même suraigu : le malade peut résister à plusieurs de ces fluxions œdémateuses, souvent récidivantes, à des intervalles variables ; il peut guérir, surtout si une thérapeutique active et prompte est intervenue.

Pendant le cours de cet œdème pulmonaire, il est un fait très important que M. Huchard a presque toujours constaté. On sait que le pouls des malades atteints d'affection aortique ou de cardiopathie artérielle, garde, même au milieu de la dyspnée la plus intense, une certaine force, une résistance au doigt assez grande, très appréciable au sphygmomanomètre, et qui indique l'existence de l'hypertension artérielle. Or, tout d'un coup, parfois dès le début, le plus souvent dans le cours ou à la fin de la crise, on constate une chute considérable de la tension artérielle, ce qui rend compte de l'asystolie aiguë survenant parfois assez brusquement et de la rapidité avec laquelle se montre l'œdème des membres inférieurs.

Cette constatation clinique permet ainsi d'assigner deux périodes à la marche de l'œdème pulmonaire aigu : la première, caractérisée par la dyspnée, une expectoration très abondante et le maintien de l'hypertension artérielle; la seconde, caractérisée, au contraire, par l'asystolie aiguë, une expectoration rare — devenue même impossible en raison de l'état broncho-plégique — et surtout par l'abaissement considérable de la tension artérielle contrastant avec l'hypertension pulmonaire. C'est là ce qui explique pourquoi certains malades arrivent brusquement et d'emblée à la seconde période sans passer par la première ; c'est ce qui explique pourquoi il existe des cas promptement mortels d'œdèmes aigus du poumon presque latents, au moins au point de vue de l'absence complète d'expectoration. Car ce serait une erreur de croire que celle-ci est un phénomène nécessaire et pour ainsi dire pathognomonique de la fluxion œdémateuse.

M. Huchard cite ici plusieurs exemples.

La pathogénie de cet accident, d'abord connu et étudié en France, a été l'objet de diverses théories à l'étranger : hyperhémie artérielle intense pour Niemeyer, paralysie subite ou rapide du ventricule gauche d'après Welch (de New-York) et Cohnheim, rupture de l'équilibre entre la force des deux ventricules d'après Frœntzel, sorte de spasme du ventricule gauche pour Grossmann. Quant à Bouveret, il pense que cette énorme fluxion œdémateuse des deux poumons, qui débute et cesse brusquement, « procède d'un trouble de l'innervation vaso-motrice dans le domaine de l'artère pulmonaire. » Sans doute ; mais pourquoi ce même trouble de l'innervation dans des maladies différentes ? C'est ce qu'on ne dit pas, et c'est ce qu'on n'explique point.

Or, dans l'insuffisance aortique artérielle, dans l'angine coronarienne, dans la néphrite interstitielle artérielle, dans cette forme de rétrécissement mitral des artério-scléreux, il y a toujours, entre ces diverses maladies et l'œdème pulmonaire aigu, un intermédiaire obligé : c'est l'aortite, c'est surtout la péri-aortite, avec son retentissement inflammatoire ou réflexe sur les plexus nerveux cardio-pulmonaires. Ce fait est confirmé par les recherches de Ranvier, qui a si bien démontré le rôle des troubles nerveux et vaso-moteurs dans la production des œdèmes.

Ce n'est pas tout. L'œdème aigu du poumon est souvent précédé par l'abaissement considérable de la tension aortique et par l'énorme et subite augmentation de la tension pulmonaire. Contre celle-ci, le ventricule droit lutte et s'hypertrophie et, tant qu'il peut lutter, l'inondation œdémateuse du poumon est prévenue ; mais sa force vient-elle à faiblir subitement, pour une cause ou pour une autre,

alors l'œdème aigu du poumon survient très rapidement. De sorte que ce n'est pas l'insuffisance du ventricule gauche qu'il faut incriminer, mais celle du ventricule droit.

Il s'agit d'un affaiblissement considérable et subit du ventricule droit et pas de celui du ventricule gauche, ce qui aboutirait à l'asystolie. Et ce n'est pas le tableau de l'asystolie que nous avons sous les yeux.

Ce qui prouve que l'hypertension pulmonaire joue également un rôle important, c'est ce qui arrive à la suite des thoracentèses où l'écoulement du liquide a été trop rapide et sa soustraction trop abondante. L'expectoration albumineuse qui survient alors doit être attribuée à l'activité qui se produit tout à coup dans la circulation pulmonaire et surtout à l'afflux considérable du sang, qui fait que sa partie la plus liquide transsude à travers les membranes pour faire pleuvoir, à la surface de la muqueuse bronchique, des quantités quelquefois très considérables de sérosité (Pinault, 1859). Après certaines thoracentèses il se produit donc une véritable poussée séreuse et sanguine du poumon et je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, dans beaucoup d'observations de la thèse de Terrillon, où cette complication est notée, il y avait des lésions cardio-aortiques importantes. Celles-ci ont certainement dû favoriser la production de la congestion œdémateuse du poumon avec expectoration albumineuse après la thoracentèse, et cela agissant sur les nerfs pneumogastriques dont la section expérimentale donne lieu à la congestion et à l'œdème pulmonaire.

Ce qui prouve encore le rôle du système nerveux, c'est le fait suivant dont M. Jaccoud a donné la relation en 1884 dans ses leçons cliniques de la Pitié. Dans la convalescence d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire, un jeune homme de vingt-sept ans est atteint brutalement, comme il suit : il s'affaisse, frappé d'une pâleur soudaine, avec dyspnée extrêmement intense, abaissement considérable de la température, cyanose livide succédant à la pâleur, et il succombe en un quart d'heure. A l'autopsie, on trouve une congestion énorme, « colossale, » des poumons, comme on n'en voit jamais, et M. Jaccoud la rapporte très judicieusement à un réflexe d'origine intestinale, dont l'irradiation s'est faite sur les nerfs vaso-moteurs au lieu de se porter sur le bulbe pour produire la mort par syncope, d'après la pathogénie invoquée par Dieulafoy. M. Potain a cité quelques faits semblables, et M. Jaccoud dit qu'il s'agit d'un véritable coup de sang pulmonaire. N'est-ce pas le même mécanisme qui doit agir pour produire l'œdème aigu du poumon ?

Ce qui démontre encore cette influence nerveuse sur la production de l'œdème aigu du poumon, c'est l'existence fréquente de la péri-aortite ou d'une péricardite de la base dans ce cas.

M. Huchard cite ici plusieurs observations suivies d'autopsie.

Il n'en finirait pas s'il voulait rapporter tous les faits observés et même ceux dans lesquels la péricardite a été constatée. Il a voulu seulement prouver que l'altération rénale n'est pas suffisante pour expliquer la production si rapide de cet œdème aigu. Car s'il en était ainsi, si l'urémie était capable d'en rendre compte, on ne comprendrait pas pourquoi cet accident ne surviendrait pas dans tous les cas.

Outre l'élément *mécanique* (hypertension pulmonaire et insuffisance subite du ventricule droit), et l'élément *nerveux* favorisé souvent par la péri-aortite et par la péricardite de la base, il y a encore l'élément *toxique* qui, certainement, joue un rôle en portant son action sur les nerfs et en mettant le système musculaire « en instance d'œdèmes », comme le dit si judicieusement M. Renaut (de Lyon), et cet élément toxique n'est peut-être pas autre chose qu'une substance vaso-dilatatrice trouvée par M. Bouchard dans les urines de certains urémiques.

Cette pathogénie très complexe va servir pour les indications thérapeutiques.

Les indications thérapeutiques s'inspirent des trois faits suivants que l'étude pathogénique a enseignés :

1° Énorme hypertension pulmonaire, affaiblissement subit ou rapide de l'organe compensateur, du ventricule droit, vaincu par cette hypertension (élément *mécanique*) ;

2° Troubles de l'innervation cardio-pulmonaire (élément *nerveux*) ;

3° Imperméabilité rénale très fréquente, avec intoxication consécutive de l'organisme (élément *toxique*) ;

a. Que pouvons-nous directement sur le ventricule droit ? Rien ou presque rien, et la digitale n'aurait pas le temps d'agir dans une affection qui procède si brusquement. Or, la meilleure manière de fortifier le cœur, c'est d'abord de diminuer son travail. Pour remplir cette dernière indication, une médication d'urgence s'impose aussitôt : une large saignée générale de 300 à 400 grammes, avec des saignées locales, ventouses scarifiées sur la paroi thoracique et sur la région du foie, avec applications répétées de ventouses sèches dont on couvre le thorax, le tronc et les membres.

Pour combattre le collapsus cardiaque, les injections de caféine et surtout celles d'huile camphrée qui remplacent si avantageusement celles d'éther.

b. Pour combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire et surtout l'état parétique des bronches et du diaphragme qui apparaît le plus souvent à la seconde phase de la crise œdémateuse et qui est l'une des causes les plus puissantes de la terminaison fatale, on peut avoir recours aux préparations de strychnine, surtout en injections hypodermiques, car il faut agir résolument et rapidement, et l'une des conditions principales du succès de la thérapeutique est de savoir surpasser le mal en vitesse.

c. En Allemagne on a une tendance à employer l'atropine en s'appuyant sur les expériencees de Grossmann, qui ont établi une sorte d'antagonisme entre cette substance et la muscarine. Ne fondons pas trop d'espérances sur ces apparents antagonismes thérapeutiques et si, par exemple, la morphine et l'atropine ont une action très différente sur la pupille, n'oublions pas que toutes deux se rencontrent dans la production de quelques accidents identiques et qu'elles ont une action presque semblable sur l'excrétion urinaire qu'elles diminuent. Donc, l'atropine est contre-indiquée dans le traitement de l'œdème aigu du poumon et il en est de même de la morphine, *inutile* parce qu'elle ne peut rien contre l'état cardioplégique et contre l'œdème pulmonaire, *dangereuse* parce qu'elle contribue à accentuer les phénomènes de parésie broncho-pulmonaire et qu'elle entrave la diurèse. Or, le maintien de la diurèse par le régime lacté exclusif, par la théobromine à la dose de 1 gr. 50 à 3 grammes par jour, est une indication thérapeutique des plus importantes contre une complication redoutable provoquée souvent par l'intoxication de l'organisme. C'est pour cela que les vésicatoires sont absolument contre-indiqués, parce qu'ils pourraient contribuer, pour leur part, à augmenter l'insuffisance rénale.

L'œdème aigu du poumon survient, le plus souvent, chez

des artério-scléreux aortiques, des cardio-artériels, c'est-à-dire chez des malades auxquels on prescrit — parfois avec abus, il faut bien le dire — la médication iodurée. Or, celle-ci est capable, à elle seule, de déterminer des œdèmes. Ici, la médication devenait la complice de la maladie.

Tels sont les faits. Il s'agit d'une complication redoutable que l'on peut prévoir et prévenir dans certains cas, d'un accident intéressant par sa soudaineté, par les erreurs de diagnostic qu'il fait commettre puisqu'on le confond trop souvent avec une syncope, avec l'asphyxie blanche, avec un accès de sténocardie, avec un simple accès d'asthme, avec la dyspnée toxi-alimentaire, avec la dyspnée urémique *sine materiâ*, avec la congestion pulmonaire ou même encore avec une attaque d'asystolie aiguë. Erreurs graves, puisque, si l'on croit à un accès angineux, à une crise asthmatique, l'idée ne viendra pas de pratiquer immédiatement une saignée générale et copieuse, capable de sauver un malade d'une mort presque certaine.

Il n'y a pas de syncope, puisque le cœur continue à battre et qu'il bat même follement. Il n'y a pas d'angine de poitrine puisque le malade est surtout dyspnéique, et l'angine de poitrine est plutôt un accident d'endo-aortite, tandis que l'œdème aigu du poumon est souvent la conséquence de la péri-aortite. La sténocardie n'est pas non plus une « dyspnée douloureuse », car la sténocardie à forme asphyxiante admise par quelques auteurs n'existe pas, ou, si elle existe, c'est parce que les aortiques peuvent avoir à la fois de l'angine de poitrine par coronarite, de la dyspnée toxi-alimentaire par insuffisance rénale, des poussées œdémateuses aiguës du poumon par péri-aortite. Il n'y a pas de congestion pulmonaire, à moins que l'élément congestif soit surajouté à la poussée œdémateuse. La dyspnée simplement urémique n'évolue pas avec cette soudaineté, et l'asystolie aiguë, quand elle survient, n'est qu'un phénomène secondaire.

Si j'insiste encore sur ce diagnostic, c'est parce que la thérapeutique lui est entièrement subordonnée; c'est parce qu'il y a souvent des aortites et des néphrites latentes qui peuvent entrer brutalement en scène par un œdème aigu du poumon; c'est parce que chez un goutteux, par exemple, on peut avoir une tendance à attribuer cet accident à la goutte seule, à une sorte de manifestation métastatique et que la thérapeutique peut suivre ainsi une fausse voie. Or, souvent, chez les goutteux présentant brusquement ces phénomènes jusqu'alors inexpliqués ou mal expliqués de poussées congestives ou œdémateuses, cherchez et vous trouverez une aortite. L'issue favorable dépend souvent de la promptitude de l'action thérapeutique. L'inondation œdémateuse, dans la forme suraiguë, détruit tout sur son passage, les cloisons alvéolaires se rompent, quelques lambeaux de l'endothélium se détachent et les capillaires sont comprimés d'une façon presque complète. C'est là une double dyspnée par défaut d'air et par défaut de sang, et le danger est de tous les instants parce que l'œdème aigu équivaut par ses conséquences à la suppression de l'alvéole pulmonaire. Eh bien, dans ces cas si graves, en apparence comme en réalité, une décision prompte, énergique, urgente, s'impose : il faut ouvrir aussitôt largement la veine, sans crainte de la syncope et malgré l'aspect blafard du malade; car ce n'est pas la syncope qui le menace, c'est l'asphyxie, comme dans les accidents gravido-cardiaques.

Voilà donc un pas de plus vers la réhabilitation de la saignée.

L'ÉLONGATION VRAIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

ET SON APPLICATION AU TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE
RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET THÉRAPEUTIQUES

Par les docteurs GILLES DE LA TOURETTE et A. CHIPAULT.

Au cours de recherches sur l'anatomie topographique du rachis et de la moelle épinière, nous avons été frappés de ce que l'on pouvait, à l'aide de certaines manœuvres bien définies, faire subir à la moelle une élongation manifeste, et nous avons cru devoir transporter cette donnée dans le domaine thérapeutique : ce sont nos investigations à ce sujet, poursuivies depuis bientôt quatre ans, que nous désirons soumettre à l'Académie.

I

DONNÉES D'ANATOMIE EXPÉRIMENTALE. — *La suspension, remarquons-le tout d'abord, ne produit pas d'allongement appréciable de la moelle:* si l'on suspend un cadavre non autopsié à l'aide d'un appareil de Sayre dépourvu de soutiens axillaires, on constate, le canal vertébral ayant été préalablement ouvert sur toute sa longueur, qu'il ne se produit aucune modification appréciable de son contenu; cette manœuvre augmentant la longueur du rachis de près de 1 centimètre, il est toutefois probable qu'elle exerce une action réelle sur la moelle et sur les paires radiculaires : mais c'est une action minime, évidemment moindre encore lorsque la suspension est faite sur un sujet vivant, chez lequel les muscles périvertébraux augmentent la résistance qu'oppose le rachis au poids des membres inférieurs, seul facteur possible de son allongement dans le cas particulier.

Au contraire, la flexion du rachis produit un allongement vrai, mesurable avec un centimètre souple ordinaire, de la moelle épinière et des racines.

Nos premières expériences, exécutées sur des rachis vidés de leur contenu, nous avaient montré que la flexion du rachis faisait subir à la paroi antérieure de son canal un allongement considérable, portant principalement sur les vertèbres dorso-lombaires. Cet allongement, sur les sujets où nous l'avions mesuré, avait été considérable : 3 cent. 1, 3 cent. 5 et 4 cent. 3, soit près du vingtième de la longueur totale de la colonne vertébrale au repos qui était respectivement de 52 centimètres, 60 cent. 3 et 72 cent. 8. Chez notre premier sujet, sur 3 cent. 1 d'allongement, 8 millimètres étaient revenus aux vertèbres cervicales, 4 aux 10 premières dorsales, 12 aux 5 vertèbres suivantes, 7 aux 4 dernières; chez notre second sujet, sur 3 cent. 5 l'allongement avait été respectivement de 6, 6, 14 et 15 millimètres ; chez notre troisième sujet sur 4 cent. 3 de 10, 6, 15 et 12 millimètres.

Nous devions dès lors nous demander comment s'accommodait à de telles modifications le contenu du canal, relié à sa paroi antérieure par de multiples attaches.

Un essai fut fait tout d'abord sur un cadavre dont le canal rachidien renfermait intact le fourreau dural, mis à nu sur toute son étendue; pendant la flexion, celui-ci se tendit, s'aplatit, se rida longitudinalement et s'allongea de 1 cent. 7, passant de 51 cent. 1 à 52 cent. 8, au niveau de sa face postérieure, seule mesurable.

Malgré l'importance de cette constatation, il nous sembla préférable de faire porter ultérieurement nos mensurations, non plus sur le fourreau dural, mais sur les organes nerveux eux-mêmes; ce que nous fîmes, alors, sur trois sujets

et, depuis, sur deux autres; soit, en totalité, cinq expériences, qui nous ont donné les résultats suivants :

a. La flexion du rachis produit un allongement constant de l'ensemble des organes nerveux intraduraux : il a été sur nos 5 cadavres, respectivement de 1 cent. 3, 1 cent. 2, 1 cent. 6, 2 centimètres et 1 cent. 1.

b. Cet allongement total se partage entre la moelle et la queue de cheval. La part qui revient à la moelle ne varie que fort peu d'un sujet à l'autre. Au contraire, la part attribuable à la queue de cheval diffère très notablement : c'est à elle que sont dues presque exclusivement les variations individuelles.

En effet, nous avons obtenu les résultats suivants :

	Allongement total.	Moelle.	Queue de cheval.
1re exp.	1 cent. 3	7 mill.	6 mill.
2e —	1 — 2	7 —	5 —
3e —	1 — 6	9 —	7 —
4e —	2 —	9 —	1 cent. 1.
5e —	1 — 1	7 —	4 mill.

Notons à propos de ces chiffres que la différence entre l'allongement de la moelle et l'allongement des corps vertébraux correspondants, explique l'ascension de l'extrémité terminale de la première le long de cette face, pendant la flexion du rachis : ascension bien réelle, connue depuis longtemps, et dont les conséquences chirurgicales ne sont pas sans intérêt; nous tenions à faire constater que son existence ne contredit en rien la notion de l'allongement vrai de la moelle pendant le même mouvement.

c. Il résulte encore de nos mensurations que l'allongement proprement dit de la moelle ne porte pas avec une égale intensité sur les divers segments de cet organe. Dans le sens longitudinal, il se localise au-dessous de la deuxième paire radiculaire dorsale, avec maximum à la hauteur des premières paires lombaires : nous renonçons à donner à ce sujet nos mesures millimétriques qui, par suite de la variabilité, suivant les régions, de l'intervalle entre deux paires radiculaires consécutives, ne pourraient offrir de ce résultat très net qu'une idée tout à fait inexacte. Dans le sens antéro-postérieur, il porte nécessairement davantage sur les parties postérieures de la moelle que sur ses parties antérieures, puisque l'axe de flexion du rachis passe en avant de cet organe : cette différence d'action est évidente; nous n'avons pas réussi à la mesurer d'une manière précise.

Telles ont été nos expériences; disons, en terminant leur description, que toutes furent exécutées, le cadavre étant assis sur la table d'amphithéâtre, les membres inférieurs étendus et fixés à plat sur cette table, les pieds se joignant et se touchant par leur bord interne.

En somme, tandis que la suspension du rachis ne produit qu'une élongation insignifiante de la moelle, sa flexion, sur un sujet assis les jambes étendues, produit une élongation de cet organe de près de 1 centimètre, portant presque toute son action sur ses parties postérieures, au niveau des premières paires lombaires.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 avril 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

COMMUNICATION

L'œdème aigu du poumon. — M. HUCHARD fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 489.)

DISCUSSION

M. DEBOVE croit qu'il faut distinguer l'œdème aigu du poumon envisagé d'une façon générale de l'œdème aigu du poumon d'origine aortique. Par exemple, l'œdème pulmonaire qui se produit à la suite d'une thoracentèse, quand on vide la plèvre trop brusquement, n'a rien à voir avec l'œdème aigu du poumon d'origine aortique. M. Debove rappelle un cas dans lequel la mort est survenue en sa présence. Il s'agit d'un maître illustre qui était atteint d'une lésion aortique et qui, depuis quelque temps, avait eu des crises de dyspnée se terminant par l'expectoration d'une petite quantité de liquide albumineux. Il fut pris, une nuit, d'une crise aiguë. M. Debove, qui se trouvait dans le voisinage, fut appelé et le trouva assis sur son lit, présentant une dyspnée excessive et rendant par la bouche un liquide spumeux, albumineux. A l'auscultation, il trouva dans le poumon un bouillonnement de râles de toutes dimensions. La dyspnée augmenta rapidement et en une demi-heure la mort survint. Chez ce malade, il n'y avait jamais eu antérieurement de crises d'angine de poitrine. Il en a été de même dans plusieurs autres cas observés par M. Debove. Il ne faut donc pas confondre l'œdème pulmonaire avec l'angine de poitrine. Ce sont deux modalités cliniques distinctes.

M. BROUARDEL insiste sur le côté médico-légal de la question. Il cite, par exemple, plusieurs faits de ce genre qu'il a observés : un malade, la nuit, est pris d'étouffements. On appelle le médecin de nuit qui fait une piqûre de morphine. Le malade n'étant pas soulagé, on fait une seconde piqûre. Le calme est obtenu, mais le malade meurt. La famille incrimine alors le médecin et attribue la mort aux piqûres de morphine. De là une enquête et une autopsie légale. Or, à ces autopsies, M. Brouardel a toujours trouvé de l'aortite, les reins plus ou moins sclérosés, un œdème pulmonaire considérable. Il ne faut donc pas considérer les accès de dyspnée survenant le soir comme justiciables de la morphine. Celle-ci peut être dangereuse dans les cas d'œdème aigu du poumon. Le plus souvent, il y a eu antérieurement de petits accès survenant brusquement et qui ont pu donner l'éveil avant le grand accès final.

M. HUCHARD voulait précisément appeler l'attention sur le point qu'indique M. Debove. Il n'y a aucun rapport entre l'angine de poitrine et l'œdème aigu du poumon. Dans le premier cas, il s'agit d'un syndrome se terminant par la mort subite du fait de la syncope; à l'autopsie, il n'y a pas d'œdème du poumon. Dans le second, au contraire, il y a toujours lésions de l'aorte, lésions de tout le système artériel, altérations du rein. Le malade meurt asphyxié.

Il y a d'ailleurs toujours des prodromes, des crises dyspnéiques subites plus ou moins graves avec râles fins dans le poumon, expectoration albumineuse. Ces œdèmes aigus, partiels, sont des avertissements, il faut savoir les reconnaître et faire la médication appropriée.

M. DIEULAFOY rappelle la thèse d'un jeune médecin sur ces rapports de l'œdème aigu du poumon et de l'aortite. Il a appris là de M. Brouardel que souvent il observe à la Morgue le cas suivant :

Un individu meurt sur la voie publique en peu de temps et à l'autopsie on trouve des lésions du rein souvent avec œdème pulmonaire. Il y a aussi des congestions pulmonaires sans œdème pulmonaire. Or, dans la plupart de ces cas, il y a des stigmates de brightisme.

D'ailleurs les accidents d'œdème pulmonaire aigu surviennent quelquefois avec une excessive rapidité. Un jour pendant que M. Dieulafoy examinait un malade à Necker, sous son oreille, il entendit les râles fins monter de la base vers le haut des poumons. Le malade se mit à asphyxier, une saignée faite en hâte le ramena à la vie.

Dans certains cas, les plus fréquents, les malades atteints d'œdème pulmonaire aigu sont des brightiques plus ou

moins latents. Quelquefois l'œdème pulmonaire est le premier grand accident qui, sans la saignée, tue le malade en peu de temps. M. Dieulafoy ne croit donc pas que l'on puisse attribuer ces accidents au cœur, ils sont sous la dépendance des lésions rénales.

M. HUCHARD reconnaît que, certes, le *primum movens* est l'altération rénale. Mais il faut autre chose, cette autre chose c'est la lésion aortique. Il faut la coexistence de ces deux altérations pour que l'œdème pulmonaire aigu puisse se produire.

M. DEBOVE ne croit pas, comme M. Dieulafoy, que l'œdème pulmonaire aigu soit toujours d'origine brightique. Voici, par exemple, l'œdème aigu de la thoracentèse qui n'a rien à faire avec le mal de Bright. D'autre part, il y a également des œdèmes pulmonaires chez des cardiaques purs. Et puis même chez les vieux brightiques le cœur est toujours malade. On peut donc l'incriminer dans la pathogénie de l'œdème pulmonaire aigu, c'est à lui qu'il faut donner le principal rôle.

M. BROUARDEL a toujours constaté, chez les sujets morts subitement d'œdème aigu du poumon, l'existence de lésions rénales et de lésions cardiaques. Mais il a vu celles-ci manquer parfois. Le plus souvent à la Morgue il a vu ces accidents se présenter pendant l'hiver, souvent à la suite d'excès alcooliques et, chez ces sujets, il y a des lésions rénales constantes. Le froid intervient chez ces sujets prédisposés comme facteur important.

Pendant le siège il a vu au moins quinze fois des jeunes soldats atteints de rougeole présenter de la laryngite, puis après avoir été exposés au froid, être pris subitement la nuit d'une dypsnée excessive avec expectoration albumineuse et succomber en peu de temps.

D'ailleurs, l'œdème pulmonaire peut se rencontrer dans nombre de maladies différentes, dans les inflammations des bronches et du larynx, dans les lésions rénales, les lésions associées rénales et cardiaques.

M. HUCHARD repond à M. Dieulafoy qu'il n'a jamais observé cet œdème suraigu dans le gros rein blanc. Au contraire, on le rencontre dans le rein artério-scléreux. C'est que dans ces cas, comme M. Lancereaux l'a démontré il y a bien des années, tout le système artériel est atteint. L'aorte est donc atteinte comme toutes les artères.

On ne ne peut mettre tous les œdèmes du poumon dans le même sac. Il y a des œdèmes pulmonaires même dans l'hystérie. En tout cas, on peut légitimement incriminer une origine nerveuse, pneumogastrique surtout.

L'élongation vraie de la moelle épinière et son application au traitement de l'ataxie locomotrice; recherches expérimentales et thérapeutiques. — M. GILLES DE LA TOURETTE, en son nom et au nom de M. A. Chipault, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 492.)

Sur l'absorption cutanée de l'iode, de l'iodoforme et de l'iodure d'éthyle. — M. LINOSSIER, en son nom et au nom de M. Lannois, fait une communication sur ce sujet. En voici les conclusions :

L'iode appliqué en badigeonnages est absorbé par la surface cutanée. Cette absorption, minime quand la partie badigeonnée est laissée à l'air libre, devient beaucoup plus active (de sept à douze fois dans des expériences comparatives sur le même sujet) quand elle est hermétiquement enveloppée. Dans ce cas, la quantité d'iode éliminée par l'urine a pu atteindre 98 milligrammes, soit près du tiers de la quantité déposée sur la peau. L'absorption pulmonaire des vapeurs diffusées est négligeable.

L'altération superficielle de l'épiderme produite par la teinture d'iode semble plutôt agir comme un obstacle à l'absorption qu'en être la cause favorisante; le maximum d'absorption a lieu, en effet, au début de l'application, avant que l'altération cutanée soit sensible. MM. Linossier et Lannois se sont d'ailleurs assurés, par une expérience directe, que la perméabilité de l'épiderme vis-à-vis du salicylate de méthyle est plutôt diminuée qu'augmentée à la suite d'une application de teinture d'iode. Il n'en serait pas de même si l'altération était poussée jusqu'à la destruction de la couche cornée, et à la mise à nu du corps de Malpighi.

Même dans les conditions les plus favorables, l'absorption de l'iode par la peau est trop irrégulière pour qu'on puisse utiliser les badigeonnages de teinture d'iode en vue d'une médication indurée générale. D'autres combinaisons iodées peuvent être absorbées en plus notables proportions : après application de 4 grammes d'ioforme sur le mollet, MM. Linossier et Lannois ont retrouvé dans l'urine 130 milligrammes d'iode; après application de 9 à 10 grammes d'iodure d'éthyle (toutes précautions prises pour éviter l'absorption pulmonaire) 820 milligrammes, correspondant à 1 gramme d'iodure d'éthyle. Ce dernier corps pourrait donc être utilisé, le cas échéant, sous forme d'applications épidermiques en vue d'une médication générale iodurée.

PRÉSENTATION

Rayons de Rœntgen. — M. BERGER présente, de la part de M. Malapert (de Poitiers), une photographie obtenue par les rayons de Röntgen, et qui a permis l'extraction d'un corps étranger. Il s'agit d'un enfant de deux ans et demi qui avait avalé une épingle de laiton, et depuis ce moment avait la tête fléchie d'une façon permanente. La photographie permit de voir, au travers de la branche montante du maxillaire, l'épingle fixée au-dessus de l'os hyoïde dans la partie moyenne du pharynx; elle fut aisément extraite.

L'enfant avait été chloroformé avant d'être soumis à l'action des rayons de Röntgen, qui n'ont aucunement modifié l'action chloroformique, ainsi, du reste, que l'a personnellement constaté M. Berger en d'autres circonstances.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 26 avril : MM. Gastou et Triboulet, 19; Parmentier, 18.

— Le jury du concours d'accoucheurs des hôpitaux de Paris est provisoirement constitué de MM. Auvard, Bar, Championnière, Hérard, Marchand, Maygrier et Ricard.

Les candidats inscrits sont : MM. Basset, Baudron, Bernheim, Bouffe de Saint-Blaise, Chavanne, Demelin, Dubrisay, Schwab et Wallich.

— Par décret, en date du 24 avril 1897, M. le docteur Tabuet, médecin de deuxième classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 avril 1897, un concours s'ouvrira, le 24 janvier 1898, devant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Labéda, professeur de médecine opératoire, est nommé doyen pour trois ans, à dater du 16 mai 1897.

— M. Péan reprendra ses leçons et ses opérations chirurgicales le samedi 1er mai, à neuf heures et demie, à l'hôpital International, et les continuera les lundis, mercredis et samedis suivants.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Rôle et signification de la fièvre dans les maladies infectieuses d'après les travaux récents.

Par le docteur L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

I

Le 30 décembre 1820, une thèse, remarquable par son étendue et par l'érudition dont son auteur y faisait preuve, fut soutenue à Montpellier sous ce titre : *Recherches pour servir à l'histoire critique et apologétique de la fièvre* (1). En dépit de l'usage fort répandu à l'époque et qu'on paraît vouloir respecter encore de nos jours, cette thèse n'était point encombrée d'innombrables dédicaces pompeuses; mais, sans étaler au frontispice de son travail des phrases ronflantes et banales, l'auteur avait su exprimer son esprit enthousiaste et son affection filiale dans une dédicace d'une touchante naïveté : il dédiait sa thèse tout simplement à... la fièvre, laquelle, d'après lui, avait guéri son père d'une maladie grave.

FEBRI.
FILIUS. GRATUS.
PRO.
PATRE. OLIM. MALE. AFFECTO.
ET.
PER. EJUS. BENEFICIUM.
SANATO.

Accueillie avec faveur à Montpellier, l'idée maîtresse de ce travail provoqua ailleurs des sarcasmes d'autant plus hostiles que l'enthousiasme juvénile de l'auteur était, à la vérité, par trop exubérant : à l'exemple des anciens, il ne proposait rien moins que de diviniser la fièvre et, plein de conviction ardente, il s'écriait (p. 92, note) : « Ne dois-je pas moi-même des autels à la fièvre, si je lui suis redevable de la conservation du plus chéri des pères, tourmenté depuis longtemps d'une cruelle maladie, dont il a été délivré par les bienfaits de cette réaction salutaire? » Dans les journaux du temps, on s'égaya beaucoup à ce sujet, nous

(1) Fages. *Recherches pour servir à l'histoire critique et apologétique de la fièvre*, Th. de Montpellier, 1820.

dit Jaumes (1) : « Un autel ne suffisait pas, il fallait à la fièvre un temple construit avec les ossements de ses innombrables victimes, et les marais Pontins, de lugubre mémoire, furent proposés comme un emplacement convenable. »

Non, il ne fallait plus essayer de ressusciter ce vieux dogme de l'utilité de la fièvre; il avait vécu...

L'édifice séculaire de la médecine hippocratique venait de s'écrouler. Avec cet exclusivisme autoritaire qui est le propre des grands réformateurs, Broussais (2) venait de proclamer que les maladies générales n'existaient pas. La fièvre se trouvait réduite à un simple effet d'irritation locale, à un acte réflexe dont il n'y avait guère lieu de tenir compte.

Elle était bien déchue, l'ancienne divinité « bienfaisante » et adorée, et, désormais, allait commencer pour elle une longue et obscure période de décadence...

Sur les ruines du système de Broussais, va s'élever une nouvelle école, l'école organicienne. Absorbée par l'exploitation de « cette riche et féconde mine du domaine de l'anatomie pathologique » (Bouillaud), cette école fera table rase de toutes les anciennes spéculations philosophiques sur la nature de la maladie, et, fière de ses découvertes, elle proclamera que la *lésion* est toute la maladie. Et si cette école ne cherchera pas à rattacher, à l'exemple de Broussais, toutes les fièvres essentielles à la gastro-entérite, si les successeurs de Broussais n'iront point jusqu'à nier l'existence même de la fièvre qui, aux yeux du célèbre professeur du Val-de-Grâce, n'était plus, considérée en soi, « qu'un enfant miraculeux de l'imagination des médecins, » ils n'en identifieront pas moins la fièvre avec l'inflammation.

Toutes ces conceptions nouvelles devaient produire une impression si profonde et si durable, la tradition organicienne devait exercer une telle influence sur les esprits, que ceux-là mêmes qui, comme Andral, appelaient l'attention des médecins « beaucoup moins sur les opinions changeantes que sur les faits », montraient encore, malgré toute l'évidence des faits observés, bien des hésitations.

C'est ainsi qu'Andral (3) lui-même, qui, dans la première édition de sa *Clinique médicale* (1823), avait consacré un livre spécial à l'étude des fièvres, se résignait plus tard à supprimer la classe des fièvres dans la seconde édition du même ouvrage (1829-1833) et à ranger les observations qui s'y rattachaient, « les unes parmi les observations relatives aux maladies des centres nerveux, et les autres parmi celles relatives aux maladies de l'abdomen. »

(1) F.-A. Jaumes. *Traité de pathologie et de thérapeutique générales*, Paris 1869.
(2) Broussais. *Examen des doctrines généralement adoptées*, Paris 1816; 2e édit., 1829-1834.
(3) Andral. *Clinique médicale*, 5 vol., 2e édit., Paris 1829-1833.

Mais Andral avait beau renoncer à faire une catégorie à part des fièvres et éparpiller les observations qui s'y rattachaient, l'importance primordiale des troubles généraux dans les maladies fébriles le mieux localisées ne pouvait guère échapper à cet esprit éminemment observateur : il ne devait point tarder à affirmer de nouveau la distinction à établir entre les pyrexies et les phlegmasies. Cette distinction, nous la retrouvons, en effet, dans son *Essai d'hématologie pathologique* (1), paru en 1843, et dans lequel deux articles distincts sont consacrés, l'un au sang dans les pyrexies, l'autre au sang dans les phlegmasies.

Et pendant que la clinique allait ainsi ressaisir et préciser les notions entrevues par le génie des anciens, l'anatomie pathologique, qui avait semblé un moment devoir renverser d'une façon définitive les fièvres, arrivait à distinguer, avec toute certitude, une maladie générale, une fièvre, caractérisée anatomiquement par la lésion des plaques de Peyer.

Ainsi, si la doctrine devait rester sans lendemain, si la grande œuvre réformatrice de cette époque mémorable devait avorter, les découvertes nombreuses et importantes dues aux yeux clairvoyants d'Andral, de Louis (2), de Bouillaud, de toute cette brillante pléiade de grands médecins qui jeta un si vif éclat sur la clinique française — ces découvertes nombreuses et importantes, disons-nous, étaient appelées à « rendre à la vérité ancienne une base plus solide et plus large ».

Mais il appartenait surtout à une école de cliniciens modernes de restituer à la notion de fièvre son antique importance et de se livrer à l'étude approfondie de cette chaleur fébrile que l'on avait, à tous les âges de la médecine, considérée comme l'un des symptômes pathognomoniques de la fièvre. Car si déjà depuis Sanctorius, Bœrhaave, de Haen, on avait essayé de mesurer, à l'aide du thermomètre, les oscillations de la chaleur fébrile, la véritable thermométrie clinique, la thermométrie méthodique, celle qui s'applique à étudier les maladies fébriles dans toutes leurs périodes, se développa avec les travaux de Bœrensprung, de Traube, de Wunderlich et de leurs élèves et successeurs.

Mais tout en restituant ainsi à la notion de fièvre l'importance que lui avait attribuée la médecine hippocratique, ces travaux étaient loin de faire revivre l'ancienne conception vitaliste dans son intégralité. Les premiers travaux de Liebermeister (3), sur les échanges organiques et sur leur action en ce qui concerne la chaleur animale, ont abouti à la théorie d'après laquelle le danger des fièvres résidait dans l'hyperthermie. La fièvre n'était donc plus ce *phénomène réactionnel* et souvent salutaire, cette œuvre souvent bienfaisante de la nature dont les anciens s'étaient plu à suivre la marche sans jamais songer à la troubler, c'était, au contraire, un phénomène nuisible *subi par l'organisme*, auquel on n'attribuait ainsi qu'un rôle purement passif, et — avec Hirz (4) — tout le monde était unanime à déclarer que « la fièvre, loin d'être un bienfait, est toujours un mal, souvent un danger et quelquefois la seule cause de la mort ».

Terrain inerte, l'organisme ne pouvait que subir passivement les effets de la chaleur fébrile et de sa cause génératrice, telle était la conception matérialiste sous l'empire de laquelle devait naître la médication antipyrétique, bientôt universellement acceptée, et qui, suivant l'expression de l'auteur que nous venons de citer, « se légitime toute seule»... En effet, si l'origine de tous les troubles dont s'accompagnent les fièvres graves réside réellement dans l'hyperthermie, la thérapeutique basée sur cette théorie devra réussir à enrayer le processus des maladies pyrétiques.

(1) Andral. *Essai d'hématologie pathologique*, Paris 1843.
(2) Louis. *Recherches sur la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, fièvre putride, adynamique*, etc. Paris 1829.
(3) Liebermeister. Ueber die Wirkungen der febrilen Temperatursteigerung. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1866, Bd. I.
(4) Hirz. Article fièvre in *Dict. de Jaccoud*.

L'école médicale qui s'inspirait de ce raisonnement ne voyait, dans les fièvres, que *la fièvre;* comme le dit le professeur Bouchard (1) : « Le thermomètre est pour cette école la source de toutes les indications thérapeutiques et pronostiques; elle ne voit d'amélioration que dans les abaissements thermiques. »

Ce qui avait beaucoup contribué, il y a quelque vingt-cinq ou trente ans, au succès de cette école, qui, depuis, a constamment perdu du terrain, c'est que deux ou trois médicaments antithermiques agissaient sur la cause même de la maladie et se trouvaient ainsi être de véritables spécifiques : c'était le cas pour le salicylate de soude dans le rhumatisme aigu et surtout pour la quinine dans la fièvre malarienne. Mais comme l'a très bien dit Hale White (2), « ici la quinine et les salicylates sont des agents antithermiques à l'égal du mercure, par exemple, vis-à-vis de la fièvre syphilitique (3). »

Laissons donc de côté les affections, d'ailleurs peu nombreuses, dans lesquelles les médicaments antithermiques agissent sur la cause même de la maladie, et demandons-nous quel bénéfice en a tiré la médecine pratique pour le traitement des autres pyrexies.

Voyons jusqu'à quel point la réalité clinique justifie l'application de la médication antithermique. Après avoir ainsi envisagé l'évolution des maladies infectieuses rendues artificiellement apyrétiques, nous compléterons cette étude par celle des maladies infectieuses à évolution spontanément apyrétique (*pyrexies apyrétiques*). Cette étude nous révélera tout un groupe de faits instructifs qui montrent qu'une maladie aiguë peut, tout en présentant une évolution apyrétique, être grave et complète tant au point de vue de l'appareil symptomatique, qu'au point de vue des *lésions anatomiques*. A ces *faits anatomo-cliniques*, viendront ensuite se joindre des matériaux non moins intéressants recueillis dans ces quelques dernières années par la *médecine expérimentale*. Et c'est par un exposé synthétique de la conception du processus fébrile, telle qu'elle découle précisément de l'ensemble de toutes ces données récentes, que nous terminerons notre Revue générale, en jetant en même temps un coup d'œil rétrospectif sur l'évolution des idées relativement à la question qui fait l'objet de ce travail.

II

Où en est aujourd'hui la question de l'emploi des antithermiques dans les pyrexies infectieuses d'une façon générale?

Donner une réponse détaillée et précise à cette question d'ordre purement pratique, n'est-ce pas montrer en même temps quelles sont les tendances actuelles de la clinique dans le domaine de cette grosse question de pathologie générale qui consiste à savoir quelle est la signification de la

(1) Bouchard. *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies.* Paris 1887.
(2) H. White. Congr. de l'Association médicale britannique de 1894.
(3) Cela est si vrai que ces médicaments peuvent même manifester leur action spécifique sur la maladie, sans que leur administration donne pour cela lieu au moindre abaissement thermique. Nous nous rappelons avoir suivi, dans le service de M. le professeur Grasset, un malade dont l'histoire est très démonstrative à cet égard. Il s'agissait d'un tuberculeux avec cavernes aux deux sommets et fièvre à grandes oscillations, qui avait eu, dans les premiers jours de son séjour à l'hôpital, plusieurs accès palustres absolument typiques. La quinine, administrée chez lui d'après les règles habituellement suivies pour le traitement des fièvres intermittentes, supprima bien les accès, mais *resta sans aucune influence* sur la température du malade, et sa courbe continuait à se dérouler toujours avec les mêmes exacerbations vespérales... Ce fait remarquable de dissociation de deux influences pharmacodynamiques de la quinine, réalisé par les hasards des coïncidences pathologiques, n'est-il pas bien fait pour montrer que, si la quinine rend des réels services, ce n'est guère en tant qu'agent antithermique, mais surtout en vertu de son action spécifique ?

fièvre, quel est le rôle de ce processus dans l'évolution de la maladie?

Pour trouver cette réponse, nous ne saurions mieux faire que d'analyser ici les documents qui ont été présentés à ce sujet aux différents congrès de médecine qui ont eu lieu dans ces dernières années, en France et à l'étranger.

Au X[e] Congrès international des sciences médicales, tenu à Berlin en 1890, Cantani (de Naples) proclame que la maladie est l'expression du combat de l'organisme contre l'agent morbide; la fièvre est la réaction générale de tout le corps contre les altérations que l'agent morbide provoque dans l'échange nutritif et la crase sanguine, et cette réaction est une condition de la guérison. Il ne s'agit donc pas de combattre la fièvre en elle-même, car ce n'est pas elle qui constitue la gravité de la maladie. Cantani reconnaît cependant qu'il y a des cas où une élévation de la température *prolongée* devient nuisible par l'accumulation constante des produits de décomposition et par un affaiblissement de l'activité du cœur. Mais, dans ce cas, l'indication est d'user d'un moyen qui diminue la chaleur du corps sans diminuer la production de la chaleur elle-même, *sans altérer la thermogénèse qui est essentielle à la puissance de réaction organique*. La méthode hydrothérapique répond à ce désidératum, tandis que les antipyrétiques affaiblissent directement la source de la thermogénèse, et par cela même sont dangereux.

Il faut donc, concluait l'orateur, aider la fièvre dans son action curative et non pas la combattre.

C'est à peu près à la même conclusion que s'arrête H. White au Congrès de l'Association médicale britannique de 1894. L'emploi des médicaments antithermiques n'est rationnel, d'après Hale White, que dans les affections où ces substances agissent sur la cause même de la maladie (la quinine dans la fièvre paludéenne et les salicylates dans le rhumatisme aigu). Dans les autres pyrexies, l'usage routinier des antipyrétiques chimiques est irrationnel et doit, d'une façon générale, être rejeté.

A l'appui de cette opinion catégorique, le médecin londonien fait valoir les considérations que voici : « Il n'est pas prouvé, dit-il, que la pyrexie simple exerce par elle-même une action nocive, et il ne faut pas oublier aussi qu'en la combattant nous ne traitons qu'un symptôme. Je considère ce traitement symptomatique des pyrexies comme d'autant plus irrationnel, qu'il n'est pas encore prouvé qu'il soit sans inconvénient. En effet, certains auteurs considèrent la fièvre comme une réaction bienfaisante de l'organisme, dont le but est de diminuer la virulence des germes infectieux et d'activer la phagocytose. Le traitement symptomatique de la pyrexie présente encore l'inconvénient de donner une fausse sécurité au médecin. Dans les maladies fébriles, en effet, où, à côté de la toxine pyrétogène, il existe encore une autre toxine distincte de la première et pouvant amener la mort, l'amélioration de l'état général, sous l'influence de l'abaissement de la température, n'empêche nullement cette seconde toxine de continuer à exercer son action nocive. »

L'orateur reconnaît cependant que, dans la question du traitement des états fébriles, il y a lieu de distinguer entre l'hyperpyrexie et la simple pyrexie. L'*hyperpyrexie* constitue un état des plus dangereux, donnant une mortalité d'environ 84 p. 100. Mais, là encore, il refuse toute confiance aux médicaments antithermiques, et trouve que dans l'hyperpyrexie il est de toute nécessité de recourir dès le début aux bains froids.

Ajoutons que les idées émises par Hale White n'ont rencontré au sein de l'assemblée aucune objection, et que D. Powel et M[me] Garett Anderson ont encore apporté à l'appui des mêmes idées un certain nombre d'autres faits. C'est ainsi que D. Powel faisait valoir en faveur de ces idées les arguments que voici : « Il est certain que les microbes pathogènes exigent pour leur développement une température inférieure à celle qu'ils engendrent par leurs toxines et qui exerce une action inhibitoire sur le développement ultérieur de ces microbes. Nombre de médicaments du groupe thermolytique peuvent être précieux pour réduire *la température excessive* dans les cas d'hyperpyrexie, mais ils doivent être maniés avec circonspection : en effet, lorsqu'ils abaissent la température sensiblement au-dessous d'un niveau qui est pour ainsi dire *normal pour une maladie donnée*, ils augmentent en même temps les chances d'une recrudescence de l'activité des microbes. » L'orateur avait d'autant plus de raison d'invoquer cette dernière considération, qu'on oublie trop facilement qu'une température élevée est « un phénomène normal » pour certaines affections et que, par exemple, un sujet atteint de pneumonie fibrineuse est en réalité *plus malade* lorsque sa température est abaissée que s'il présente le degré thermique propre à l'affection dont il est atteint.

En France, la question des antithermiques analgésiques a été récemment mise en discussion au Congrès de médecine interne tenu à Bordeaux en 1895. Les deux rapports présentés au Congrès aboutissaient au rejet des antithermiques dans le traitement des fièvres continues. Le rapport du professeur Schmitt (de Nancy) envisage la question d'une manière générale et plus spécialement au point de vue clinique; il nous intéresse donc tout particulièrement.

Le rapporteur passe en revue les principaux antithermiques et les étudie au point de vue de leur action sur la température et des phénomènes secondaires auxquels leur administration peut donner lieu. Après avoir abouti à la nécessité d'éliminer certains groupes et de restreindre le nombre des agents proposés, après avoir ainsi établi un choix basé sur leur valeur relative, il se voit obligé de se poser une question plus importante : celle de la valeur absolue, de l'utilité de nos antithermiques dans les maladies fébriles.

Tout en reconnaissant qu'une réponse univoque à cette question est impossible, le rapporteur arrive cependant à conclure que, exception faite de la quinine pour la malaria, de l'acide salicylique pour le rhumatisme articulaire aigu, les antithermiques *ne font avorter aucune maladie fébrile, pas plus qu'ils n'en diminuent la gravité*. Et, d'ailleurs, non seulement l'élévation de température ne constitue pas tout le mal, mais encore elle est bonne à quelque chose, puisqu'en augmentant la combustion, la fièvre favorise la destruction des toxines en même temps qu'elle développe l'action phagocytaire.

Le rapporteur reconnaît cependant qu'elle peut, *dépassant la mesure*, favoriser la fermentation, développer l'action toxique des alcaloïdes, agir directement sur les centres nerveux. Dans ce cas, elle doit être combattue, mais la *méthode réfrigérante* est alors supérieure à l'antipyrèse médicamenteuse.

Enfin, la question de l'antipyrèse vient d'être reprise tout récemment en Allemagne, où elle figurait à l'ordre du jour du XIV[e] Congrès de médecine interne, tenu à Wiesbaden au mois d'avril 1896.

Dans un rapport très détaillé, Kast (de Breslau) a examiné l'état actuel de la question au double point de vue de la méthode expérimentale et de la méthode comparative, qui consiste à opposer les unes aux autres les statistiques résultant des observations cliniques. Tout en reconnaissant qu'à l'égard de maladies infectieuses, cette dernière méthode ne paraît pas pouvoir fournir des données assez précises, en raison de la diversité des épidémies qui impliquent des faits trop compliqués pour permettre d'apprécier une méthode de traitement, le rapporteur croyait bon de rappeler, toutefois, à ce sujet, le chiffre de mortalité très élevé (20,7 p. 100) signalé par Ries, sur un nombre de 377 typhoïdiques soumis exclusivement au traitement salicylé, et les

statistiques publiées par Mauri qui, au cours d'une même épidémie, nota, sur 108 cas traités exclusivement au moyen de l'antipyrine, une mortalité de 12,03 p. 100 et, sur 306 cas soumis uniquement au traitement balnéaire, une mortalité de 8,6 p. 100.

« En réalité, ajoutait Kast, dans les pyrexies infectieuses, qui constituent les types de fièvre offrant un véritable intérêt clinique, les dangers essentiels *ne résident sûrement pas dans l'élévation de la température.* » Les notions récentes concernant les relations de la température organique avec le processus curateur obligent à beaucoup de réserve au sujet de l'application des médicaments antipyrétiques au traitement des pyrexies infectieuses, et pour supprimer une hyperthermie *devenant périlleuse*, la méthode réfrigérante constitue, d'après le rapporteur, le procédé de beaucoup le plus efficace.

L'ensemble des documents les plus récents que nous venons de passer en revue montre qu'à l'heure actuelle les cliniciens ne sont pas loin de s'entendre sur la valeur absolue des antipyrétiques. Sans doute, quand il s'agit de savoir quel est le mécanisme d'action de tel ou tel groupe des antipyrétiques, des divergences s'accusent; mais tant qu'il ne s'agit que de voir si, d'une façon générale, les antipyrétiques sont utiles au fébricitant, la plupart des cliniciens constatent que les faits répondent par la négative à cette question, la plupart s'élèvent contre « l'usage routinier » des antithermiques chimiques. Il est vrai que ces mêmes cliniciens reconnaissent aussi qu'il y a des cas où l'hyperthermie devient nuisible par suite de sa durée ou de son intensité ; mais dans ces cas encore ils rejettent l'emploi des antipyrétiques pour donner leurs préférences à la méthode hydrothérapique.

Mais les procédés qui se rattachent à cette dernière méthode n'agissent-ils pas, eux aussi, comme antipyrétiques? Oui, mais, comme le disait très bien le professeur Schmitt dans son remarquable rapport, « il serait facile de montrer que tout en augmentant, comme nos antithermiques, la déperdition de calorique, la méthode réfrigérante *favorise les oxydations* (1), stimule le système nerveux, relève le tonus vasculaire, combat l'adynamie, active la nutrition cellulaire et excite les fonctions sécrétoires et dépuratives de l'économie. » Tels sont les facteurs multiples auxquels il faut attribuer les effets favorables de la méthode : l'abaissement de la température, quand il existe (car il est loin d'être constant), « pourrait bien n'en être, comme le fait remarquer Guéneau de Mussy (2), qu'un effet secondaire ou un phénomène connexe, » et nous sommes parfaitement en droit de nous demander avec Cantani (3) si le bain froid n'est pas utile précisément parce qu'il augmente les échanges nutritifs, parce *qu'il accroît, pour ainsi dire, les effets utiles de la fièvre.*

L'hyperthermie, a dit Bouchard, peut indiquer la gravité de la maladie, elle ne la produit pas. Nous ajouterons que, *si la fièvre indique l'intensité de l'infection, elle mesure aussi d'autre part la puissance de résistance du malade* et nous donne ainsi l'espoir de voir celui-ci sortir victorieux du redoutable combat.

L'hyperthermie est le baromètre qui annonce l'orage; briser l'instrument n'est pas conjurer la tempête (Glasser). Qu'on se figure, en effet, un chirurgien, qui, en présence d'un foyer purulent qui intoxique l'organisme, s'obstine à administrer à son malade les antipyrétiques les plus divers, de façon à obtenir un abaissement de la température... Qu'il y réussisse ou non, peu nous importe : sa conduite n'en restera pas moins irrationnelle, car la seule indication qu'il ait à remplir, c'est d'aller à la recherche du foyer et de le détruire...

L'idéal est là : trouver des moyens qui détruisent la cause de la maladie en agissant directement sur elle, comme la quinine dans la malaria, et le mercure dans la fièvre syphilitique. Encore une fois, ce n'est pas la fièvre en elle-même qu'il s'agit de combattre, et les moyens dont nous parlons, véritables spécifiques, auraient pour but, comme dit Cantani, « non pas de détruire la fièvre, mais *la rendre inutile*, d'épargner à l'organisme cette réaction pénible et redoutable qui constitue la maladie. »

(1) Voir sur ce sujet la communication récente de Robin et Binet : « Le chimisme respiratoire à l'état normal et dans la fièvre typhoïde. » Acad. de méd., 27 oct. 1896.

(2) Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, t. III, Paris 1884.

(3) Cantani. Loc. cit.

III

Les données que nous venons d'analyser laissent dans l'esprit une grosse incertitude. En effet, si l'abaissement de température produit par les médicaments antipyrétiques n'est pas exempt de manifestations accessoires fâcheuses, on peut se demander si le danger de la médication antipyrétique ne doit pas être attribué tout simplement à l'action toxique des substances employées et l'on ne voit pas trop la nécessité d'admettre que l'abaissement de température soit nuisible en lui-même en créant des entraves à la marche du processus curateur.

Pour asseoir solidement cette dernière hypothèse, il faudrait pouvoir éliminer le facteur important qui est constitué par le pouvoir toxique du médicament antithermique. C'est ce que nous avons réalisé dans des expériences dont un résumé très succinct a été communiqué à l'Académie des sciences (1). Mais les phénomènes que nous avons ainsi obtenus, en utilisant pour cela les effets antithermiques des badigeonnages de gaïacol, ne sont point sans avoir leurs analogues dans des faits cliniques, aujourd'hui bien connus, où *la pyrexie se trouve*, pour ainsi dire, *détachée de son appareil fébrile.*

Ce phénomène paradoxal, que la clinique réalise plus souvent qu'on ne le pensait encore naguère, nous occupera ici tout particulièrement.

Mais rappelons d'abord un fait général, qui est depuis longtemps notoire : l'intensité de la fièvre n'est pas toujours en rapport direct avec la gravité de la maladie. Ce fait n'a rien qui doive nous étonner, puisque nous savons que *deux* facteurs influent sur la température fébrile : d'une part, *la virulence de l'agent pathogène* et, d'autre part, *le mode de réaction de l'organisme.* Et comme le rappelait encore récemment Unverricht (2), on ne peut constater aucune fixité dans les rapports de l'hyperthermie ni avec l'état du pouls, qui varie notablement dans les diverses pyrexies infectieuses, ni avec les modifications du sang, ni avec la dyspnée, ni avec les altérations du *sensorium commune*; car il est des cas où la température peut s'accroître notablement (comme dans les bains de vapeur, par exemple) sans que l'intelligence en soit affectée, tandis qu'on la trouve profondément altérée dans des maladies infectieuses qui élèvent bien moins le degré thermique.

L'hyperthermie ne donne nullement, d'une manière constante, la mesure de la gravité de l'infection. C'est qu'à côté de la toxine pyrétogène, il existe d'autres toxines qui peuvent exercer leur action indépendamment de la première. Les pyrexies qui s'accompagnent de températures élevées ne sont pas, pour cela, nécessairement plus graves que celles qui évoluent avec des températures bien moins élevées. C'est ainsi que, dans la fièvre récurrente, la tempéra-

(1) Cheinisse. Rôle de la fièvre dans l'évolution d'une maladie infectieuse (staphylococcie). *C. R. de l'Acad. des sc.*, t. CXXII, 1896.

(2) Unverricht. Congr. all. de méd. interne tenu en 1896.

ture est beaucoup plus élevée que dans la dothiénentérie et, malgré cela, la mortalité est très faible.

Le fait de cette indépendance relative reste encore vrai, si, au lieu de deux maladies à évolution différente, on envisage une seule et même maladie dans ses différentes formes. Prenons pour exemple la fièvre typhoïde. Voilà, certes, une maladie pour laquelle personne ne contestera la valeur pronostique de la courbe thermométrique. La fièvre, mesurée par la chaleur domine, en effet, son évolution, et, s'il est une maladie dont l'étude soit redevable à la thermométrie de ses plus grands progrès, c'est, assurément, la dothiénentérie. « Tout le décours de la maladie, dit Bernheim (1), est, jusqu'à un certain point, figuré par la courbe thermométrique, » et l'auteur a soin d'ajouter : « Je dis jusqu'à un certain point, car nous verrons que la fièvre ne représente pas toute la maladie; nous verrons que celle-ci peut, à la rigueur, être détachée de son appareil fébrile, et n'en continuer pas moins son évolution. »

Et toute la grande classe des pyrexies abortives qui, au point de vue symptomatologique, ne sont que des *fièvres écourtées*, se caractérise-t-elle par l'évolution bénigne de la maladie? Evidemment non, et dès les premières lignes de sa thèse d'agrégation, Letulle (2) met bien en évidence ce point important. « Tous les auteurs, dit-il, reconnaissent aujourd'hui qu'on ne doit pas confondre les formes *atténuées*, *légères*, *bénignes*, *frustes* ou *latentes* des fièvres avec leurs formes avortées ou abortives. Une pyrexie qui avorte peut être intense ou bénigne, grave ou légère : la gravité de la situation ne fait rien à ce qu'on pourrait appeler l'*abortivité*. »

La même considération est parfaitement applicable — et c'est là que la chose devient infiniment plus instructive — au groupe des *pyrexies apyrétiques*.

Ici, il ne s'agit plus d'une fièvre écourtée, mais d'une maladie aiguë qui se présente avec tout son ensemble de troubles caractéristiques et qui, malgré l'absence de température fébrile, peut être complète, *tant au point de vue de l'appareil symptomatique*, *qu'au point de vue de lésions anatomiques*.

La plupart des maladies habituellement accompagnées de fièvre sont susceptibles d'évoluer ainsi sans la moindre ascension du thermomètre. C'est ainsi que la scarlatine, la pneumonie, la granulie, la dothiénentérie, la grippe, peuvent évoluer sans fièvre apparente, et les accès paludéens même peuvent s'accompagner de températures centrales très basses.

Ceux qui, avec Liebermeister, ne voient dans les fièvres que la *fièvre*, ont naturellement tenté d'interpréter ces pyrexies apyrétiques par une atténuation du virus. Et, en effet, il s'agit quelquefois des infections bénignes, comme en témoigne l'épidémie de scarlatine observée récemment par Fiessinger (3). Cet auteur arrive cependant à la conclusion que voici : « La scarlatine apyrétique s'observe dans la même épidémie *à côté des formes graves et pyrétiques ;* elle est contagieuse et *peut donner naissance à des scarlatines ordinaires*. »

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, la bénignité de cette infection est loin d'être la règle dans les pyrexies apyrétiques, et récemment encore, le professeur Teissier (4) démontrait à ses élèves « que la plupart des pyrexies sont susceptibles d'évoluer sans fièvre en dehors de toute complication et de toute tendance au collapsus, et que si ces évolutions singulières répondent parfois à des infections bénignes, elles peuvent coïncider aussi avec des formes de la plus haute gravité ». Le fait était connu pour la scarlatine et la dothiénentérie ; mais par des observations tout à fait démonstratives, le savant professeur lyonnais vient d'en établir la réalité pour les formes sévères de la grippe et pour la pneumonie lobaire de l'adulte. Pour ce qui concerne, en particulier, les formes apyrétiques de la grippe, le professeur Teissier fait remarquer que « les formes les plus graves peuvent évoluer sans élévation thermique ».

Il est vrai que les auteurs sont encore loin d'être d'accord sur l'interprétation pathogénique de ces phénomènes. C'est ainsi que certains faits expérimentaux ont amené Charrin (1) à expliquer l'apyrexie par la prépondérance, dans les produits d'origine microbienne, des substances hypothermisantes sur les substances pyrétogènes. Pour Teissier, le problème est plus complexe et il ne saurait se réduire à cette solution, très simple sans doute, mais malheureusement discutable, « de l'existence dans les infections microbiennes de phénomènes pyrétiques, apyrétiques ou hypothermiques, suivant la prépondérance, dans les produits sécrétés par les micro-organismes, de substances pyrétogènes ou de substances hypothermisantes. »

Se portant sur le terrain clinique, le professeur lyonnais invoque, comme conditions individuelles réglant la production du phénomène, un degré plus ou moins avancé d'imperméabilité rénale, et à l'appui de cette idée, il fait remarquer que la plupart de ces pyrexies apyrétiques surviennent chez des malades qui ont eu antérieurement le rein lésé. « C'est pour cela, dit-il, que, tout en tenant très grand compte des expériences de laboratoire qui semblent prouver, sans doute, que les toxines hypothermisantes sont susceptibles de jouer un certain rôle dans la production de ces phénomènes cliniques, j'ai, de par l'observation des malades, une certaine disposition à admettre qu'une des causes importantes de ces *hypothermies fébriles* relève de l'accumulation, et surtout du retard dans l'élimination des produits de la désorganisation cellulaire, sous l'influence d'un certain degré héréditaire ou acquis d'insuffisance rénale. »

On voit combien cette interprétation pathogénique des pyrexies apyrétiques cadre bien avec les idées de ceux qui, avec Naunyn, Cantani, Unverricht, Steffanucci, Rovighi et beaucoup d'autres, pensent que la fièvre favorise, en augmentant les combustions, la destruction des toxines et des matières extractives de l'économie.

D'autre part, Teissier reconnaît qu'il n'est point invraisemblable d'admettre que, suivant le degré de virulence des germes infectieux, les centres régulateurs thermiques peuvent être excités ou paralysés : « A une *virulence forte* correspondrait l'*excitation avec hyperthermie;* à une *virulence maxima* la paralysie, avec *défaut de réaction fébrile*, ou même *hypothermie*. »

Quoi qu'il en soit de ces différentes interprétations encore quelque peu divergentes, le fait clinique n'en reste pas moins certain : l'apyrexie n'est pas toujours un signe de bénignité (bien loin de là), et les pyrexies graves, telles que la dothiénentérie, n'empruntent pas toute leur gravité à l'élévation considérable de la température. C'est que, dans ces fièvres graves, la fièvre, comme le dit Potain (2), n'est pas le fond de la maladie, c'est l'infection; en réalité, la fièvre est simplement « une réaction contre le bacille ». Or, « l'économie ne répond pas toujours de la même façon à une excitation identique. » Et, dans la dothiénentérie surtout, les formes *les plus graves* peuvent évoluer sans élévation thermique, ainsi qu'en font preuve les observations de

(1) Bernheim. *Leçons de clinique médicale*, Paris 1877.
(2) Letulle. *Des pyrexies abortives*. Th. d'agr. de Paris, 1886.
(3) Fiessinger. La scarlatine apyrétique. *Gaz. méd. de Paris*, 1893.
(4) Teissier. Des pyrexies apyrétiques. *Semaine méd.*, 1894.

(1) Charrin. Élévations thermiques d'origine cellulaire, *Arch. de physiol.*, 1889.
(2) Potain. La température dans la fièvre typhoïde, *Union méd.*, 1891.

Vallin (1), de Surmay (2), de Frœntzel (3), et quelques faits plus récents consignés, en partie, dans la dissertation inaugurale de Wendland (4) et dans la thèse de Ortiz (5). Dans ces formes apyrétiques, il ne s'agit pas, comme le faisait remarquer Vallin, de ces cas légers auxquels on a donné le nom de fièvre typhoïde latente et dans lesquels « la mort peut être le résultat imprévu d'une perforation, d'une hémorragie » (Trousseau), ni même de ceux où la maladie, suivant l'expression de Jaccoud, « mord sans aboyer, » et où la période ascendante présente une longueur insolite, le maximum thermique « pouvant très bien être différé jusqu'au douzième et quinzième jour ».

Les faits que nous venons de citer sont tout autres : ici, malgré l'absence complète de fièvre, et en dehors de toute complication, la maladie peut s'accompagner de troubles profonds de la nutrition, et être grave et complète *quant à la lésion*.

Voici, par exemple, un fait anatomo-clinique relaté par Vallin (6), et qui offre un réel intérêt. Il s'agit, précisément, d'un de ces cas de fièvre typhoïde apyrétique, sur la gravité desquels nous venons d'insister. Le professeur du Val-de-Grâce résume cette observation intéressante ainsi qu'il suit: pendant quinze à vingt jours, état de dépression mal défini, faiblesse générale qui n'empêche pas le malade de se lever, et même, vers le dix-huitième jour, de passer une demi-journée hors de l'hôpital pour régler ses affaires ; pendant tout ce temps, *absence complète de fièvre*, la température oscille entre 36°8 et 37°6. Tout d'un coup, péritontite subaiguë, mort en vingt-quatre heures. A l'autopsie, ulcérations très étendues des plaques de Peyer, péritonite par propagation, sans perforation ; *dégénérescence vitreuse* avec ruptures et hémorragies des muscles de l'abdomen et de la cuisse.

Or, cette dégénérescence vitreuse ou cireuse des muscles a été considérée par Liebermeister (7) comme la conséquence naturelle de l'extrême température fébrile. Les travaux de Kühne, de Hermann, ont, en effet, démontré que la myosine se coagule à 44-45 degrés, qu'elle s'altère déjà à 42-43 degrés, et Vallin (8) lui-même, à la suite de recherches remarquables sur le mécanisme de la mort par les hautes températures, avait déjà été amené à considérer comme démontrée cette coagulation dans certains cas d'insolation, comme vraisemblables la parésie et l'arrêt du cœur, par la même cause, à la fin des maladies à température hyperfébrile. « Aussi, quel ne fut pas, dit-il, notre étonnement de trouver, chez ce malade, une dégénérescence musculaire très étendue, lorsque jamais la température n'avait dépassé 37°6. Et il ne s'agit pas seulement ici d'un état granuleux que présentaient un grand nombre de fibres striées volontaires et existait seul au cœur; la dégénérescence cireuse, décrite et figurée par Zenker (9), par Hoffmann (10), par G. Hayem (11) était là sous nos yeux, avec ses caractères incontestables, et avec les ruptures musculaires qui en étaient la conséquence.

Et ne voulant pas encore renoncer tout à fait à attribuer à l'excès de température fébrile certains désordres du cœur et des muscles volontaires « qui jouent un grand rôle dans la marche et la terminaison des pyrexies graves », Vallin se voyait cependant bien forcé de reconnaître que, dans le cas particulier, cette dégénérescence avait une tout autre origine et « se rattachait sans doute à l'altération du sang, au trouble général de la nutrition des tissus ».

Or, il est aujourd'hui notoire que non seulement la dégénérescence cireuse des muscles, mais encore la plupart des lésions dégénératives décrites par Liebermeister (1) par Zenker (2), par Hoffmann (3), par Litten (4), ne sont pas liées directement au processus fébrile lui-même. Comme le fait très judicieusement remarquer le professeur Podvyssozky [de Kiew (5)], ces lésions ont été surtout constatées dans la dothiénentérie et dans le typhus exanthématique, deux maladies dans lesquelles les phénomènes d'intoxication sont des plus accentués. D'autre part, les dégénérescences parenchymateuses s'observent souvent dans les formes apyrétiques et cependant très graves de la diphtérie; enfin, elles sont presque la règle dans le choléra, malgré l'hypothermie qui caractérise l'évolution de cette maladie. Ce sont donc là, sans doute, des lésions infectieuses qui se rattachent, soit à l'action des toxines, soit, plus rarement, il est vrai, à la présence des bactéries dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Récemment, il est vrai, Werhowsky [de Saint-Pétersbourg (6)] a pu obtenir, dans le laboratoire de Ziegler, la dégénérescence parenchymateuse des organes chez un lapin soumis à une hyperthermie de 40 degrés ; mais cette altération n'a été obtenue qu'au bout de huit à dix jours, de sorte que l'auteur lui-même serait disposé à croire que, dans les pyrexies infectieuses, la production des lésions dégénératives est causée « dans une bien plus large mesure » par l'intoxication que par l'hyperthermie : *in weit höherem Maasse durch Gifte als durch Ueberhitzung*.

D'autres expérimentateurs — Ivaschkevitch (7), Nasaroff (8), Litten (9), Liebermeister (10), etc. — ont aussi obtenu des dégénérescences parenchymateuses dans l'hyperthermie expérimentale, et, dès 1867, Bouchard (11) a pu étudier la dégénérescence graisseuse des viscères chez des chiens dont la température était élevée par un séjour dans une atmosphère suturée d'humidité. La déperdition de calorique par contact et par évaporation se trouvant supprimée, l'élévation graduelle de la température de l'animal amenait sa mort à 44 degrés et, quatre heures après le début de l'hyperthermie, on observait déjà la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque et des cellules hépatiques.

(1) Vallin. De la forme ambulatoire ou apyrétique grave dans la fièvre typhoïde. *Arch. gén. de méd.*, 1873.
(2) Surmay. Contribution au chapitre des morts subites à propos de la fièvre typhoïde latente ou ambulatoire. *Arch. gén. de méd.*, 1878, t. II.
(3) Frœntzel. Ueber schwere Erkrankungen an Ileo-typhus, welche afebril oder mit geringen Temperatur-Erhöhungen auffalend rasch verlaufen. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1881, XII.
(4) Wendland. Zur Kenntniss des fieberlosen Verlaufs des Typhus abdominalis, *Dissert. inaug. de Berlin*, 1891.
(5) Ortiz. *De la fièvre typhoïde apyrétique*, Th. de Paris, 1894.
(6) Vallin. Loc. cit.
(7) Liebermeister. Ueber die Wirkungen der febrilen Temperaturs-teigerung, *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1866, Bd. I.
(8) Vallin. Recherches expérimentales sur l'insolation, *Arch. gén. de méd.*, fév. 1870 et déc. 1871.
(9) Zenker. *Ueber die Veranderungen der Muskeln beim Typhus abdominalis*, Leipzig 1864.
(10) Hoffmann. *Pathol. anat. Veranderungen beim Abdominaltyphus*, 1869.
(11) Hayem. Études sur les myosites symptomatiques, *Arch. de physiol.*, 1870.

(1) Liebermeister. Loc. cit.
(2) Zenker. Loc. cit.
(3) Hoffmann. Loc. cit.
(4) Litten. Ueber die Einwirkung erhöhter Temperaturen auf den Organismus. *Virchow's Arch.*, Bd. LXX, 1877.
(5) Podvyssozky. *Principes de pathologie générale* (en russe), t. II, Saint-Pétersbourg 1894.
(6) Werhowsky. Untersuchungen ueber die Wirkung erhöhter Eigenwärme auf den Organismus, *Ziegl. Beitr. z. pathol. Anat.*, etc., Bd. XVIII, 1895.
(7) Ivaschkevitch. *Les altérations anatomo-pathologiques des parenchymes sous l'influence des hautes températures* (en russe), Th. de Saint-Pétersbourg, 1870.
(8) Nasaroff. *De l'influence sur l'organisme animal des oscillations artificiellement provoquées de sa température* (en russe), Th. de Saint-Pétersbourg, 1881.
(9) Litten. Loc. cit.
(10) Liebermeister. Loc. cit.
(11) Bouchard. Loc. cit.

Mais les travaux de Naunyn (1) et de Rosenthal (2) ont montré que ces dégénérescences ne se produisent pas aux températures fébriles ordinaires.

D'autre part, Manasséine (3) a établi un rapport de cause à effet entre l'inanition et la dégénérescence graisseuse des organes.

On conviendra que ces deux conditions sont bien de nature à infirmer les conclusions qu'on serait, au premier abord, tenté de tirer de faits expérimentaux relatifs aux dégénérescences dites fébriles et qui, en réalité, sont loin d'être la conséquence directe de l'élévation de la température.

Quant aux altérations du sang, malgré les travaux de Max Schultze (4), de Wertheim (5), de Manasséine (6), et les recherches plus récentes de Aristoff (7), de Ostapenko (8), de Rovighi (9), de Tchlénoff (10) et d'autres, on est encore loin d'être d'accord sur les caractères mêmes de ces altérations, et il serait difficile de faire, à l'heure actuelle, la part de la fièvre et de l'infection dans leur production; mais ici encore l'infection paraîtrait devoir jouer le rôle dominant, et il n'est pas irrationnel d'admettre que les contradictions mêmes dans les résultats obtenus par différents auteurs tiennent avant tout aux différences de caractère des maladies fébriles étudiées.

« L'hyperthermie, a dit Bouchard (11), n'est une cause de danger, ni au point de vue des lésions anatomiques, ni au point de vue de la dénutrition. » Et si, à la rigueur, on peut prétendre qu'au point de vue de la dénutrition, la question reste encore discutable, puisque les travaux effectués dans le laboratoire de Filehne (12) ont confirmé la réalité de l'accroissement de la désassimilation dans les cas d'hyperthermie [conformément aux recherches antérieures de Naunyn et de Schleich, et contrairement aux objections formulées par Koch (13), Simanovsky (14), Lilienfeld (15)], tous les faits que nous venons de rapporter prouvent qu'il ne saurait plus en être de même pour ce qui concerne la question des lésions anatomiques.

IV

En *médecine expérimentale*, la température du sujet inoculé d'une maladie infectieuse est, comme on le sait, un élément des plus importants. En reprenant l'expérience classique de Pasteur, Wagner (16) est arrivé à donner à des poules, normalement réfractaires, le charbon : il a suffi pour cela d'abaisser leur température au moyen de l'eau froide ou à l'aide des antipyrétiques. Savtchenko (1) a obtenu des résultats analogues sur des pigeons soumis à l'influence hypothermisante de la section de la moelle dans sa partie cervicale.

Mais, dans ces dernières années, l'étude de la question s'est enrichie de quelques faits nouveaux particulièrement intéressants. Nous voulons parler des expériences instructives dues à Walter (2), Rovighi (3), Filehne (4), Lœwy et Richter (5), et qui, toutes, ont eu pour base commune la comparaison entre les effets observés sur des animaux préalablement infectés à l'aide de bactéries pathogènes déterminées, puis soumis, les uns à la température ordinaire des appartements, les autres à l'action calorifique de l'étuve ou à celle de la piqûre du corps strié, suivant la méthode de Sachs-Aronsohn. Les résultats présentèrent des différences parfois considérables; c'est ainsi que, dans les expériences de Walter, parmi les lapins infectés à l'aide du pneumocoque de Frænkel, l'animal témoin, maintenu à la température de la chambre, y demeura en vie dix-neuf heures, tandis que l'animal soumis au chauffage vécut trois jours et dix-neuf heures.

Des résultats analogues ont été obtenus par d'autres expérimentateurs. Lœvy et Richter ont repris les expériences de Walter : leurs recherches ont porté sur des lapins préalablement infectés à l'aide du pneumocoque de Frænkel et soumis ensuite à la piqûre de Saches-Aronsohn : les animaux survécurent, bien qu'ils eussent reçu des doses triples ou quadruples de la dose mortelle pour les animaux témoins.

Dans les expériences de Filehne, l'érysipèle auriculaire du lapin maintenu à la température de la chambre présenta une évolution plus grave, plus durable et plus étendue que l'érysipèle auriculaire du lapin soumis au chauffage.

Hildebrandt (6) a obtenu des résultats analogues en étudiant les effets de l'hyperthermie artificielle sur la fièvre amicrobienne obtenue à l'aide de ferments hydrolytiques, tels que l'invertine-émulsine; les doses entraînant au bout de quelques semaines la mort de l'animal témoin ne tuaient pas l'animal soumis à une hyperthermie de 41 degrés et, dans les expériences effectuées avec des doses plus élevées, l'animal soumis à l'hyperthermie a toujours survécu, pendant un espace de temps plus ou moins long, à l'animal témoin.

A toute cette série de faits, nous pouvons encore ajouter nos recherches personnelles (7). Les particularités bien connues des effets du gaïacol, appliqué en badigeonnage sur la peau, nous ont suggéré l'idée de mettre à profit cette nouvelle méthode d'antithermie dans une série de recherches destinées à apporter quelques faits nouveaux à l'étude de l'influence exercée par la fièvre sur l'évolution d'une maladie aiguë. Nous avons choisi, à cet effet, l'infection à staphylocoques, qui offre l'avantage d'être une des maladies expérimentales les mieux étudiées et les plus faciles à

(1) Naunyn. Ueber fieberhafte durch pyrog. Substanz bewirkte Temperatur-Erhöhung. *Arch. f. exper. Pathol. und Therap.*, Bd. XVIII.
(2) Rosenthal. *Zur Kenntniss der Warmregulation*, 1872.
(3) Manasséine. *Arch. Klin. Botkina* (en russe), t. I, 1867-68.
(4) Max Schultze. *Arch. f. mik. Anat.*, 1865.
(5) Wertheim. *Wochenblatt. der Gesellschaft der Ærtze zu Wien.*, 1868, n° 3.
(6) Manasséine. *Voénno-médicinsky Journal* (en russe), 1872, et *Virchow's Archiv*, Bd. LVI, 1872.
(7) Aristoff. *Archiv vétérinarnykh naouk* (en russe), 1881.
(8) Ostapenko. L'influence des hautes températures sur le nombre des globules rouges (en russe), *Wratch*, 1892.
(9) Rovighi. *Münch. med. Wochens.*, 1892.
(10) Tchlénoff. Sur la diminution du nombre des globules blancs dans le sang (en russe), *Wratch*, 1893.
(11) Bouchard. Loc. cit.
(12) Voir Congr. all. de méd. interne de 1896.
(13) Koch. Ausscheidung der Harnstoff und der anorganisch. Salze mit d. Harn unter d. Einfluss künstlich erhöhter Temperatur. *Zeits. für biol.*, 1883.
(14) Simanowsky. Untersuch. über Stoffwechsel unter Einfluss künstlich erhöhter Körpertemperatur, *Jahresb. ueber Th. Chemie*, 1885.
(15) Lilienfeld. Untersuch. über d. Gaswechsel fiebern. Thiere, *Diss. inaug. de Berlin*, 1883.
(16) Wagner. Contribution à l'étude du rôle de la température dans les maladies infectieuses, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1890; *Wratch*, 1890.

(1) Savtchenko. In *Principes de pathologie générale*, de Podvyssozky (en russe).
(2) Walter. De l'influence de la fièvre artificielle sur les animaux infectés à l'aide du pneumocoque (en russe), *Wratch*, 1890.
(3) Rovighi. L'influenza del riscaldamento et del raffreddamento del corpo sovra alcuni processi febbrili, *Lavori d. Congr. di med. int.*, 1889, Milano, 1890.
(4) Filehne. On the action of heat and cold on Erysipelas; analys. in *Centralbl. f. Bakter.*, Bd. XVII, 1895.
(5) Lœwy et Richter. Ueber den Einfluss von Fieber und Leukocytose auf den Verlauf von Infectionskrankheiten, *Deuts. Med. Woch.*, n° 15, 1895; anal. in *Centralbl. f. Bakt.*, Bd. XVII, 1895.
(6) Hildebrandt. Zur Kenntniss der physiolog. Wirkung d. hydrolytischen Fermente, *Virchow's Archiv.*, Bd. CXXI.
(7) Cheinisse. *C. R. de l'Acad. des sc.*, Loc. cit. Voir également notre thèse de doctorat, *Essai sur le rôle de la fièvre dans les maladies infectieuses d'après les conceptions modernes et anciennes*, Montpellier, 1896.

suivre. Les faits que nous avons observés nous conduisent à la conclusion que voici : la suppression de la fièvre — au moyen de badigeonnages de gaïacol — fait prendre à l'infection une marche suraiguë; chez les animaux badigeonnés, la mort par *septicémie suraiguë* arrive en vingt-quatre à quarante-huit heures, de sorte qu'elle prévient, pour ainsi dire, la formation des lésions. Les animaux témoins, dont la fièvre évolue sans aucune perturbation médicamenteuse, ne meurent qu'au bout de deux à quatre semaines, avec des abcès multiples dans les reins, le foie et le cœur (*infection purulente généralisée*). On pouvait, il est vrai, se demander si le gaïacol n'intervenait pas comme toxique pour précipiter le dénouement fatal : la faible dose appliquée en badigeonnage (xx à xxv gouttes) et le faible pouvoir d'absorption de la peau (même pour le gaïacol) pouvaient cependant déjà, *a priori*, faire rejeter cette hypothèse. Mais une seconde série d'expériences est venue changer cette présomption en certitude : *a.* des badigeonnages avec du collodion iodoformé, faits dans les mêmes conditions que les badigeonnages de gaïacol, restent sans aucune influence sur la marche de la fièvre et de la maladie; *b.* des animaux badigeonnés, mais mis immédiatement après à l'étuve (réglée à 30 ou 35 degrés), où ils restent quelques heures, de façon à empêcher l'action hypothermisante du badigeonnage gaïacolé, se comportent comme les animaux non badigeonnés, c'est-à-dire qu'ils ne meurent qu'au bout d'un temps plus ou moins long avec des abcès multiples dans les viscères. Ils sembleraient même montrer une résistance plus considérable que les lapins placés dans des conditions normales et chez lesquels la température est moins élevée. Les résultats que nous avons obtenus avec les badigeonnages de gaïacol chez les animaux fébricitants étaient donc bien dus *à l'abaissement de la température fébrile* et non pas au badigeonnage lui-même, ni même à une action toxique du gaïacol.

Tous ces faits expérimentaux sont déjà assez nombreux et assez concordants, pour permettre de conclure à l'influence favorable de l'hyperthermie fébrile sur l'évolution de la maladie, dans bien des pyrexies infectieuses.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait encore préciser par quel intermédiaire s'exerce cette influence : les facteurs qui interviennent sont, peut-être, multiples.

On sait que, d'après Metschnikoff (1), dans la fièvre récurrente, par exemple, les spirilles se multiplient dans le sang pendant le stade d'augment et disparaissent brusquement au moment de l'ascension précritique de la température. Les recherches de Heidenreich (2) avaient, d'ailleurs, établi l'influence funeste de hautes températures sur les spirilles de la fièvre récurrente et, à la suite de ces recherches, il paraît très rationnel de rattacher la faible mortalité de la maladie à l'hyperthermie intense dont elle s'accompagne.

Ce fait ne saurait cependant être généralisé. Récemment, en effet, Max Müller (3) a étudié l'influence de l'hyperthermie sur la rapidité de croissance et sur la virulence du bacille typhique. Or, ses expériences lui montrèrent que, sous l'influence d'une température de 37°5 à 38°1, la durée d'une génération est de 32'02, et que, sous l'influence d'une température de 39°7 à 44 degrés, cette durée est de 37'2, ce qui exclut toute idée d'action nocive à l'égard de la croissance du micro-organisme. Les expériences relatives à la virulence donnèrent également des résultats négatifs.

(1) Metschnikoff. Ueber den Phagocytenkampf beim Rückfall-Typhus, *Virchow's Archiv.*, Bd. CIX.
(2) Heidenreich. *Du parasite de la fièvre récurrente* (en russe), Th. de Saint-Pétersbourg, 1876.
(3) Max Müller. *Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrank*, t. XX, 1895.

Mais si l'hyperthermie fébrile n'exerce une action nocive qu'à l'égard de certains germes infectieux, elle semble, en revanche, *toujours activer les moyens de défense de l'organisme.* C'est la conclusion à laquelle aboutissent la plupart des recherches récentes, et qui a été longuement développée par Gamaléïa (1). Dans les maladies étudiées par Gamaléia, la fièvre disparaît avec l'accroissement de la virulence des bactéries; la tuméfaction de la rate, qui est un phénomène connexe de la fièvre, cesse également d'apparaître. L'élévation de la température serait donc étroitement liée à la destruction des bactéries par les cellules phagocytes, et si, dans les formes les plus graves des maladies infectieuses, cette élévation thermique ne se produit pas ou n'est que peu prononcée, c'est que précisément l'intensité de la virulence paralyse et entrave l'action des phagocytes. Le processus fébrile n'est donc pas le résultat de l'activité des bactéries, — il traduit, au contraire, une réaction de l'organisme contre leur présence.

Les recherches de Maurel (2) sur les leucocytes du sang parlent dans le même sens. Ces recherches ont, en effet, montré que l'activité des leucocytes varie avec la température, et que le maximum de cette activité a lieu à des températures qui varient de 39 à 42 degrés chez l'homme, de 41 à 42 degrés chez le chien, de 41 à 43 degrés chez la poule et le pigeon. Ce sont donc toujours les températures fébriles qui conviennent le mieux aux manifestations les plus énergiques de la *phagocytose.*

Mais la phagocytose n'est pas le seul moyen de défense de l'organisme, et l'hyperthermie peut encore exercer son influence utile par l'intermédiaire d'autres facteurs. Et, à ce sujet, Kast (3) a exposé récemment des faits intéressants relatifs à l'influence exercée par l'hyperthermie à l'égard des substances protectrices du sérum sanguin. « On connaît, dit-il, l'action que des doses faibles de sérum provenant de cholériques en convalescence ou d'animaux fortement immunisés, exercent sur les cultures cholériques ou sur les bacilles qui se trouvent dans la cavité abdominale chez les cobayes infectés de choléra. Récemment, Pfeiffer et Kolle ont montré que les mêmes phénomènes se produisent en ce qui concerne le bacille typhique, et les recherches que j'ai exécutées avec le même sérum provenant de chèvres fortement immunisées m'ont permis d'étudier l'influence qu'exerce l'hyperthermie organique sur l'activité d'un tel sérum. » Les résultats de ces recherches peuvent se résumer ainsi : tous les cobayes soumis à une hyperthermie de 40 à 41 degrés, après avoir reçu une dose de culture infectieuse déterminée, furent sauvés d'une façon définitive par une dose de sérum, laquelle n'empêchait pas de mourir au bout de sept à dix-neuf heures, les animaux témoins maintenus à la température de la chambre.

D'autre part, si l'hyperthermie ne diminue pas toujours par elle-même la virulence des germes infectieux, elle peut, toutefois, créer des conditions défavorables à leur activité. Certaines substances pouvant, en effet, comme l'a établi Henrijean (4), devenir antiseptiques sous l'influence de la chaleur, on peut se demander si, sous l'influence de l'hyperthermie fébrile, le *pouvoir bactéricide du sérum sanguin* n'augmente pas dans des proportions considérables.

Les expériences de Kast, que nous venons de rapporter, semblent confirmer directement cette hypothèse à l'appui de laquelle on pourrait, d'ailleurs, encore invoquer les recherches de Rovighi (5), qui a constaté que le sang des ani-

(1) Gamaléia. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. II, 1888.
(2) Maurel. *Recherches expérimentales sur les leucocytes*, Paris 1890-1891.
(3) Voir Congrès allemand de médecine interne de 1896.
(4) Henrijean. *Contribution à l'étude de l'antisepsie*, Bruxelles 1887; et *Recherches sur la fièvre*, Paris 1894.
(5) Rovighi. *L'influenza del riscaldamento*, etc., Loc. cit.

maux infectés et soumis ensuite à un abaissement de la température contenait plus de germes et présentait un pouvoir toxique beaucoup plus grand que le sang des animaux infectés dans les mêmes conditions, mais soumis ensuite au chauffage.

Enfin, les recherches expérimentales sur l'empoisonnement par des alcaloïdes végétaux (1), ont montré que certaines substances toxiques agissent très différemment, suivant la température de l'organisme, et l'on peut supposer que la fièvre, en augmentant les combustions, *favorise l'oxydation et la destruction des toxines*.

Il résulte de l'ensemble des données les plus récentes qui viennent d'être analysées que, dans une maladie infectieuse, il y a, à côté de l'hyperthermie, un facteur important qui est l'intoxication de l'organisme par des toxines provenant de la vitalité des bactéries (et quelquefois aussi de l'organisme lui-même). *Cette intoxication est indépendante de l'hyperthermie;* les deux facteurs présentent, d'ailleurs, des différences essentielles au point de vue de leur signification dans l'évolution de la maladie, car, dans les effets dus à l'*intoxication* proprement dite, c'*est l'élément passif qui domine* : l'organisme subit l'attaque du poison et ne peut qu'en être fâcheusement affecté ; l'*hyperthermie fébrile* et la suractivité des échanges à laquelle elle paraît être liée, témoignent, au contraire, d'une *réaction vitale de l'organisme*.

L'intoxication est le plus souvent le résultat de l'activité des *bactéries;* l'hyperthermie est, au contraire, œuvre de l'*organisme* lui-même qui répond ainsi à l'attaque. Sans doute, la réaction est toujours pénible et souvent redoutable pour l'organisme lui-même, mais c'est aussi grâce à cette réaction que, le plus souvent, il sort victorieux de la lutte, car elle résume l'*ensemble des phénomènes nutritifs et fonctionnels, à l'aide desquels s'opèrent la destruction et l'élimination des germes pathogènes*. Un rapport étroit paraît même exister entre l'intensité de la fièvre et le moment de la *crise*, celle-ci étant d'autant plus rapide et plus prochaine que la température est arrivée plus vite à son maximum, d'autant plus courte que la chaleur est plus élevée.

Point n'est nécessaire, d'ailleurs, de limiter cette conception de la maladie fébrile aux pyrexies infectieuses seules. L'avenir démontrera, peut-être, que les notions, basées sur l'étude de la fièvre *dans les maladies infectieuses*, ont une portée des plus grandes, et déjà, à l'heure actuelle, nous assistons à une orientation des idées vers une compréhension plus large des choses.

En effet, toute une série de recherches [parmi lesquelles nous citerons celles de MM. Bouchard (2), Charrin (3), Roussy (4), etc...] est venue dernièrement démontrer l'origine cellulaire des substances pyrétogènes les plus diverses, et une certaine parenté se trouve ainsi établie entre ces différentes substances.

D'autre part, les expériences récentes de Gangolphe et Courmont (5), d'Arkhanguelski (6), etc., indiquent l'existence dans les éléments cellulaires de l'organisme des substances plus ou moins analogues aux ferments, et qui possèdent des propriétés fébrigènes. Dans les conditions normales, ces substances font partie intégrante du protoplasma; mais qu'une cause quelconque vienne porter atteinte à la vitalité des éléments cellulaires, et les substances pyrétogènes ne tarderont pas à être mises en liberté et donneront lieu à une véritable fièvre. C'est là l'origine des fièvres dites aseptiques, consécutives, le plus souvent, à des traumatismes et survenant sans intervention microbienne.

Et, bien que tous les détails de la question soient encore loin d'être élucidés, il y a là une synthèse importante qui aboutira peut-être un jour à faire, de l'intoxication par des produits d'*origine cellulaire*, la base de l'étiologie de toutes les pyrexies.

Cela paraît d'autant plus vraisemblable que l'ancienne fièvre *nerveuse* a, depuis quelque temps, perdu du terrain, et l'on se demande aujourd'hui s'il est vraiment possible de voir, dans l'élévation de température survenant à la suite d'une excitation nerveuse psychique ou sensorielle (hyperthermie de l'état de mal épileptique, fièvre hystérique, etc.), une véritable fièvre.

Mais il est probable que les matières pyrétogènes produisent la fièvre par l'intermédiaire du système nerveux auquel est dévolue la régulation thermique, sans qu'on puisse pour cela, malgré les travaux de Tschechichin (1), Sachs et Aronsohn (2), Frédéricq (3), Girard (4), etc., affirmer l'existence des centres thermiques (5).

Cependant, Herz (6) a obtenu des phénomènes analogues à la pyrexie infectieuse des animaux, chez des êtres unicellulaires : en ajoutant des bactéries à une solution sucrée contenant une levure, il a vu celle-ci présenter une croissance exagérée, et, en même temps, la liqueur atteindre une température supérieure à celle que produit la croissance de la levure en l'absence des bactéries.

Il est évident que, dans ce cas, en l'absence de tout appareil nerveux, c'est tout le protoplasma qui réagit contre l'infection.

Ainsi, la propriété que possède l'organisme animal de répondre à la cause morbifique par de l'hyperthermie semble, en quelque sorte, inhérente à la matière vivante elle-même.

V

Si nous jetons maintenant un coup d'œil rétrospectif sur l'évolution des idées, relativement à la question qui fait l'objet de ce travail, nous voyons que les conclusions des travaux les plus récents tendent à aboutir à une conception du processus fébrile qui, à première vue, paraît constituer un retour en arrière, puisqu'elle nous ramène à considérer la maladie aiguë comme un combat qui se livre entre les forces vives de l'organisme et l'agent morbifique, et que telles avaient été précisément les conceptions primitives de l'école hippocratique et celles des vitalistes.

La rétrogradation paraît d'autant plus flagrante que l'édifice séculaire de la médecine traditionnelle, qui, depuis le commencement de ce siècle, menaçait ruine, semblait devoir s'effondrer définitivement sous le puissant effort des doctrines microbiennes.

Que faut-il alors penser du chemin parcouru par la question depuis les premiers âges de la médecine et jusqu'à nos jours, si la dernière étape de cette évolution se trouve si près de son point de départ? En effet, la conception du processus fébrile à laquelle tendent à aboutir les conclusions

(1) Dokhman. La fièvre comme une des manifestations de la force curative de l'organisme (en russe), *Clinique internationale*, 1889, n° 1.
(2) Bouchard. Loc. cit.
(3) Charrin. Loc. cit.
(4) Roussy. Recherches expérimentales sur la pathogénie de la fièvre, *Arch. de physiol.*, vol. XXII, 1890.
(5) Gangolphe et Courmont. De la fièvre consécutive à l'oblitération vasculaire sans intervention microbienne, *Arch. de méd. expér.*, 1891.
(6) Arkhanguelski. L'influence des extravasats sur l'élévation de la température, *Dissert. inaug. de Saint-Pétersbourg*, 1892.

(1) Tschechichin. Zür Lehre von der thierischen Wärme, *Reichert's und Dubois-Raymond's Archiv*, 1866.
(2) Sachs et Aronsohn. Die Beziehungen des Gehirns zur Körperwärme und zum Fieber, *Pflüger's Archiv.*, Bd. XXXVII, 1885.
(3) Frédéricq. Sur la régulation de la température chez les animaux à sang chaud, *Arch. de biol.*, 1883.
(4) Girard. Influence du cerveau sur la chaleur animale et sur la fièvre, *Arch. de physiol.*, 1886 et 1888.
(5) Voir sur ce sujet la thèse de Guyon. *Contribution à l'étude de l'hyperthermie centrale*, etc., Paris 1893, thèse n° 68.
(6) Herz. Voir Congr. all. de méd. int. de 1896.

des recherches les plus récentes, semble calquée sur la doctrine hippocratique. D'après celle-ci, la fièvre était un *phénomène réactionnel* et curatif : en activant la respiration et le mélange du sang avec l'air, il donnait à celui-ci les propriétés digestives nécessaires pour la coction qui devait modifier la substance morbifique. Celle-ci était supposée prendre naissance dans les profondeurs de l'organisme même, et celui-ci ne pouvait s'en débarrasser qu'au moyen de ce travail de coction qui rendait la matière peccante apte à être éliminée par les émonctoires.

Essentiellement synthétique, cette conception, à la fois simple et grandiose, était assurément prématurée; mais ce qui devait la rendre particulièrement vivace, c'est que, loin d'être une simple vue d'esprit, elle était née de l'observation clinique — observation sans doute incomplète, mais d'autant plus patiente, d'autant plus attentive que le médecin, placé près du lit du malade, était à cette époque sans autres renseignements que les témoignages de ses sens.

Aussi, tant que la médecine restera à peu près exclusivement clinique, cette conception de la maladie fébrile régnera sans conteste, mais toutes les fois qu'oubliant la suprématie de la clinique, l'activité médicale se tournera d'un autre côté, l'antique conception de la maladie fébrile tombera dans l'oubli pour faire place à une théorie nouvelle. C'est ainsi que déjà l'animisme, croyant s'élever au-dessus du terre à terre de l'observation clinique, défigure la conception primitive par ses tendances à personnifier le principe vital et à attribuer à la fièvre, comme du reste à tous les actes organiques, une nécessité morale (1). C'est ainsi encore que l'antique importance de la fièvre tombe dans l'oubli avec l'avènement de l'organicisme et les premiers progrès de l'anatomie pathologique. C'est ainsi, enfin, que plus près de l'époque contemporaine, l'école physiologique devait amener les cliniciens à croire que la fièvre était toute la maladie que l'organisme subissait, d'ailleurs, *en terrain inerte*... conception qui semblait encore s'affermir par les premières découvertes microbiennes.

Aujourd'hui que la clinique semble avoir définitivement repris ses droits, elle revient de nouveau aux vues anciennes, mais enrichie de toutes les découvertes récentes, mise en possession des moyens d'études plus précis et portant en elle, enfin, ce principe d'analyse qui seul peut donner une base solide à une doctrine et assurer le progrès, la clinique nous offre actuellement des tendances dont l'ensemble satisfait l'esprit infiniment mieux que ne pouvaient le faire les conceptions antérieures.

Ces tendances ont, en effet, l'avantage de tenir compte à la fois de *deux éléments fondamentaux de la maladie*, et tout en fixant l'étiologie de celle-ci hors de l'organisme, elles sont loin de réduire la part de ce dernier au rôle de terrain passif. Avec l'un des représentants les plus autorisés de la nouvelle école, nous arrivons donc à considérer la maladie comme « un ensemble des actes fonctionnels et des lésions anatomiques qui se produisent dans l'économie, subissant à la fois les causes morbifiques et réagissant contre elles » (Bouchard).

Ainsi se trouve élargie et complétée cette notion relative au *rôle actif de l'organisme dans la maladie*, notion qui avait été entrevue par le génie antique dans une synthèse dont la prématurité devait plus tard faire dévier l'idée première et la faire aboutir aux erreurs des doctrines animistes.

Aujourd'hui, nos notions se sont précisées, notre méthode ne suit plus les vieux errements, et jamais nous ne pourrons plus nous plaire à voir dans les actes morbides « des effets actifs et *toujours intelligents* qui tendent à une fin salutaire, à la libération et à la conservation du corps ».

Avec les anciens, nous considérons la fièvre comme une réaction générale de tout le corps contre les altérations que l'agent morbifique provoque dans la crase sanguine et les échanges nutritifs, de même que l'inflammation est la réaction locale du tissu atteint. Mais nous savons aussi aujourd'hui que la cause matérielle des maladies, le ferment morbide, pour nous servir d'une expression souvent employée par les anciens, ne se développe pas spontanément dans l'organisme, et que, doué d'une vie propre, ce *contagium* est par cela même plus redoutable; nous savons, d'autre part, que la *réaction peut elle-même être redoutable pour l'organisme* par l'accumulation constante des produits de décomposition et par l'état de déchéance dans lequel, à la longue, elle finit par placer les éléments anatomiques. Il en est d'ailleurs de même pour l'inflammation qui, elle aussi, est « *un processus à double portée;* suivant l'espèce, on en retire un bénéfice ou elle aboutit à un désastre; tout dépend de son étendue et de son intensité, du rapport, en un mot, qui s'établit entre les allures de la phlogose et les besoins de la réparation » [Kiener (1)].

La rétrogradation de la pensée médicale est donc plus apparente que réelle, et il ne faut pas s'effrayer de pareils retours en arrière. En effet, tout en reconnaissant que nous avons le droit, comme le disait Et.-G. Saint-Hilaire, « de ne pas penser comme Aristote, et de ne pas croire comme Moïse, » nous pouvons très bien nous emparer de la part de vérité contenue dans les notions anciennes, sans être pour cela condamnés à piétiner sur place...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Limoges. — Un congé d'un an, sans traitement, est accordé, sur sa demande et pour des raisons de santé, à M. Laroulandie, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Besson (de Paris), Denoël (de Liège), J.-F. Guillot (de Montreuil-Bellay) et J. Matagne (de Bruxelles).

— M. le docteur P. Budin, accoucheur en chef de la Maternité, reprendra ses leçons cliniques audit hôpital, 119. boulevard du Port-Royal, le samedi 1er mai, à trois heures et demie, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— *Cours pratiques d'ophtalmologie.* — M. le docteur A. Terson, chef de clinique, recommencera le mardi 11 mai, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° Ophtalmoscopie clinique (avec malades), rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales; 2° Chirurgie oculaire (avec exercices, par les élèves). — Le cours aura lieu les mardis, jeudis, samedis, à cinq heures, et durera six semaines.

M. le docteur Mermet, chef de laboratoire, commencera le mercredi 12 mai, à cinq heures, des conférences pratiques : 1° Anatomie de l'œil (avec technique microscopique), physiologie de l'œil; 2° Anatomie pathologique et bactériologie oculaires. — Le cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, à cinq heures, et durera six semaines.

S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

---

(1) « La fièvre n'a point d'existence d'une nécessité physique, mais seulement d'une nécessité *morale*, c'est-à-dire d'une nécessité qui dépend des intentions et des desseins de la nature. » (Grimaud. *Cours complet des fièvres*, édit. par Dumas, Montpellier 1791, et 2e édition, Montpellier 1815.)

(1) Kiener. La fièvre au point de vue de la doctrine microbiologique. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, 1889.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et Essence de Santal
Au Copahu, Cubèbe et Essence de Santal
Au Copahu, Fer et Essence de Santal.

Les **Capsules Mathey-Caylus**, *à enveloppe mince de Gluten*, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables. Elles sont employées avec succès dans la **BLENNORRHAGIE**, la **BLENNORRHÉE**, la **CYSTITE** du col, l'**URÉTHRITE** et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

Mon CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

ANALGÉSINE de A. PETIT

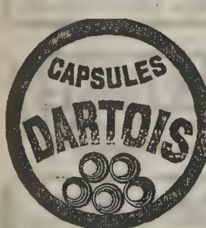
FOURNISSEUR DES HÔPITAUX

Succ. du Dr MIALHE, 8, r. Favart, Paris

L'Analgésine de A. PETIT, absolument pure et sans odeur, n'est vendue qu'en boîtes vernies or, sous bande de sécurité; elle est mise ainsi à l'abri de tout mélange avec d'autres produits d'un prix inférieur. — Le nom d'analgésine a été adopté par la commission du Codex pour désigner le produit connu sous le nom d'Antipyrine.

Se méfier des contrefaçons

L'Analgésine de **A. PETIT** se trouve dans toutes les bonnes pharmarcies.



Excellents effets contre

PHTISIE

et autres Tuberculoses
BRONCHITES, CATARRHES
Chaque capsule contient :
0gr.05 *véritable* Créosote de **HÊTRE**
Huile de foie de morue Q. S.
2 ou 3 à chaque repas
Le flacon **3** fr.
105, Rue de Rennes, PARIS
et toutes les Pharmacies.
Exiger le timbre de l'État.

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

SANTAL SAVARESSE

en capsules anglaises de MEMBRANE ORGANIQUE

Ces capsules se dissolvent dans les **intestin**, sans nausées ni troubles digestifs.

EVANS LESCHER ET WEBB, LONDRES.

Paris : BÉRAL, phien, r. de la Paix; MARCHAND, r. Grenier-St-Lazare; CONOR, r. Barbette, et phies.

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle et Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose p'jour Granules (1 à 3). — Solution p' us. int. (10 à 30 gttes

(1). A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**

Phie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris, et ttes phies.

PHOSPHOGLYCÉRATE DE CHAUX De CHAPOTEAUT

Ancien Préparateur de PELOUZE

Le Phosphoglycérate de Chaux a été découvert par PELOUZE en 1846. — Suivant le Docteur Albert ROBIN, ce composé fournit à l'organisme le phosphore dans une combinaison naturelle et assimilable qui accélère puissamment la nutrition en souffrance.

Indications : Convalescences, Asthénies, Chlorose, Albuminurie, Phosphaturie, Dépressions nerveuses, Phtisie.

DOSES : 20 à 60 centigrammes par jour pour les adultes, moitié pour les enfants.

Ce Sel est présenté sous trois formes :

1° **Sirop de Phosphoglycérate de chaux de Chapoteaut**
contient 20 centigrammes par cuillerée à soupe.

2° **Vin de Phosphoglycérate de chaux de Chapoteaut**
contient 20 centigrammes par cuillerée à soupe.

3° **Capsules de Phosphoglycérate de chaux de Chapoteaut**
20 centigrammes par capsule.

N. B. — La fabrication du **Phosphoglycérate de Chaux** étant d'une délicatesse extrême, nous prions MM. les Médecins de formuler les préparations de CHAPOTEAUT, pour éviter les mélanges impurs et insolubles qui se trouvent dans le commerce.

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, PARIS

NEUROSINE PRUNIER

Reconstituant général, Dépression du Système nerveux, Neurasthénie.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE — NEUROSINE-CACHETS

Débilité générale, Anémie, Phosphaturie, Migraines.

DÉPOT GÉNÉRAL : CHASSAING et Cie, Paris, 6, avenue Victoria

PHTISIE PULMONAIRE
CARBONATE DE GAÏACOL HEYDEN



Dose de 1 à 6 grammes par jour.

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

PEPSI-MALTOSE DURAND GRANULÉE

Pepsine extrac. Maltine pure.

Se prescrit aux malades auxquels l'alcool est interdit.

VIN DURAND

Diastasé

25 ans de succès. 4,000 attestations médicales

DYSPEPSIE — NAUSÉES | CONVALESCENCES — VOMISSEMENTS

Phcie LACHARTRE, 50, Rue Boileau, Paris.

HYGIÈNE — ANTISEPSIE

SULFO-BORE

Acide Borique sulfuré.

Antiseptique puissant, d'une innocuité absolue.

TUMEURS - CANCERS

TRAITEMENT PAR LE THUYA WUHRLIN

Observations cliniques par les Docteurs Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauser, Baratoux, Bouilly, Fauquez, Rizat, Perrussel, etc. Envoi gratis de la broch., Ph. WUHRLIN, 11, r. Lafayette, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 10 AU 15 MAI 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 10 MAI. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Marchand, Humbert et Sebileau.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Retterer et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Pinard, Lejars et Peyrot ; — M. Varnier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Tuffier ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Ricard et Walther ; — (2e partie) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette et Widal ; — M. Chauffard, suppléant.

MARDI 11 MAI. — 1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Quénu et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Raymond, Polaillon et Poirier.

3e examen (1re partie) : MM. Panas, Nélaton et Maygrier.

4e examen : MM. Proust, Achard et André ; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Pozzi et Schwartz ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Dieulafoy et Varnier ; — (2e série) : MM. Cornil, Chantemesse et Marfan ; — M. Charrin, suppléant.

MERCREDI 12 MAI. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Retterer et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Terrier, Marchand et Bonnaire ; — (2e série) : MM. Ricard, Humbert et Varnier ; — M. Wurtz, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Peyrot, Tuffier et Broca ; — (2e série) : MM. Delens, Jalaguier et Walther ; — (2e partie) : MM. Potain, Landouzy et Chauffard.

JEUDI 13 MAI. — 1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Polaillon et Brun.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Schwartz, Poirier et Wurtz.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Tarnier, Rémy et Albarran ; — (2e série) : MM. Berger, Quénu et Bar.

4e examen : MM. Proust, Debove et Gilbert ; — M. Roger, suppléant.

VENDREDI 14 MAI. — 2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Rémy, Poirier et Broca ; — (2e série) : MM. Tillaux, Retterer et Sebileau.

4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter ; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Humbert, Delens et Ricard ; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Chauffard et Gaucher ; — (2e série) : MM. Hayem, Widal et Thoinot ; — M. Gaucher, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire ; — M. Jalaguier, suppléant.

SAMEDI 15 MAI. — 1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Quénu et Nélaton.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Poirier et Roger ; — (2e série) : MM. Albarran, Rémy et Thiéry.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, Hutinel et Marfan ; — (2e série) : MM. Raymond, Letulle et Gilbert ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Berger, Polaillon et Brun ; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Debove et Achard ; — M. Chantemesse, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar ; — M. Gley, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 12 MAI, à une heure. — M. GORGON. Épithéliomatose et sarcomatose mélaniques et cutanées (MM. Fournier, président ; Tillaux, Gaucher et Lejars). — M. DIMITRESCO. De l'épididymectomie partielle ou totale dans la tuberculose primitive du testicule (MM. Tillaux, président ; Fournier, Gaucher et Lejars).

JEUDI 13 MAI, à une heure. — M. PRODON. Des troubles intellectuels dans l'intoxication par le sulfure de carbone (MM. Brouardel, président ; Le Dentu, Hartmann et Thoinot). — M. RICHARD. De l'ostéomyélite de l'omoplate (MM. Le Dentu, président ; Brouardel, Hartmann et Thoinot). — M. BATAILLE. Les persécutés auto-accusateurs (MM. Joffroy, président ; Hutinel, Netter et Charrin). — M. GOSSELIN. Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement de la chlorose (MM. Hutinel, président ; Joffroy, Netter et Charrin). — M. WENDLING. Considération sur le rôle fonctionnel des capsules surrénales (MM. Hutinel, président ; Joffroy, Netter et Charrin).

Paris, le 3 mai 1897.

Les candidats aux places de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux ont l'honneur de soumettre au conseil de surveillance le vœu suivant :

Les épreuves d'admissibilité du concours des hôpitaux comprennent toutes les épreuves théoriques. L'admissibilité est définitivement acquise.

Il existe un concours d'admissibilité annuel.

Le nombre des admissibles est fixé par l'administration de l'Assistance publique.

Pour le premier concours, il sera au moins égal au triple de places de médecins, de chirurgiens ou d'accoucheurs à donner dans le courant de l'année.

Pour le second et les suivants, il sera égal au nombre des places à donner dans le courant de l'année.

Il y a déjà longtemps que nous avons demandé ici même la simplification des concours tels qu'ils existent aujourd'hui. Il est certain que cette série interminable de concours qui prend l'élève depuis l'externat pour le conduire jusqu'aux hôpitaux et jusqu'à l'agrégation est singulièrement stérilisante. Il est incontestable que, pendant la longue durée de la préparation à ces concours, les candidats, qui forment l'élite du corps médical, sont paralysés dans leurs travaux et gênés au point de vue de toute production personnelle. Tous leurs efforts consistent à apprendre et apprendre sans cesse ce qui se fait, se dit, s'imprime, pour pouvoir le réciter convenablement le jour de l'épreuve. Leur jeunesse se passe dans ce travail improductif.

Nous approuvons donc les candidats dans la démarche qu'ils tentent auprès du conseil de surveillance de l'Assistance publique. Toutefois la réglementation de ce qu'ils demandent n'est peut-être pas aussi simple qu'ils le pensent. La nature des épreuves d'admissibilité doit être déterminée avec grand soin, ainsi que celle d'admission définitive. Si la demande des candidats est prise en considération, il sera indispensable de la soumettre à l'étude de commissions nommées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

La suppression de toute épreuve théorique pour l'admission définitive ne nous paraît guère devoir être admise. Il serait en effet souverainement injuste de faire la nomination uniquement sur des épreuves cliniques, et il en serait ainsi si le projet des candidats était adopté sans modification.

Si, en effet, l'admissibilité définitive est largement prononcée — comme cela existera, puisque le nombre des admissibles sera bien supérieur au nombre des admis — cette admissibilité s'obtiendra facilement et le nombre des admissibles deviendra, en quelques années, presque égal au nombre des candidats à l'admission. C'est dire que le titre d'admissible n'aura pas grande valeur et réunira, sous une même étiquette, des candidats de valeur fort inégale.

Or, pour faire, parmi ces admissibles, le choix définitif, on aurait recours aux seules épreuves cliniques. Ce serait là une grave erreur. L'épreuve clinique est trop aléatoire, trop variable, trop différente d'un malade à l'autre, pour permettre de faire, sur elle seule, un choix équitable. Il faut, de toute nécessité, y ajouter des épreuves communes à tous les candidats, permettant un jugement plus assis, une classification plus logique; faire la seule nomination sur l'examen clinique d'un malade serait ouvrir largement les portes au hasard et aussi, disons-le, au favoritisme.

Au lieu de créer de nouveaux concours d'admissibilité et un nouveau titre d'admissible, ne serait-il pas plus logique de décréter simplement : Tout candidat au titre de médecin, chirurgien et accoucheur des hôpitaux, qui aura été déclaré deux fois admissible dans les précédents concours, sera dispensé des épreuves d'admissibilité dans les concours ultérieurs.

Ce serait là une solution simple et pratique de la question.

Il est classique d'admettre qu'il n'y a pas de pleurésie gangréneuse sans lésion antérieure du poumon ; la communication de M. Comby à la Société médicale des hôpitaux (30 avril) et les commentaires qu'y a ajoutés M. Netter, montrent qu'il existe une **pleurésie gangréneuse d'emblée**, sans lésion primitive du poumon, sans fétidité de l'haleine, sans que rien dans la séméiologie vienne faire supposer, avant la ponction exploratrice ou évacuatrice, qu'il y a du pus fétide dans la cavité pleurale.

D'après M. Netter, cette pleurésie gangréneuse d'emblée serait attribuable à un parasite particulier, qui se présente sous l'aspect de grands filaments rectilignes ou plus ou moins coudés : le streptothrix cuniculi, fréquemment rencontré chez le lapin comme l'indique son nom. Il a été déjà décrit par plusieurs auteurs ; M. Netter l'a rencontré 5 fois pour sa part. La guérison a eu lieu 3 fois. La gravité de cette pleurésie à pus fétide serait donc beaucoup moins grande que celle de la gangrène pleuro-pulmonaire. Il y a lieu, comme l'a fait avec succès M. Comby, de pratiquer de bonne heure l'opération de l'empyème et de faire dans la plèvre des lavages antiseptiques suffisants.

MM. Marie et Le Goff font voir la **réaction de Brehmer**, qui permet de faire le diagnostic du diabète par l'examen du sang. A l'état normal, le sang est coloré par le rouge du Congo et le violet de Paris : chez les diabétiques, cette coloration ne se produit pas. La réaction se fait rapidement sur une lamelle de verre. Elle ne tient pas à la présence du glucose, mais à la modification subie par les globules rouges. En effet, elle ne se montre pas lorsqu'on ajoute du glucose au sang normal. Elle est curieuse et pourrait rendre des services dans quelques cas spéciaux, dans le coma, par exemple, pour établir le diagnostic du diabète sucré.

M. Achard a eu une idée qui ne manque pas d'originalité. Quand on fait ingérer du bleu de méthylène par le tube digestif ou qu'on en injecte sous la peau, il ne tarde pas à s'éliminer par les reins en colorant l'urine en bleu.

M. Achard a vu que cette élimination se faisait rapidement à l'état sain, plus tardivement dans certains états pathologiques. Dans quelques cas, la coloration bleue de l'urine, au lieu de se montrer une demi-heure ou une heure après l'injection sous-cutanée de 25 centigrammes de bleu de méthylène, n'apparaît qu'au bout de trois, quatre et même cinq heures; dans quelques cas même, elle fait tout à fait défaut.

L'élimination tardive du bleu de méthylène correspondrait à des lésions du rein, elle en montrerait le peu d'activité fonctionnelle. Elle ne concorde pas toujours avec l'albuminurie. Parfois, au contraire, l'albuminurie existe sans que la perméabilité du rein pour la substance colorante se trouve diminuée.

Cette épreuve de la perméabilité du rein est certainement intéressante : nul doute qu'elle ne puisse rendre des services en clinique.

M. Albert Mathieu rapporte l'observation d'une malade à l'autopsie de laquelle on a trouvé de la cirrhose atrophique du foie, des varices œsophagiennes et de nombreuses érosions hémorragiques de l'estomac. Comme la mort avait été amenée par une grande hématémèse, et que la malade disait avoir éprouvé des douleurs en broche très intenses, on avait, à tort, posé le diagnostic d'ulcère rond.

L'examen microscopique a montré une congestion veineuse intense des parois stomacales, et surtout des lésions profondes de gastrite interstitielle. Les ulcérations paraissaient être la conséquence de l'infiltration de la muqueuse par les aliments embryonnaires. Contrairement à ce qui se passe dans l'ulcère rond, la musculaire sous-muqueuse n'était pas entamée, ce qui tient sans doute à ce qu'en vertu de l'intensité et de la généralisation des lésions de gastrite chronique, le suc gastrique n'était plus capable d'exercer une action auto-digestive de quelque intensité.

HOPITAL INTERNATIONAL. — M. Péan.

Polypes des fosses nasales.

Il s'agit de quatre malades qui ont présenté : le premier des polypes myxo-glandulaires, le second des polypes vasculaires, le troisième des polypes fibreux et le quatrième des polypes tuberculeux des fosses nasales.

Chez ces malades, la récidive s'est produite avec la plus grande rapidité, malgré une extirpation complète, ce qui pouvait faire naître des conjectures sur la nature maligne de toutes ces productions morbides, bien que les examens histologiques pratiqués par Cornil et Brault aient paru l'infirmer.

Voici le résumé de ces observations .

1° *Polypes glandulaires.* — Garçon de quinze ans, portant depuis cinq ans des polypes dans les fosses nasales, qui causaient une dyspnée considérable. Incision de la lèvre et du dos du nez sur la ligne médiane entre deux rangées de pinces, détachement de la lèvre et de la joue du côté du vestibule de la bouche, ablation par arrachement de tous les polypes du côté droit, des cornets et de la pituitaire, avec la cuiller à mors tranchants ; du côté gauche, ablation seulement des polypes et des cornets inférieur et moyen. Un an après, pas de récidive du côté droit, mais récidive du côté gauche nécessitant, de ce côté, la même opération qui avait été pratiquée du côté droit.

Le malade est depuis resté guéri.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de polypes myxo-glandulaires.

2° *Polypes vasculaires.* — Garçon de dix ans, ayant les narines rétrécies et la lèvre supérieure en ectropion, par suite d'un lupus. La narine droite était obstruée par un polype d'aspect noirâtre. Arrachement de la masse polypeuse que l'examen histologique montre être vasculaire. Quinze jours après, opération autoplastique destinée à guérir l'ectropion labial.

Un mois après, récidive et nouvelle obstruction de la narine droite. Incision de la lèvre et du dos du nez sur la ligne médiane, détachement de la portion de la lèvre située au-dessous de la narine, arrachement de tous les polypes et de la pituitaire tapissant les faces externe, supérieure et inférieure de la fosse nasale.

Six semaines après apparition de nouveaux polypes à l'entrée de la narine droite. Ablation par arrachement et cautérisations au chlorure de zinc de tous les points d'implantation. Quinze jours après apparaissent de nouveaux polypes dans la narine gauche.

3° *Polypes fibreux.* — Jeune garçon de dix ans, portant une tumeur du volume d'une châtaigne derrière la tubérosité du maxillaire supérieur. Même opération préliminaire que chez les deux précédents malades ; ablation d'une tumeur blanchâtre, d'aspect fibreux, s'insérant entre les ptérygoïdiens jusqu'à la base du crâne. Un mois après, la partie antérieure de la joue qui correspond au sinus maxillaire est le siège d'une nouvelle tumeur. L'exploration de la fosse nasale et de l'arrière-narine du côté correspondant montre l'existence d'une tumeur du volume d'une noix. Nouvelle opération consistant à pénétrer dans le sinus maxillaire qu'on soupçonne être le point de départ de la tumeur. Ablation de cette nouvelle tumeur fibreuse, à la fois par la région ptérygoïdienne et par la fosse nasale. Actuellement, guérison complète.

Considérations générales. — Voici donc trois affections essentiellement différentes, observées sur des sujets jeunes, du sexe masculin. La nature de ces affections, d'après l'examen histologique, paraissait bénigne, tandis que la récidive a été des plus rapides, malgré le traitement radical institué dès le début.

Chez le premier malade, il s'agissait de ces polypes glandulaires qui sont extrêmement communs dans les fosses nasales, et plus spécialement à la face externe, dont ils peuvent occuper tous les points. Lorsque ces productions morbides sont peu nombreuses, elles sont habituellement bénignes et cèdent à l'arrachement et à la torsion pratiqués avec les pinces à mors concaves fenêtrés, soit par la voie nasale, soit par la voie buccale, suivant qu'elles se portent du côté des narines ou des arrière-narines. Souvent il faut recourir à plusieurs reprises à ce mode de traitement pour voir les polypes cesser de se reproduire. Mais l'expérience nous a depuis longtemps démontré que, si ces polypes sont extrêmement nombreux, bilatéraux, et surtout s'ils sont généralisés à toute l'étendue de la pituitaire et des sinus, ils peuvent résister à ce mode de traitement (1). En pareil cas, il n'y a plus d'autre ressource que de mettre à nu aussi largement que possible, l'intérieur des cavités nasales afin de pouvoir enlever, en même temps que les polypes, toute la pituitaire.

Nous avons montré, dans les observations qui précèdent, que la voie à laquelle nous donnons, en pareil cas, la préférence, est celle qui consiste à fendre la lèvre et le dos du nez sur la ligne médiane, à détacher la lèvre au-dessous de la narine, ainsi que les parties molles qui recouvrent le pourtour osseux des fosses nasales. Grâce à la large ouverture que donnent ces incisions préliminaires, la manœuvre est aisée. Cependant, pour ne pas trop aggraver le traumatisme, nous estimons qu'il est préférable de ne pas enlever toute la pituitaire des deux côtés dans la même séance, et de se borner, dans une première séance, à l'extirper d'un seul côté.

Lorsque la pituitaire a été enlevée en totalité, la récidive

(1) Nélaton. *Pathologie chirurgicale*, 2e édit.

est-elle encore à craindre? Nous avons vu que, chez un de ces malades, elle n'a pas eu lieu du côté où la pituitaire avait été enlevée en totalité, comme cela est la règle, tandis que la repullulation a été très rapide du côté où les polypes et les cornets avaient seuls été enlevés.

Enfin, n'est-il pas à craindre, quand ces récidives se multiplient, que les nouveaux polypes subissent la dégénérescence sarcomateuse ou épithéliale? Des faits de ce genre ont été signalés par Hoppmann, Schpiegelow, Beyer, Heymann, Schiffer, Rheinhold, et très récemment par Bonnain. En pareil cas, les récidives se rapprochent de plus en plus et deviennent rapidement mortelles.

Ce mode de terminaison ne serait-il pas plus à craindre chez le malade qui fait le sujet de la seconde observation? Ce point de vue mérite d'appeler notre attention. D'ailleurs, chez ce second enfant, d'autres problèmes peuvent être posés qu'il serait non moins important de résoudre.

En premier lieu, il ne s'agit plus de polype glandulaire, mais bien de polype *vasculaire*.

En second lieu, il s'agit d'un enfant atteint d'un lupus des fosses nasales, qui s'est propagé à la lèvre supérieure. Bien que ce lupus fût guéri depuis quelque temps, du moins en apparence, les polypes n'en ont pas moins fait leur apparition avec une très grande rapidité du côté de la fosse nasale droite. Leur ablation a été faite d'abord par torsion et par arrachement. Elle a été suivie presque immédiatement de récidive. Il y avait donc indication à recourir d'urgence à la méthode qui nous avait réussi chez le malade précédent, c'est-à-dire à l'ablation totale de la pituitaire de ce côté. Or, contrairement à ce que nous avons observé chez presque tous les malades atteints de polypes myxo-glandulaires, la récidive a été presque aussi rapide après l'ablation de la membrane de Schrödern qu'après le simple arrachement des polypes. Quinze jours après, une nouvelle tumeur se présentait aux narines qui, en quelques jours, sortait au dehors et atteignait le volume d'une noix. Après l'ablation de ce polype, il nous fallut en enlever plusieurs autres, non moins volumineux, d'aspect plus myxomateux, plus glandulaire, qui étaient implantés sur une partie plus reculée de la face externe des fosses nasales. Or, malgré la promptitude de ces récidives, l'examen histologique a montré qu'il n'y avait ni sarcome, ni épithéliome dans le tissu constituant ces tumeurs et qu'elles étaient purement vasculaires.

Autre fait non moins grave : tandis que, jusque dans ces dernières semaines, la fosse nasale droite était seule envahie, nous voyons aujourd'hui la gauche se prendre et se remplir à son tour de polypes. Tout cela ne peut-il pas faire redouter que la tumeur soit en voie de subir une transformation maligne, et cela d'autant mieux qu'il s'agit d'un sujet jeune, à l'âge où les diverses variétés de cancer suivent aisément une marche suraiguë?

En troisième lieu, nous devions nous demander si la cause qui a produit les polypes, chez cet enfant, n'est pas la même que celle qui a donné naissance au lupus du nez et de la lèvre supérieure. On sait que bon nombre de ces lupus sont tuberculeux; nous en avons journellement la preuve dans les services consacrés au traitement de ces sortes d'affections. Mais dans les cas si nombreux de lupus tuberculeux qui détruisent les narines et les fosses nasales, il est rare d'observer des polypes vasculaires : on ne trouve que des productions fongueuses végétantes, le plus souvent externes et faciles à reconnaître. Si donc il y avait une corrélation entre les polypes vasculaires qui existent chez notre petit malade et les lupus tuberculeux, ce serait à nos collègues de l'hôpital Saint-Louis, qu'il appartiendrait de la faire connaître.

On pourrait peut-être supposer que, chez cet enfant, le lupus est d'origine syphilitique, bien que nous n'ayons découvert aucun antécédent héréditaire et que, pour ce motif, l'inflammation ait pris une forme végétante et produit des polypes vasculaires. Bien que l'influence pathogénique de la syphilis sur la cavité nasale ait été étudiée avec soin par plusieurs spécialistes, en particulier par Ruault, nous ne voyons rien d'analogue à ce qui s'est passé chez notre petit malade; et, s'il y a des faits de ce genre, nous sommes bien forcé d'admettre qu'ils sont exceptionnels et qu'ils exigent de nouvelles recherches.

Chez le troisième malade, il s'agissait de tumeurs fibreuses et graisseuses, nées dans la région ptérygoïdienne. Bien que ces tumeurs, par leur siège et leur nature, diffèrent de celles que nous avons signalées chez les deux autres malades, elles nous ont paru mériter d'en être rapprochées.

Cette observation, en effet, montre une fois de plus, que les tumeurs des fosses nasales, des arrière-narines et des régions avoisinantes, qu'on est convenu de classer parmi les tumeurs bénignes, peuvent donner lieu, au cours de leur évolution, à des récidives assez fâcheuses pour qu'elles exigent le sacrifice de portions importantes du squelette de la région, et pour qu'elles compromettent l'existence dans un très bref délai, si l'on n'a pas soin de les traiter vigoureusement par les moyens chirurgicaux. Il s'agissait, en effet, d'une tumeur qui, au début, était à la fois graisseuse et fibreuse, particularité non moins rare qu'intéressante.

D'autre part, bien qu'elle ait été largement enlevée, nous avons eu lieu d'être surpris, dès l'instant où le microscope n'y avait pas trouvé d'autres éléments, de voir que le néoplasme avait récidivé dans la région ptérygoïdienne et envoyait un prolongement à travers la fente ptérygo-maxillaire jusque dans la partie postérieure des fosses nasales.

Bien que l'examen clinique et le microscope démontrent que la plupart de ces tumeurs, de même que les fibromes de l'apophyse basilaire, sont habituellement de nature bénigne, il est à noter que cette bénignité n'a pas été absolue chez notre malade, puisqu'une récidive, à marche suraiguë, s'est faite en quelques semaines.

En résumé, ces trois observations prouvent qu'il ne faut pas craindre, quand il s'agit de polypes glandulaires, vasculaires, fibreux des fosses nasales, c'est-à-dire de tumeurs considérées comme bénignes — pour peu qu'elles soient étendues, multiples, et qu'elles aient de la tendance à la récidive — de les enlever très largement, toutes les fois que la chose est possible, et, au besoin, d'enlever en même temps la pituitaire et le squelette osseux sous-jacent, quand elles ont de la tendance à subir la dégénérescence maligne.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de rapprocher de ces trois malades une jeune fille affectée de polypes tuberculeux de la même région.

Polypes tuberculeux. — Cette jeune fille, âgée de dix-neuf ans, vint, en février 1896, nous consulter, à l'hôpital International.

A cette époque, nous constatons que les deux cavités nasales sont obstruées par des masses jaunâtres, symétriques, qui ont été prises par plusieurs confrères pour des polypes glandulaires ou sarcomateux. La racine et le dos du nez sont très élargis, comme chez les malades précédents, et,

au moindre effort pour se moucher, du muco-pus sort en abondance par les narines. Tenant compte de la rougeur œdémateuse des téguments, de la consistance inégale des os sous-jacents et de l'aspect général de la malade, je pense qu'il s'agit de polypes tuberculeux dont le point de départ n'est autre qu'une inflammation chronique tuberculeuse des os du nez et des branches montantes des maxillaires supérieurs. Pour mieux apprécier l'étendue du mal et pour mieux le faire disparaître, je coupe sur la ligne médiane, les téguments de la racine et du dos du nez, et je constate que la partie inférieure du frontal, la presque totalité des os nasaux, ainsi que les bords antérieurs des branches des maxillaires et le tiers supérieur de la cloison sont détruits et couverts de masses fongueuses et d'un pus jaunâtre, grumeleux, qui ont décollé et même fait disparaître, par place, le périoste. J'enlève avec mes pinces emporte-pièce tout le squelette altéré en même temps que les masses polypeuses, jaunâtres, friables, sans perdre de sang, grâce au pincement des vaisseaux.

L'opération terminée, il reste sur la ligne médiane une perte de substance large, profonde, au niveau de laquelle les téguments doublés de périoste qui ont été disséqués de chaque côté enfonceraient en produisant une difformité choquante, si je ne prenais soin de les soutenir par une lamelle en platine, fenêtrée, assez mince pour qu'il me soit facile de lui donner la forme voulue. Je la place entre le périoste et la face externe du pourtour osseux conservés, puis je la recouvre avec les téguments voisins dont je suture soigneusement les lèvres avec un surget de catgut. La réunion a lieu par première intention.

L'examen histologique fait par Cornil et Brault montre qu'il s'agit de polypes et d'ostéite tuberculeux.

Cinq mois après, la malade revient nous consulter pour une fistule qui s'est formée au niveau de l'unguis droit. Cette fistule étant manifestement produite par le bord de notre lamelle de platine, je me hâte d'enlever cette dernière au moyen d'une incision médiane. Cette extraction a lieu sans difficulté. A notre grande satisfaction, nous reconnaissons que la perte de substance qui existait au-dessous de ce support artificiel, lorsque je l'avais mise en place, s'est comblée spontanément, si bien que, depuis, la région a conservé sa forme normale. A l'heure actuelle, ainsi qu'on peut le constater, le dos du nez, bien qu'ayant perdu un peu de sa proéminence, est assez régulier pour satisfaire les plus difficiles.

Cette observation offre un double intérêt. Elle prouve qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître le point de départ des polypes nasaux qui sont de nature tuberculeuse et d'origine ostéo-périostique. En second lieu, elle montre le parti que l'on peut tirer de la prothèse quand elle est faite méthodiquement dans cette région, comme dans d'autres régions de la face, avec des lamelles métalliques, inaltérables, minces, fenêtrées, si l'on a soin de mettre ces lamelles entre les os et le périoste.

Lorsqu'elles sont profondément placées, ces lamelles sont mieux tolérées et activent la sécrétion fibro-calcaire autour d'elles, comme je l'ai fait observer il y a quelques semaines lorsque notre éminent collègue P. Berger est venu nous communiquer son intéressante tentative de rhinoplastie. Elles facilitent la restauration de pertes de substance même étendues. Cela explique comment nous avons pu, chez notre malade, retirer la nôtre au bout de cinq mois, sans craindre que les téguments se dépriment et viennent contracter avec le squelette déformé des adhérences rebelles autant que disgracieuses.

L'ECTOPIE DU CŒUR A DROITE

CONSÉCUTIVE A LA PLEURÉSIE DROITE

Par le docteur A. Cochez,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger.

I

Récemment M. Fernet présentait, à la Société médicale des hôpitaux (séance du 11 décembre 1896), un malade atteint d'ectopie cardiaque. Se basant sur un examen détaillé de la poitrine et faisant appel aux résultats fournis par la radioscopie dans ce cas, l'éminent médecin de Beaujon rejetait l'opinion d'ectopie congénitale pour se rallier à l'idée d'un déplacement du cœur consécutif à une maladie pleuro-pulmonaire droite restée latente.

A l'occasion de cette communication, M. R. Moutard-Martin relata (séance du 8 janvier 1897 à la même Société) l'histoire d'un de ses malades présentant de nombreuses ressemblances et même certains points de similitude avec celui de M. Fernet. Même situation du cœur à droite, tuberculose ancienne du côté droit s'étant accompagnée, à un moment donné, d'un épanchement pleural latent suivi de la formation de fausses membranes qui, par leur rétraction, auraient déplacé le cœur. Dans ce cas aussi, la radioscopie vint confirmer les résultats fournis par nos moyens habituels d'exploration (1).

Il résulte donc de ces deux intéressantes observations : 1° *que l'épanchement pleural, même latent, peut amener à sa suite des rétractions et des déformations considérables du côté correspondant;* 2° *que la rétraction des adhérences à la suite de pleurésie à droite peut déplacer le cœur et l'entraîner de ce côté.*

La première de ces propositions n'est pas nouvelle, puisque Laënnec, dans son remarquable chapitre sur « le rétrécissement de la poitrine à la suite de certaines pleurésies », après avoir remarqué que les pleurésies hémorragiques se terminent par la formation des fausses membranes fibro-cartilagineuses, dit que les signes de ces pleurésies sont fort obscurs, les symptômes très variables et la marche très irrégulière. « Souvent leur début n'a rien qui ressemble aux symptômes de la pleurésie aiguë, et ce sont sans contredit celles qui méritent le plus le nom de *pleurésies latentes* (1). » On comprend donc que, dans certains cas, les déformations consécutives à une pleurésie restée latente puissent être considérées comme congénitales ou donner lieu à de réelles difficultés d'interprétation.

Quant à la seconde proposition, elle ne semblait pas jusqu'ici, au moins à notre connaissance, être de notion vulgaire. C. Paul fait bien mention du déplacement du cœur par traction vers la droite, mais il ajoute que ce déplacement est peu signalé et atteint rarement de grandes proportions. Cet auteur donne alors l'observation d'un malade qui, à la suite d'une pleurésie droite, a présenté un déplacement du cœur, mais combien peu marqué auprès de ceux qui nous occupent, puisque la pointe battait dans le quatrième espace intercostal *gauche* à 6 centimètres de la ligne mé-

(1) R. Moutard-Martin. Ectopie cardiaque pathologique consécutive à une pleurésie tuberculeuse, in *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 126.

diane; ce qui représentait en somme un déplacement de 2 ou 3 centimètres (1)!

M. Ducamp, de son côté, relate l'histoire d'un soldat qui, dans le cours d'un épanchement pleural à droite, aurait présenté un déplacement du cœur à droite du sternum, mais, chose singulière, ce déplacement n'aurait pas persisté et le cœur aurait repris sa place normale au moment de la disparition de l'épanchement (2). On ne saurait donc rapprocher cette observation des cas de MM. Fernet et Moutard-Martin et des nôtres, cas dans lesquels le déplacement du cœur à droite, résultant de la rétraction d'adhérences, est absolument définitif.

Nous avons, dans ces derniers temps, observé trois malades atteints d'ectopie cardiaque. Si l'interprétation pathogénique de l'un de ces cas est assez délicate et sujette à discussion, il n'en est pas de même des deux autres qui se rapprochent par plus d'un point des observations de MM. Fernet et Moutard-Martin, qu'ils complètent même, grâce aux notions étiologiques plus précises qu'ils fournissent.

Observation I. — *Tuberculose pulmonaire chronique à droite. Poussée aiguë pleuro-pulmonaire. Déplacement du cœur à droite.* — X..., étudiant en médecine, vingt-trois ans, malade depuis trois ans.

Aurait eu une broncho-pneumonie vers l'âge de huit ans. N'aurait jamais eu de pleurésie, pas plus à droite qu'à gauche.

Le début de sa maladie actuelle, tuberculose cavitaire à droite, aurait été insidieux, progressif. Son chef de service, le docteur Béclère, ayant reconnu une localisation tuberculeuse au sommet droit, me l'adressa à Alger à la fin de l'année 1894.

A son arrivée, je constatai de nombreux craquements dans le tiers supérieur droit et ne trouvai rien de particulier à gauche. J'ai dû, à ce moment, ausculter le cœur par habitude, mais rien ne retint mon attention de ce côté.

Le malade retourna en France après la saison d'hiver sans amélioration de son état.

Quelques mois après son retour dans sa famille, en juillet 1895, accident aigu du côté de la poitrine, caractérisé par une hémoptysie et une fièvre continue atteignant plusieurs fois 41 degrés; cet état dure un mois environ et fait place à une fièvre subcontinue. Toux fréquente et expectoration abondante. X... à aucun moment n'aurait ressenti de douleurs vives du côté de la poitrine.

En août 1895, écoulement purulent d'une oreille.

En octobre 1895, X... part pour le Vernet où il séjourne jusqu'en juin 1896. Le docteur Sabourin le soigne pour une tuberculose du côté droit et parle d'adhérences pleurales de ce côté. L'état reste stationnaire, sauf une laryngite qui fait son apparition en mai.

En juin départ pour Leysin. Là les médecins constatent à l'arrivée une matité complète dans le côté droit de la poitrine avec diminution des vibrations, pas d'égophonie. Ils pensent à l'existence d'un épanchement pleurétique et font une ponction exploratrice qui ne donne pas de liquide. Ils déclarent que le côté gauche est en bon état.

De passage à Leysin à cette époque, j'ausculte le malade et je constate, outre un ramollissement tuberculeux de toute la moitié supérieure du poumon droit, des signes d'induration de la base pouvant faire songer à l'existence d'un épanchement.

L'expectoration muco-purulente, qui n'a fait qu'augmenter depuis le début de la maladie, est actuellement très abondante.

Rien de saillant pendant le séjour à Leysin; le malade est aphone, sa suppuration de l'oreille persiste, ses digestions sont laborieuses, sa température vespérale oscille autour de 38 degrés.

Plusieurs fois, la nuit, en se couchant sur le côté droit, il a cru sentir des battements dans ce côté, mais assez indifférent par nature et arrêté d'ailleurs par l'invraisemblance de la chose, il n'a pas prêté autrement attention à ces battements.

Le jour de son départ, il se fait examiner par l'assistant *qui remarque que le cœur bat à droite*, alors que, huit jours auparavant, l'examen habituel n'avait rien révélé d'extraordinaire.

Séjour à Vincennes dans sa famille jusqu'à fin octobre 1896, époque du départ pour Alger.

A son arrivée, je constate les signes du ramollissement tuberculeux dans toute la hauteur du poumon droit, rien de saillant dans le poumon gauche qui est le siège d'une respiration puérile, je trouve le cœur à droite du sternum, le maximum des bruits s'entendant vers la partie moyenne de l'horizontale qui relie le mamelon droit au sternum.

Ces jours derniers, après la lecture des observations de MM. Fernet et Moutard-Martin, je pratique un examen plus méthodique de la poitrine de X... et j'obtiens les résultats suivants :

Inspection. — Amaigrissement des masses musculaires en général. Aplatissement du côté droit en avant au niveau des premiers espaces intercostaux et sous le mamelon. Épaule droite plus basse que la gauche. Épine de l'omoplate plus saillante à droite. Côté gauche plus globuleux, présente à chaque mouvement respiratoire une ampliation plus étendue que le côté droit. En arrière et à droite, affaissement marqué des espaces intercostaux à l'inspiration.

La *palpation* bimanuelle des deux côtés indique un développement plus marqué à gauche. Pourtant la mensuration du périmètre thoracique ne donne qu'un demi-centimètre en plus pour le côté gauche.

A la *percussion*, matité à droite en avant et de haut en bas. Pourtant il est facile de délimiter le foie dont la matité est plus forte et commence à trois travers de doigt au-dessous du mamelon pour s'étendre jusqu'au rebord des fausses côtes.

A gauche sonorité qui paraît plus marquée qu'à l'état normal. Sonorité quasi-skodique dans la région où existe normalement le cœur. Espace de Traube conservé.

A l'*auscultation*. A droite gargouillements et souffle caverneux en haut. Râles bulleux dans toute la hauteur mais respiration affaiblie à la base en arrière.

A gauche, respiration puérile surtout en bas, quelques râles sibilants à la partie moyenne.

Je procède alors à la recherche du cœur. J'aperçois d'abord un choc très net à chaque systole cardiaque dans les troisième et quatrième espaces intercostaux à droite vers le milieu de la ligne sterno-mammaire. Ce choc est nettement perçu par la main surtout dans le quatrième espace. La percussion ne permet pas de délimiter le cœur à cause de la matité du côté droit. A l'auscultation, les bruits sont normaux, bien frappés, à maximum situé à l'endroit où le choc est le mieux perçu. Ils se propagent dans tout le côté droit, jusque dans la ligne axillaire, et paraissent très lointains à partir du bord gauche du sternum.

Voici donc un tuberculeux dont la maladie, presque exclusivement localisée au côté droit, a une marche chroniquement progressive. Mais un épisode aigu survient à la suite duquel plusieurs médecins ont songé à un épanchement et ont même pratiqué une ponction exploratrice.

(1) C. Paul. *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*, p. 37.
(2) Ducamp. In *Montpellier méd.*, 1891.

L'épanchement avait très certainement existé au moment de la fièvre, et, si la ponction n'a pas donné de liquide, c'est qu'elle a été faite tardivement, au moment de la formation des adhérences. L'existence d'une pleurésie ne nous paraît donc pas douteuse.

Nous n'insisterons pas sur les signes physiques qui nous ont fait admettre un déplacement du cœur à droite : l'absence de matité cardiaque dans la région précordiale, l'existence de battements perçus à droite du sternum alors qu'ils n'existent pas à gauche, les résultats de l'auscultation permettant de localiser à droite le maximum des bruits du cœur. Toutes ces raisons nous font admettre que le cœur est déplacé et situé à droite.

Ce déplacement est-il congénital ou acquis?

S'il était congénital, les médecins, nombreux et attentifs, qui ont soigné successivement ce malade, n'auraient pas manqué de relever cette particularité. D'autre part, cette sensation de battements à droite aurait été perçue depuis longtemps, alors qu'elle n'apparaît qu'un an environ après la détermination pleuro-pulmonaire aiguë. Enfin, le foie et la rate occupent leur place habituelle, ce qui milite encore en faveur d'une ectopie acquise.

Il s'agit donc ici d'un déplacement à droite, amené par la rétraction des fausses membranes pleurales qui ont vraisemblablement contracté des adhérences avec le péricarde et le cœur. *(A suivre.)*

L'ÉLONGATION VRAIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

ET SON APPLICATION AU TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE; RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET THÉRAPEUTIQUES (1)

Par les docteurs GILLES DE LA TOURETTE et A. CHIPAULT.

II

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — *Ces faits constatés, nous pensâmes d'emblée à en tenter l'application à la thérapeutique de l'ataxie locomotrice.*

Nous y étions encouragés par ce fait que, pendant ces vingt dernières années, le traitement de cette affection a été dominé presque complètement par cet objectif : agir mécaniquement sur les organes nerveux malades.

Dans une première période, qui dura de 1878 à 1883, nombre d'auteurs, tant en France qu'à l'étranger, cherchèrent à y réussir par l'élongation des nerfs; aujourd'hui condamnée comme méthode de traitement général du tabes, cette technique reste, appliquée, non plus aux gros troncs nerveux, mais aux petites branches périphériques, le procédé thérapeutique le plus efficace contre ses accidents trophiques (maux perforants, etc.), ainsi que l'un de nous l'a récemment démontré (2).

On saura à l'occasion l'associer, sous cette forme particulière, au traitement principal de l'affection médullaire.

Celui-ci, du reste, chercha presque tout de suite à devenir tout à fait direct : l'élongation de la moelle elle-même devint le but des efforts de la thérapeutique.

Dès 1883, Moczutkowski (d'Odessa) publiait les bons résultats qu'il avait, en cherchant ce résultat, obtenus chez 13 tabétiques à l'aide de la suspension avec l'appareil de Sayre. Ses essais restèrent presque ignorés jusqu'au jour où M. Raymond, de retour d'un voyage en Russie, fit part à notre regretté maître Charcot des bénéfices obtenus par cette technique. D'emblée, en novembre 1888, celui-ci confiait à l'un de nous, alors son chef de clinique, le soin d'expérimenter dans son service le nouveau procédé de traitement; le 19 janvier 1889, nous publiions nos premiers résultats (1), obtenus sur 18 tabétiques; le 23 février (2), nous y revenions, en nous basant sur l'étude de 40 malades; enfin, en mai 1890 (3), tablant sur une statistique de 100 cas, nous disions : « 100 ataxiques à la période moyenne de leur affection, soumis à la suspension, peuvent, après trente à quarante séances, être divisés ainsi qu'il suit : 20 à 25 sont améliorés, suivant la totalité des symptômes de la maladie, particulièrement les douleurs fulgurantes, l'incoordination motrice, les troubles génito-urinaires, sans qu'il y ait des changements dans les troubles oculaires et le signe de Westphall; 30 à 35 ressentent à des degrés divers une amélioration d'un ou plusieurs, mais non de la totalité des symptômes. Les autres, 35 à 40 p. 100 environ, ne retirent aucun bénéfice de la suspension ou du moins n'en retirent que des bénéfices trop passagers pour entrer en ligne de compte dans les résultats favorables. »

L'enthousiasme même qui accueillit la méthode de la suspension devait lui être des plus préjudiciables : il n'y eut plus en France un établissement hydrothérapique, voire une salle de gymnastique, où elle ne fut appliquée, laissée le plus souvent aux mains de garçons de bains, de gens complètement ignorants des choses de la médecine; on y soumit à tort et à travers tous les ataxiques, si bien qu'il se produisit des accidents graves, même des cas de mort subite qui jetèrent sur elle le discrédit.

Aussi, en 1891-1892, sous l'influence de Brown-Séquard, les injections de suc testiculaire se substituèrent-elles sans effort à la thérapeutique mécanique : leur vogue fut du reste brève, car elles ne tinrent en rien les promesses dont on les avait crues susceptibles.

Et, dans ces dernières années, on en revint peu à peu à la suspension. Erb (4) la préconise à nouveau comme donnant d'excellents résultats, surtout marqués chez les sujets qui ont des douleurs, de l'anesthésie, de la faiblesse musculaire, des troubles vésicaux. Vorotmensky (5) arrive de son côté à des conclusions à peu près analogues. Dans une Revue critique, M. Belugou (6), médecin de Lamalou, les appuie de son expérience. Tout récemment, le professeur Raymond (7) déclare que la méthode de Moczutkowski reste pour lui la

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 492.

(2) A. CHIPAULT. De la cure radicale du mal perforant par l'élongation des nerfs plantaires, Acad. de méd., 6 avril (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 407).

(1) J.-M. CHARCOT. De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux. Leçon recueillie par Gilles de la Tourette, *Progrès méd.*, 19 janvier 1889.

(2) GILLES DE LA TOURETTE. De la technique à suivre dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du système nerveux, *Progrès méd.*, 23 février 1889.

(3) GILLES DE LA TOURETTE. Modifications apportées à la technique de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, nº 3, 1890.

(4) ERB. Die Therapie der Tabes, *Samm. klin. Vortr.*, nº 150, avril 1896.

(5) VOROTMENSKY. Ueber die Suspension als eine Behandlung methode bei Nervenkrankheiten, *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, vol. VIII, liv. 1 et 2, 1895.

(6) BELUGOU. Traitement mécanique de l'ataxie. *Nouveau Montpellier méd.*, supplément bi-mensuel, 1er janvier 1896, p. 17.

(7) F. RAYMOND. Le traitement de l'incoordination motrice du tabes par la rééducation des muscles. *Revue intern. de thérap.*, nos 5, 6 et 7, 1896.

méthode de choix dans le traitement du tabes. D'autre part, on essaie de supprimer les accidents de la suspension en faisant fléchir les jambes sur le tronc, soit directement [Bonuzzi (1)], soit à l'aide de courroies [Blondel (2)] : ces deux tentatives sont demeurées sans écho.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 avril 1897. — Présidence de M. Delens.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES PÉRITONITES SUPPURÉES

M. JALAGUIER appuie les conclusions de MM. Kirmisson et Brun, relativement à l'observation de M. Malapert. Il croit, avec ses collègues, qu'il s'agit là d'un cas de péritonite à pneumocoques. M. Jalaguier a observé cinq cas de péritonites à pneumocoques. Dans un cas, la guérison est survenue spontanément après l'ouverture, au niveau de l'ombilic.

Il a opéré les quatre autres cas : trois de ces malades ont guéri, un est mort. Dans tous ces cas, le pus forme de larges coagula caractéristiques. Après l'intervention, la guérison a lieu, en général, très rapidement. M. Jalaguier lave la cavité péritonéale avec de l'eau salée et draine avec de gros drains qu'il préfère au mickulicz.

M. POIRIER a opéré, il y a deux ans, une jeune malade à la Maternité, dont l'observation est la même que celle de M. Malapert. Il y avait une large poche entourée d'adhérences, M. Poirier a drainé. Ultérieurement, cette malade est devenue tuberculeuse.

M. G. MARCHANT se pose tout d'abord cette question : une péritonite généralisée septique est-elle curable ? Ainsi que l'ont justement fait observer MM. Reynier et Quénu, ce qu'on désigne sous le nom de péritonite généralisée n'est souvent qu'une large péritonite enkystée. Il faut avoir bien soin, dans ces cas, de respecter les barrières naturelles fournies par les adhérences. M. Marchant peut, cependant, citer des cas de péritonites suppurées généralisées, d'origine appendiculaire. Il fit la laparotomie médiane, trouva un pus épais, fétide, et, dans la fosse iliaque, un appendice gangréné avec un petit calcul. Toute la masse intestinale est recouverte de fausses membranes. Cette malade a bien guéri.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme d'une cinquantaine d'années, atteinte de péritonite généralisée, dont le péritoine était rempli de pus, les intestins recouverts de fausses membranes. La péritonite était, également, d'origine appendiculaire. Cette malade a aussi très bien guéri.

Dans ces cas de péritonite généralisée, la guérison tient surtout à la nature de la péritonite et à la période à laquelle on intervient. Les péritonites à pneumocoques guérissent, en général, assez facilement. Il faut donc toujours examiner le pus, puis porter un diagnostic. Il faut intervenir le plus tôt possible, dès qu'il y a de la matité dans la fosse iliaque, que les urines deviennent rares et les selles sanguinolentes. M. Marchant préfère la laparotomie médiane, réservant les incisions latérales pour les cas bien nets de péritonites localisées péri-appendiculaires.

L'ouverture doit être largement faite, de façon à pouvoir bien tout examiner et bien tout nettoyer. M. Marchant ne fait pas de lavages, considérant tous les liquides antiseptiques comme dangereux, mais il fait une toilette complète de l'intestin, en enlevant toutes les fausses membranes. Il fait le drainage, à la fois avec les tubes de caoutchouc et la gaze iodoformée à la mickulicz.

M. ROUTIER se rallie à l'opinion de MM. Kirmisson et Brun sur la nature de la péritonite, dans l'observation de M. Malapert.

Dans un cas identique qu'il a opéré, il a trouvé dans le pus le pneumocoque.

Par la laparotomie, il a enlevé presque 2 litres de pus avec des fausses membranes. La péritonite était mal enkystée ; les anses intestinales étaient flottantes dans le pus. Donc la péritonite était généralisée.

L'enfant a bien guéri.

Quant au drainage, la mèche à la Mickulicz forme un tampon et non un drain. Pour drainer, il faut mettre des tubes en caoutchouc.

Pour les lavages du péritoine, M. Routier en fait dans quelques cas particuliers.

Enfin, on observe parfaitement des cas de guérison après l'opération dans les péritonites nettement généralisées, alors même que ces péritonites ne sont pas à pneumocoques. Mais il faut opérer vite et d'une façon complète.

M. NÉLATON a opéré récemment une malade atteinte d'une péritonite généralisée, à la suite d'un avortement. Il a fait une laparotomie médiane ; il y avait de nombreux foyers purulents dans le péritoine, vers la fosse iliaque. Il vida ces foyers, les nettoya et les draina. La malade a guéri.

Dans un autre cas, il a vu aussi une péritonite à foyers multiples. Il a opéré la malade, elle a succombé. A l'autopsie, on a trouvé derrière l'estomac un gros abcès qui était resté méconnu.

Ces foyers étaient consécutifs à une perforation stomacale.

Tous ces cas appartiennent à la famille des péritonites généralisées ; mais il existe des foyers multiples, séparés les uns des autres. Il faut vider tous ces foyers pour faire une opération complète.

Dans un troisième cas, enfin, il a vu une malade atteinte d'une ascite purulente. Il a attendu pendant quelques jours en traitant la malade médicalement. Après une amélioration passagère, la malade succomba après une laparotomie qui ne put être conduite jusqu'au bout, la péritonite étant absolument généralisée et le pus étant infiltré entre toutes les anses intestinales.

M. QUÉNU n'a jamais nié l'existence des péritonites généralisées ni la guérison de ces péritonites. Il a affirmé seulement que, cliniquement, le diagnostic de la généralisation était difficile à établir. En effet, on peut voir des péritonites généralisées ne donnant que peu de signes cliniques, peu de ballonnement.

Pour affirmer l'existence d'une péritonite généralisée suppurée, il faut avoir ouvert le ventre et constaté que les anses intestinales libres flottent dans le pus.

COMMUNICATION

Des myxomes du bassin. — M. BERGER communique l'observation d'un myxome de l'os iliaque ayant donné lieu à une énorme tumeur.

Il s'agit d'un homme arrivé cachectique dans son service.

La tumeur a été vue, pour la première fois, par le malade, en février 1896 ; elle s'était développée graduellement et occupait tout le bas-ventre. Il y avait, de plus, des douleurs atroces sur le nerf crural, avec paralysie motrice dans le domaine du même nerf.

---

(1) Bonuzzi. Atti della reale Accademia di Roma, 1890-1891, p. 257. A ce propos Benedikt (Die Methode Bonuzzi der Behandlung der Tabes, *Wien. Med. Presse*, 1892, p. 4), se faisant l'apologiste de la méthode de Bonuzzi, dit que cet auteur a expérimenté sur le cadavre l'action mécanique de la flexion rachidienne sur la moelle et obtenu des résultats trois fois plus considérables que par la suspension : nous n'avons pas trouvé le détail de ces expériences dans les journaux italiens contemporains.

(2) Blondel. *Rev. de thérap. médico-chir.*, 1er avril 1895.

Tout le côté gauche de l'abdomen était occupé par une énorme tumeur allant de la fosse iliaque aux fausses côtes et occupant les lombes. Cette tumeur était bosselée, irrégulière, rénitente, en partie fluctuante. Elle donnait la sensation d'un enchondrome.

Cette tumeur était insérée sur l'os iliaque ; elle était indépendante de la colonne vertébrale.

M. Berger a fait l'ablation de cette tumeur par une incision latérale sous-péritonéale. La tumeur s'insérait sur l'os iliaque, et put être détachée assez facilement.

Elle fut examinée : il s'agissait d'un myxome de l'os iliaque, à développement rapide.

Ces myxomes des os sont, en somme, rares. Ils ont été étudiés par Virchow, Cornil et Ranvier. M. Tillaux a publié la première observation de myxome du bassin. Depuis cette époque, on a rapporté quelques observations du même genre.

Ces myxomes sont quelquefois difficiles à distinguer cliniquement des enchondromes ; ils sont irréguliers, bosselés, lobulés, durs par places.

M. QUÉNU. Les myxomes purs des os sont rares ; mais les myxo-sarcomes des os sont très fréquents.

Les myxo-sarcomes doivent être confondus comme pronostic avec les sarcomes des os. D'ailleurs, au point de vue de leur origine, les myxomes ne sont pas éloignés des sarcomes.

M. BERGER est du même avis que M. Quénu.

Mais, dans son cas, il s'agissait manifestement d'un myxome pur. Il y avait un peu de mélange de chondrome ; mais on n'y a pas trouvé trace de sarcome.

Dans le myxome pur, on n'a jamais vu de récidive, ni de généralisation. Il s'agit donc d'une tumeur à pronostic plus bénin que le myxo-sarcome.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897

19. M. MARTIN (M.). Traitement de la coqueluche par la quinoléine. — 20. M. SACQUÉPÉE. Études sur la flore bactérienne du vaccin (mixture vaccinale glycérinée). — 21. M. CONTE. Du décollement juxta-épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus. — 22. M. ROUFFIANDIS. Sur une dermite perlée non décrite à allure clinique d'actinomycose. — 23. M. SCHEFFLER. Étude médico-légale sur l'état mental des vieillards. — 24. M. NOACK. Du relèvement des bras dans l'extraction des pieds, son traitement. Abaissement du bras antérieur par des manœuvres externes. — 25. M. DIMOUX-DIME. Du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 28 avril : MM. Besançon et Gouget, 19 ; Hudelo, 18. — 30 avril : MM. Deschamps, Plicque et Springer, 18.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Consultation écrite : 30 avril, MM. Cazin, 20 ; Mauclaire, 17 ; Reblaub, 14.

— Par décret, en date du 15 avril 1897, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs Legros (de Rochefort), Barbin (de Montoir), Pellevoisin (de Niort), M. le professeur Heurtaux (de Nantes).

— Par décret, en date du 19 avril 1897, M. le docteur Mangon (de Fontenay-le-Comte) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 30 avril 1897, M. le docteur Vidal, médecin à Grasse, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 1er mai 1897, M. le docteur Morin, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, est nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 30 avril 1897, M. le médecin-major de deuxième classe Perrier, répétiteur à l'école du service de santé militaire, a été nommé à l'emploi de professeur agrégé d'hygiène à l'école du Val-de-Grâce.

— Par décision ministérielle, en date du 30 avril 1897, MM. les médecins aides-majors de première classe Beaujean, du 2e régiment de tirailleurs algériens, et Montalti, du 20e régiment de dragons, sont autorisés à permuter entre eux.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le prix biennal Etienne Falcouz, de la valeur de 1000 francs, fondé par décret du 25 mars 1897, sur la rente annuelle de 4000 francs, allouée à l'Université de Lyon par M. Augustin Falcouz, sera décerné, en 1898, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante, mise au concours par le Conseil de l'Université, sur la proposition de la Faculté de médecine :

Etudier les principales propriétés, naturelles ou acquises, des humeurs de l'organisme, utilisées récemment dans le diagnostic et la pratique des maladies microbiennes.

Pour être admis à concourir, il faut être de nationalité française et avoir moins de trente ans au 1er mai 1898.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront parvenir, franco de port, au Secrétariat de l'Université (Faculté de médecine), le 1er mai 1898 au plus tard.

Les imprimés ne seront reçus que s'ils ont été publiés moins d'un an avant cette date.

— M. le docteur J. La Bonnardière, ancien interne des hôpitaux de Lyon, moniteur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine française de Beyrouth (Syrie).

— L'administration des hospices de Bordeaux est entrée en possession du legs Audinet, consistant en une somme de 200 000 francs, destinée à la fondation d'un hôpital de convalescents, et en une somme de 30 000 francs, pour la fondation de trois lits à l'hospice des vieillards.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Carion (de Charleville), Charles Dubreuilh (de Bordeaux) et Gueirard (de La Condamine).

— M. le professeur S. Duplay reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, le mardi 4 mai, à dix heures du matin, et les continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur A. Fournier reprendra ses leçons cliniques des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 7 mai 1897, à dix heures du matin, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Roubinovitch, chef de clinique de la Faculté, commencera le samedi 8 mai 1897, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, un cours élémentaire de pathologie mentale, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 5 mai 1897.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* s'associeront à la profonde douleur de toute la rédaction en apprenant le cruel malheur qui vient de frapper son cher directeur, M. le docteur Le Sourd. Sa fille, Mme Cordoen, se trouve parmi les victimes de la catastrophe qui met tout Paris en deuil. Qu'il soit permis à ses dévoués collaborateurs de lui adresser ici, ainsi qu'à Mme Le Sourd et à ses enfants, l'expression de leurs sentiments d'affectueuse et sincère compassion.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de faire remarquer, à propos des nombreuses discussions qui ont lieu en ce moment sur l'appendicite dans diverses sociétés savantes, que la plupart des médecins, avec M. Dieulafoy, se montrent plus partisans de l'intervention chirurgicale que les chirurgiens eux-mêmes. M. Dumontpallier est venu protester avec énergie contre cette tendance de ses collègues en médecine. Il a surtout protesté contre les paroles prononcées par M. Dieulafoy dans la séance du 16 mars. Pour M. Dieulafoy, il n'y a qu'un traitement rationnel de l'appendicite, c'est l'intervention chirurgicale. C'est là, suivant M. Dumontpallier, une grave erreur et qui peut avoir les plus fâcheuses conséquences. Avant l'intervention des chirurgiens dans le traitement de l'appendicite ou de la typhlite, les médecins ne guérissaient-ils jamais leurs malades? Que disent, à ce sujet, les statistiques? C'est ce que M. Dumontpallier étudie en s'appuyant sur les travaux de Galliard, de Revilliod (de Genève) et d'après une statistique portant sur 10000 cas, il arrive à cette conclusion que, par le traitement médical, on obtient 93,26 p. 100 de guérisons.

Il faut reconnaître à M. Dumontpallier le mérite d'avoir le courage de son opinion, même quand elle est contraire à l'opinion courante, et d'avoir dit bien haut, à la tribune de l'Académie, ce que beaucoup d'autres pensent tout bas.

M. Le Dentu a fait une intéressante communication sur le traitement chirurgical des perforations de l'estomac. Dans cette communication, M. Le Dentu étudie avec soin tous les signes de ces perforations et s'applique à bien poser les indications de l'intervention chirurgicale. Il décrit ensuite la technique de cette intervention et fait connaître les résultats qui ont été obtenus dans deux cas de son service.

M. Blondel, à propos de la communication faite dans la dernière séance par MM. Gilles de la Tourette et Chipault, sur le traitement de l'ataxie par l'incurvation forcée de la colonne vertébrale, fait une réclamation de priorité et fait connaître les résultats qu'il a obtenus par cette méthode, dans cinq observations personnelles.

MM. Lemaistre (de Limoges) et Vidal (d'Hyères) ont été nommés membres correspondants nationaux.

L'ÉLONGATION VRAIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

ET SON APPLICATION AU TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE ; RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET THÉRAPEUTIQUES (1)

Par les docteurs GILLES DE LA TOURETTE et A. CHIPAULT.

III

Restés constamment fidèles au principe de l'élongation médullaire, nos idées sur la meilleure manière de l'obtenir en pratique, se sont transformées, à la suite des recherches anatomiques que nous avons rapportées : elles nous prouvaient, en effet, la nécessité, pour y réussir, non plus de suspendre, mais de fléchir le rachis de nos malades.

L'appareil, que nous avons fait construire dans ce but, se compose essentiellement d'une table basse, portative, longue de 1 m. 40, large de 45 centimètres, portant à sa partie postérieure un petit dossier auquel est fixée une courroie ou sangle. Sur la ligne médiane, à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs de la table, est adaptée une poulie sous laquelle passe une corde de traction reliée à une moufle fixée au niveau du bord libre. Le patient s'assied bien d'aplomb sur la table, les jambes étendues, la poulie située dans leur intervalle. Le tronc est alors fixé par la sangle du dossier afin d'éviter le glissement du corps en avant. Les jambes sont maintenues dans la rectitude, les pieds reposant sur la table par les talons et leur bord interne se touchant, par une sangle passée autour de la table et fixée au-dessus des genoux. De cette façon, les membres inférieurs ne peuvent ni se fléchir ni se renverser en de-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 516.

hors. La partie essentielle de l'appareil consiste en une sangle à quatre branches affectant la forme d'un X. Les deux branches supérieures sont munies d'anneaux situés à diverses hauteurs. Leur face antérieure porte cette indication destinée à éviter des erreurs d'application : face, côté droit, côté gauche. La branche inférieure, la plus petite, qui doit être placée du côté gauche du sujet, est pourvue d'une boucle ; la plus grande branche inférieure passe autour du bassin du sujet, puis sous la table, et va se fixer à la boucle de la petite branche. Les deux branches supérieures passent



sous les bras. Au niveau de la région dorsale on les entrecroise à la façon d'une croix de Saint-André, de manière que la branche droite passe à gauche, et réciproquement, et que leur extrémité libre, munie d'anneaux, vienne, de chaque côté, se poser sur les épaules à la façon de deux bretelles. A ces anneaux, un peu plus haut, un peu plus bas, suivant la taille des sujets, se fixent les deux extrémités terminées en crochet, d'une petite barre de fer disposée en forme de cintre et munie, à sa partie médiane, d'un anneau dans lequel s'engage la corde de traction : celle-ci se réfléchissant sur la poulie située entre les jambes du sujet la traction d'horizontale devient verticale, ce qui force le malade, l'appareil étant en place et manœuvré, à se courber, à fléchir le rachis.

Disons, tout d'abord, qu'il est des sujets chez lesquels les disques intervertébraux sont assez élastiques pour que la flexion maximum soit dépassée immédiatement ; ils se plient en deux comme une charnière, à la façon de certains acrobates : ces sujets sont rares ; la flexion forcée du rachis, on le comprend, ne leur est pas applicable. Il en est d'autres chez lesquels le développement exagéré du tissu adipeux qui double les parties abdominales met obstacle à la flexion en avant : ceux-là sont peut-être dans l'espèce encore plus rares que les précédents, les ataxiques, loin d'être adipeux, étant presque toujours émaciés.

En dehors de ces deux conditions exceptionnelles, la flexion est parfaitement applicable.

Dans la majorité des cas, la force à déployer, mesurable à l'aide d'un dynamomètre qu'on peut interposer entre le crochet de la moufle et la corde de traction, varie entre 60 à 80 kilos, soit une moyenne de 70 kilos fournie par 10 ataxiques.

Ce maximum n'est pas obtenu dès la première séance. En effet, le sujet, forcé de se courber en avant, éprouve, dans la région dorso-lombaire, une sensation qui deviendrait vite douloureuse si la traction était trop forte. Sa tolérance augmente généralement dans les cinq ou six premières séances pour devenir ensuite stationnaire. D'autre part, si la traction est exagérée, le sujet sent une tension dans les sciatiques des deux côtés, ce qui est la meilleure preuve qu'il se produit une élongation de la moelle et des gros troncs nerveux qui se rendent aux membres inférieurs : si l'on tirait trop fort, on risquerait de produire, comme nous l'avons observé quatre fois, une sciatique double qu'il est facile d'éviter en agissant avec prudence. Nous insistons donc sur ce fait que, pendant la durée de l'opération, les membres inférieurs doivent rester étendus à plat, de façon à ne pas permettre le relâchement des sciatiques. La tête sera libre, moyennement fléchie sur le thorax, les bras seront pendants ou repliés le long du tronc.

Dans ces conditions, aucun accident n'est à redouter, la respiration se fait librement, la circulation n'est en aucune façon gênée, à l'inverse de ce qui se produit généralement dans la suspension.

De même qu'au début de toute séance, la traction doit être progressive, à la fin de l'opération on ne produira pas, en lâchant brusquement la corde de traction, une déflexion subite du rachis ; on filera peu à peu, puis le malade sera rapidement démuni de l'appareil et pendant quelques instants se placera sur un canapé ou un lit de repos. Il pourra ensuite, s'il est encore valide, se livrer immédiatement à ses occupations habituelles.

La durée moyenne d'une séance oscille entre huit et douze minutes, temps maximum.

Nos recherches, à l'aide de l'appareil que nous venons de décrire, ont porté sur deux groupes de sujets.

Nous avons d'abord expérimenté sur 10 individus valides, qui ont bien voulu se prêter à nos investigations, de façon à nous permettre de nous rendre un compte exact des sensations éprouvées et de préciser ainsi la technique de l'intervention.

Nous avons ensuite opéré sur 47 ataxiques : 39 hommes et 8 femmes.

Disons, dès l'abord, que nous n'avons pas soumis indistinctement tous les ataxiques qui se présentaient à la flexion rachidienne : le discrédit qui, à un moment donné, a atteint la suspension est venu certainement, pour une part au moins, de ce qu'aucune sélection n'était faite parmi les malades traités. Il faut savoir respecter certains cas de tabes. Tous les médecins ont observé des tabétiques chez lesquels l'affection, nettement déterminée, se jugeait uniquement, après une durée de dix ans et plus, par l'abolition du réflexe lumineux et patellaire, le signe de Romberg, quelques douleurs fulgurantes et un peu de parésie vésicale : il est évidemment inutile d'intervenir par les moyens mécaniques, dans ces cas dont l'évolution modifie fort peu les conditions de l'existence. De même, l'intervention mécanique n'est guère indiquée à la troisième période du tabes, lorsque l'incoordination est très accentuée, que les malades sont dans ce que l'on a appelé, avec juste raison, la cachexie tabétique. Enfin, il existe des tabes à marche aiguë qui semblent, à quelque époque que ce soit, défier tous les efforts de la thérapeutique : l'intervention mécanique y est nettement contre-indiquée. Restent les ataxiques parvenus à la deuxième période de leur mal, en voie d'incoordination,

chez lesquels l'affection se révèle par son luxe habituel de symptômes : crises de douleurs fulgurantes dans les membres, crises viscérales, anesthésies variées, troubles génitaux et vésicaux; si l'on n'intervient pas, les sujets de cette catégorie sont fatalement voués à une évolution progressive et assez rapide de leur mal : chez ces ataxiques, de tous les plus nombreux, la flexion du rachis constitue, à n'en pas douter, la méthode thérapeutique la meilleure, bien supérieure, en particulier, à toutes les autres méthodes mécaniques.

Nos observations le démontrent péremptoirement.

En effet, 22 de nos malades, soit près de la moitié, ont été améliorés suivant la presque totalité des symptômes de leur maladie. Cette amélioration a porté, en premier lieu et surtout sur l'ensemble des phénomènes douloureux : crises à caractère fulgurant, troubles de sensibilité. En second lieu, nos malades ont retiré un grand bénéfice de la méthode par rapport aux troubles urinaires, la rétention en particulier : l'incontinence a été moins favorablement influencée sans que nous puissions en donner une interprétation suffisante. Enfin la flexion a une action presque constamment favorable sur l'impuissance. Sur nos 22 malades, 12 présentaient une incoordination motrice assez marquée : chez 10 la marche a pu se rétablir dans des conditions satisfaisantes. Dans tous les cas, les symptômes oculaires ou bulbaires n'ont été que très médiocrement influencés. Ces résultats cadrent curieusement, notons-le en passant, avec les résultats de nos recherches anatomiques. La flexion, nous l'avons vu, a une action surtout marquée sur la moitié inférieure de la moelle dorsale, la moelle lombaire et les nerfs de la queue de cheval. Or, cliniquement, c'est incontestablement d'une façon prédominante, sur les symptômes imputables aux lésions de ces régions, par lesquelles débute, du reste, presque toujours le tabes, qu'a porté l'amélioration : douleurs en ceinture, crises gastriques, douleurs dans les membres inférieurs, parésie vésicale et incoordination motrice.

A côté de ces 22 cas où le résultat a porté d'une façon générale sur la totalité des symptômes de l'affection, 15 autres en ont retiré des bénéfices analogues, mais plus restreints et limités à quelques-uns seulement de ces symptômes.

Dix de nos malades seulement n'ont retiré de la flexion rachidienne aucune amélioration. Cette proportion est d'un quart à peine, au lieu du pourcentage de 35 à 40 insuccès pour 100 établi dans notre première statistique portant sur 100 cas de tabes traités par la suspension dans le service du professeur Charcot à la Salpêtrière.

Aucun de nos malades n'a subi moins de quinze à vingt séances de flexion, terme moyen auquel nous nous sommes bornés lorsque la méthode ne semblait pas devoir donner de résultats satisfaisants. L'améloration s'est montrée généralement vers la dixième ou quinzième séance à dater du moment où la traction maximum avait été tolérée. La pratique nous a conduit à conseiller une séance tous les deux jours; la séance quotidienne n'est efficacement tolérée qu'à la condition de ne pas excéder cinq à huit minutes de durée; elle peut être utile dans les cas où les phénomènes douloureux sont prédominants. D'une façon générale, il nous a semblé inutile d'appliquer la méthode pendant plus de trois à quatre mois consécutifs, soit quarante à cinquante séances. Il arrive, en effet, presque toujours une période où, dans un traitement de longue durée tel que celui du tabes par l'élongation de la moelle, les bénéfices obtenus semblent, au moins momentanément, ne pouvoir être dépassés. Il faut alors interrompre les séances et profiter de ces interruptions pour instituer un traitement médicamenteux, prescrire une saison thermale, car l'élongation n'est pas exclusive des autres méthodes thérapeutiques et se combine heureusement avec elles. Bien entendu, après un mois et demi ou deux d'interruption, on devra reprendre, pour une nouvelle période de durée variable, les séances de flexion redevenues utilisables.

Nous conclurons donc en disant que, forts d'une expérience de plus de quatre ans, nous considérons la flexion rachidienne, seul moyen d'obtenir l'élongation vraie de la moelle, comme exempte des dangers de la suspension et comme permettant d'obtenir chez les ataxiques un bénéfice thérapeutique que l'on peut sans hésitation estimer au double de celui, déjà satisfaisant, que procurait cette importante technique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mai 1897. — Présidence de M. Caventou.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. DUMONTPALLIER fait remarquer que les chirurgiens ont semblé n'intervenir que sagement dans l'appendicite. Il n'en est peut-être plus de même pour un médecin fort distingué dont la parole a une grande portée. M. Dumontpallier proteste de toutes ses forces contre ce qu'a dit M. Dieulafoy ici même le 16 mars 1897 : « La typhlite n'existe pas plus que la pérityphlite. Tout ce qu'on a écrit sur ce sujet est un tissu d'erreurs... Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite; il n'y a qu'un traitement rationnel, c'est le traitement chirurgical... » Or ces paroles ont porté *urbi* et *orbi*. Lisez les journaux étrangers et ceux de province et vous verrez que maintenant, dès qu'on parle d'appendicite, on appelle le chirurgien et il opère.

M. Dumontpallier croit que M. Dieulafoy est dans l'erreur et que ces affirmations peuvent avoir de graves conséquences.

Pour M. Dieulafoy, il n'y a jamais eu que des appendicites. Soit, mais alors que faisait jadis le pauvre médecin en présence de ces appendicites qu'il appelait typhlites ou pérityphlites? Il appliquait des cataplasmes, parfois des sangsues, le repos au lit était absolu et bien souvent le malade guérissait sans qu'on fût même obligé de lui donner un purgatif doux.

Or, ce n'était pas une maladie grave, le plus souvent le sujet guérissait. S'il survenait quelque complication, alors on appelait le chirurgien et celui-ci opérait s'il y avait lieu. Franchement on ne perdait guère de malades.

Voilà donc la conduite des abstentionnistes avec intervention raisonnée, tout à fait opposée à celle des interventionnistes convaincus.

M. Dumontpallier invoque la statistique et une statistique sérieuse : sur 10000 cas d'appendicites traitées médicalement, la mortalité n'est que de 90 p. 1000.

Galliard, dans son article du Traité de médecine, sous la direction de Brouardel, cite une série de statistiques portant sur le traitement de l'appendicite par les moyens médicaux seuls. Telle est, d'abord, celle résultant d'une enquête faite auprès de soixante-treize médecins suisses et dans laquelle on trouve que sur 7213 typhlites, 473 avaient succombé. Dans une autre série, d'observations, dans 6740 cas, la mortalité n'a été que de 8,8 p. 100. Sur 2000 typhlites traitées dans l'armée allemande, il y a eu guérison dans 96 p. 100

des cas. En faisant le total général, on trouve que sur 100 cas d'appendicites traitées médicalement il y a eu 93 succès.

Voici encore ce que dit M. Revilliod, professeur de clinique médicale à Genève, récemment interrogé sur cette question du traitement de l'appendicite. Sur 115 observations recueillies par lui, il n'a eu à constater que 8 décès. D'ailleurs Roux (de Lausanne), paraît-il, d'après M. Revilliod, est moins enthousiasmé pour l'opération. M. Revilliod n'est que peu partisan de l'opération faite à froid qui peut être inutile, le malade continuant alors à avoir des crises douloureuses.

Voici maintenant la statistique fournie par M. Talamon, dans sa très remarquable communication récente. Sur 80 observations personnelles, il n'y a que 8 décès, dont 2 opérés.

Il pourrait conclure de toutes ces statistiques que c'est seulement dans 4 p. 100 des cas d'appendicite que le chirurgien peut intervenir utilement.

Mais M. Dumontpallier veut être plus large et il dit que, dans un tiers des cas d'appendicite, le chirurgien peut et doit intervenir et que son intervention est utile.

Dans quels cas peut-on songer à l'intervention chirurgicale? Lorsqu'il y a perforation de l'appendice, pouls petit, fréquent, température discordante, vomissements, là l'intervention est inutile. Si le ventre est rempli de pus, que température et pouls marchent simultanément, que l'état général n'est pas très grave, alors l'intervention fait des merveilles. S'il y a abcès enkysté péri-appendiculaire, là aussi le chirurgien fait une belle besogne et ses succès sont remarquables. Mais en dehors de cela, le traitement médical seul suffit.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier aussi qu'il existe des appendicites hystériques où tout est factice, que l'on trouve aussi des pseudo-appendicites créées par le malade porteur d'un point un peu douloureux au niveau de l'appendice.

D'autre part, l'appendicite est tellement répandue qu'aujourd'hui l'exagération même des gens du monde est telle que bien souvent ils exigent l'opération, même malgré l'avis du médecin.

M. Dumontpallier dit en terminant qu'il y a des typhlites et des péri-typhlites, comme il y a des appendicites et des péri-appendicites. Il dit aussi qu'il y a un traitement médical de toutes ces affections, traitement rationnel utile, et que le traitement chirurgical doit être réservé pour des cas nettement déterminés, en dehors desquels il est inutile ou même dangereux.

COMMUNICATIONS

Perforation spontanée de l'estomac. — M. LE DENTU fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Traitement de l'ataxie par l'incurvation forcée de la colonne vertébrale. — M. DEBOVE communique une note de M. Blondel sur ce sujet, à propos de la communication lue à la dernière séance de l'Académie de médecine et due à MM. Gilles de la Tourette et Chipault.

Dans une communication faite à la Société de thérapeutique (séance du 20 mars 1895) et publiée dans la *Revue de thérapeutique*, communication que les deux auteurs précités ont mentionnée et qui, d'ailleurs, se trouve reproduite dans l'ouvrage classique de Erb, M. Blondel a montré que l'on pouvait produire l'élongation de la moelle dans son canal, tout en se mettant à l'abri des dangers de la suspension, et cela par une manœuvre très simple et très inoffensive. Le sujet étant couché dans son lit, une forte courroie à boucle, genre ceinture de taille, est passée derrière ses épaules et de là sous ses genoux ou sous ses talons, selon sa corpulence et selon la longueur de ses jambes. On serre fortement et on maintient le sujet durant cinq minutes chaque jour dans cette position, en lui permettant au besoin de se coucher sur le côté pour respirer plus à l'aise. On obtient ainsi, par cette incurvation forcée de la colonne vertébrale, une élongation de l'axe rachidien dont Bonuzzi a d'ailleurs fourni la preuve par des expériences directes sur le cadavre, et il ajoutait que cette élongation devait porter surtout sur la circonférence la plus extérieure de l'arc, c'est-à-dire précisément sur les cordons postérieurs, siège des lésions de l'ataxie.

Si M. Blondel rapporte avec quelques détails ces divers points de sa technique, c'est que la simple mention bibliographique donnée à propos de son travail par MM. Gilles de la Tourette et Chipault ne permet vraiment pas de se rendre un compte suffisamment exact du point où il avait laissé la question quand ils l'ont reprise. Il ajoute d'ailleurs qu'ils ont donné une démonstration anatomique très complète de ce qu'il n'avait avancé que comme une hypothèse, et qu'ils ont modifié un peu sa technique, en maintenant le malade les jambes allongées et en fléchissant le tronc sur les jambes, ce qui limite peut-être l'étendue de la flexion et doit gêner un peu plus les mouvements respiratoires par une compression plus étendue de l'abdomen.

En faisant participer les jambes à la flexion, M. Blondel croit que l'allongement de la moelle, tirée en haut par le cou et en bas par les sciatiques, devait être plus considérable; d'autre part, en faisant écarter les jambes pour placer la tête entre les genoux, il laissait peut-être un peu plus de jeu à la paroi abdominale. Mais ce sont là des questions de détail, et la meilleure attitude sera celle qui donnera les meilleurs résultats. Le point essentiel à établir c'est que ces messieurs sont partis du même principe et que Erb, parmi les méthodes préconisées, a bien voulu donner dans son livre la préférence à celle de M. Blondel. Elle a été, en tout cas, un progrès incontestable sur le fauteuil de Sprimon destiné, lui aussi, à produire mécaniquement l'élongation de la moelle.

La méthode est-elle absolument inoffensive? M. Blondel a eu un trop petit nombre de cas pour pouvoir se prononcer: MM. Gilles de la Tourette et Chipault, qui ont opéré sur un plus grand nombre de malades, n'ont pas observé d'accidents. Il est certain que nous sommes loin des dangers de la pendaison; mais, au risque de paraître timoré, et malgré cette statistique vierge de décès, M. Blondel croit qu'il y a des cas où il faudra se montrer très prudent. Il y a d'abord les malades obèses ou cardiaques, sujets à la dyspnée, exposés à la syncope. Mais il y a un danger plus inattendu, avec lequel il faudra compter : c'est la fragilité du tissu osseux de certains tabétiques. Chez ces malades, exposés à ces fractures spontanées, à ces arthropathies spéciales bien connues aujourd'hui, il est possible qu'une incurvation trop prononcée amène un effondrement de la colonne vertébrale, avec toutes les conséquences funestes de la compression de la moelle; et ceci est d'autant plus à craindre que, grâce à l'hypotonie musculaire qui leur est propre, les tabétiques sont capables d'extensions musculaires invraisemblables, comme Déjerine, Frænkel et d'autres l'ont montré; enfin, leur sensibilité musculaire émoussée ne permet pas, comme chez les sujets sains, d'être avertis à temps de l'exagération de l'angle obtenu. Ce n'est pas un dynamomètre qu'il faudrait, car celui-ci ne saurait mesurer que la résistance des muscles et des ligaments, mais un réactif de la résistance du tissu osseux du sujet au tassement, ce qui n'est pas la même chose.

En résumé, les tabétiques, au début de leur période de douleurs fulgurantes, peuvent s'adresser avec avantage à la méthode indiquée par M. Blondel ou à sa modification par M. Gilles de la Tourette. M. Blondel croit la sienne plus simple et capable de donner une élongation plus complète. Mais l'élongation extrême est-elle indispensable? La moelle

du tabétique s'allonge-t-elle, à toutes les périodes du tabes, dans des proportions aussi considérables que celle des sujets sains? et peut-on demander à la méthode plus que l'assouplissement du tissu sclérosé à sa première période? D'autres symptômes que les douleurs fulgurantes et les troubles vésicaux seront-ils influencés par cette action toute locale sur les cordons postérieurs? C'est ce qu'on ne saurait dire et c'est ce que l'avenir apprendra.

M. Blondel félicite MM. Gilles de la Tourette et Chipault des résultats brillants qu'ils ont rapportés. Pour sa part, après deux très beaux et très rapides succès, il a eu trois échecs complets. Il a dû alors abandonner le sujet, entraîné par d'autres études, et il s'est complètement désintéressé de cette question depuis lors. Mais les cinq observations qu'il a pu recueillir à cette époque, sont assez intéressantes pour qu'il profite de cette occasion de les faire connaître, car il croit qu'elles comportent en elles un certain enseignement.

Son premier malade était un homme jeune, ancien syphilitique, venu le consulter pour une paralysie vésicale : les douleurs fulgurantes étaient prévues, guettées, et, presque dès leur début, elles furent soumises au traitement par l'élongation, qui réussit ici à merveille : dès la deuxième semaine, les douleurs avaient disparu; la paralysie vésicale aussi, mais elle était traitée en même temps par les instillations de nitrate d'argent. Le traitement ayant été interrompu, les douleurs reparurent et cessèrent à la reprise de l'élongation, cette fois, d'une façon définitive. Ici, l'action bienfaisante de la méthode fut évidente. Mais la marche du tabes ne fut influencée en rien, car il a revu le malade ces temps-ci, à l'occasion d'une paralysie fugace de la sixième paire.

Ses quatre autres observations sont inédites :

La deuxième malade fut une femme de quarante-cinq ans, au début de son tabes, chez qui les douleurs fulgurantes furent également arrêtées dès la deuxième semaine du traitement. Là, malheureusement, s'arrêta la série favorable. Le troisième malade fut un tabétique bien connu à Paris, M. M..., ingénieur, que nombre de médecins ont été appelés à soigner tour à tour, et qu'il vit avec le docteur Brochin, en mai 1895 : chez lui, l'ataxie était déjà ancienne : les douleurs étaient atroces, tantôt fulgurantes, plus souvent dévorantes, et donnaient au malheureux la sensation de brodequins douloureux ou de décortication de la peau. Pendant trois semaines, M. M... se plaça chaque jour, durant cinq minutes, dans la position prescrite; comme il souffrait beaucoup, M. Blondel apporta une légère modification au procédé opératoire, en attirant, par une première courroie, ses genoux vers la tête de son lit, et, par une seconde, les deux épaules vers le pied du lit. Aucun résultat, aucune amélioration ne fut obtenue. Le quatrième était un peintre connu, que M. Blondel soigna avec son ami, le docteur Morel-Lavallée : là, également, ataxie déjà ancienne, incoordination des mouvements des jambes et douleurs fulgurantes. Echec complet. Enfin, dans le cinquième cas, chez une femme de cinquante ans, à tabes évoluant lentement, avec atrophie de la papille, douleurs furgurantes, mais peu d'incoordination, il n'obtint rien encore.

De ces quelques observations il semble se dégager déjà cette idée que la méthode avait d'autant plus de chances de réussir qu'elle était appliquée plus tôt, dès la première apparition des douleurs. Il semblerait que l'élongation des cordons postérieurs, sans retarder en rien l'évolution du processus de sclérose qui les envahit, agisse surtout sur les tissus sclérosés jeunes, permettant ainsi qu'un des effets de cette sclérose au début ne se manifeste pas chez le malade. Quoi qu'il en soit, les douleurs installées depuis plusieurs années, accompagnées d'incoordination motrice, ont résisté tout particulièrement à ce traitement. C'est un peu à ces conclusions qu'arrivent, de leur côté, MM. Gilles de la Tourette et Chipault. Les quelques modifications de détail qu'ils ont apportées à la technique de M. Blondel ne semblent pas être la cause de leur plus belle série de succès, car l'élongation est peut-être plus étendue avec le procédé de M. Blondel qu'avec le leur. Le procédé qu'il a indiqué se recommande, d'autre part, par sa très grande simplicité; le malade peut très aisément s'appliquer sa courroie lui-même, ou avec l'aide de quelqu'un de son entourage : il suffit de compter le nombre des crans de la courroie, pour apprécier comparativement le degré de resserrement d'une séance à l'autre : l'adjonction d'un dynamomètre spécial ne paraît pas indispensable.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène sociale. La prostitution clandestine à Paris (1), par le docteur COMMENGE, médecin en chef du dispensaire de la Préfecture de police.

Le docteur Commenge a eu l'occasion d'étudier longuement les misères humaines dans des milieux bien différents : président honoraire de la Société médicale des bureaux de bienfaisance, notre confrère a été médecin du bureau de bienfaisance du IVe arrondissement, où il a, pendant vingt-sept ans, pratiqué l'assistance médicale à domicile. Il a pu, pendant cette période, méditer sur les tristesses qui ont passé sous ses yeux. Depuis longtemps médecin du dispensaire de salubrité de la Préfecture de police, après avoir été interne à Saint-Lazare, il est devenu médecin en chef de cet important service, alors qu'il venait de remplir, pendant dix ans, les fonctions de médecin en chef adjoint.

Des études persévérantes et une longue expérience ont donné au docteur Commenge l'autorité voulue pour parler, en connaissance de cause, de ce grave problème social, qui a nom la *prostitution*.

Le sujet est vieux comme le monde, mais la manière de l'examiner est neuve, puisque notre confrère s'attaque à un point capital, la *prostitution clandestine*, laquelle, comme la criminalité dont elle est sœur, a gagné les toutes jeunes filles. Le travail qu'il vient de publier renferme l'histoire complète de la prostitution clandestine à l'heure actuelle. C'est le livre d'un praticien, homme de cœur et de science, que nous désirons faire connaître aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*.

L'ouvrage est divisé en neuf chapitres. Dans le premier, nous trouvons exposées les causes si nombreuses de la prostitution. C'est avec douleur qu'on lit les pages où le docteur Commenge nous montre (statistiques en mains), en digne émule de Jules Simon, de Le Play et de tant d'autres, que le travail est souvent insuffisant pour l'ouvrière; que les parents envoient leurs enfants apprendre un métier, sans leur avoir donné les moyens moraux pour lutter contre le mal, pendant ces dures années d'apprentissage; que la famille est sans cohésion (ce n'est plus la famille de la cité antique!). Quelles méditations suggère l'état de la famille d'aujourd'hui! Les parents moins chargés de responsabilité morale, et les enfants perdant le respect qu'on parvient difficilement à leur imposer. Et que dire des familles où le vice se transmet des parents aux enfants! Les filles quittent la famille, ignorantes et crédules; elles sont saisies par le minotaure à incarnations diverses : marchands de vin, brasseries, bals, camaraderies suspectes, souteneurs, proxé-

---

(1) Gr. in-8° de XI-567 pages. Prix : 12 fr. 50. — Paris, Schleicher, édit., 15, rue des Saints-Pères.

nètes, etc. Il faut la grande ville pour pratiquer le vice avec tant d'intelligence. Les petites villes sont troublées également par la prostitution clandestine, mais combien discrètement! Tout ce chapitre est de tristesse sociale. Il montre le vice gangrénant cette jeunesse de quatorze à vingt et un ans, l'âge d'or de la vie.

Comment, en un plomb vil, l'or pur s'est-il changé?

Lisez ces pages, et vous le saurez. Je ne cite pas, car c'est trop concis, trop simple, comme la statistique.

De ces ouvrières, le docteur Commenge passe aux domestiques, dans l'extension de la prostitution clandestine (chapitre VII). C'est encore question sociale. Les domestiques ne rêvent que lucre, profit, bien-être, plaisirs, partage des concupiscences dont ils sont souvent témoins. Ils échappent à la surveillance de la famille, de la maison, dans leurs chambres, asiles suspects où succombe la jeune fille simple et honnête. Et le danger de la transmission de la syphilis par les domestiques! C'est là une question nouvelle, traitée à fond, qui révèle un péril social, méconnu jusqu'à ce jour. Comment échapper à la contamination possible? Comment modifier les rapports domestiques? C'est encore une méditation que nous soumet le docteur Commenge. C'est le cas de dire, à la mode du jour : son livre est suggestif.

Ces filles livrées à elles-mêmes, sans appui, sans secours, écoutant les mauvais conseils, inspirées par les mauvais exemples, quittent certains refuges tenus par des maîtres en immoralité; elles sortent, elles s'offrent et l'homme prend souvent, sans prudence, risquant son argent et sa santé. Elles courent les rues sans vergogne; c'est alors qu'agit la police des mœurs (chapitre II).

A ce sujet, le livre du docteur Commenge est des plus instructifs. Il nous met au courant de toutes les difficultés de cet office de la police. Et nous admirons la prudence, la mesure délicate, les précautions minutieuses que l'administration impose à ses agents. Combien d'erreurs ont été propagées au sujet des arrestations! Le docteur Commenge nous initie à tous les rouages de cette administration et nous permet d'en apprécier les qualités.

Il faut voir ce qui se passe à la salle du dispensaire de salubrité (chapitre III). Quelles difficultés les médecins ont à surmonter! Et avec quel tact, avec quelle scrupuleuse attention ils établissent le diagnostic! Je me complais à m'instruire à cette lecture si intéressante, qui nous fait connaître les immenses services que le dispensaire rend à la société (voir les tableaux des statistiques, chapitres III et IV).

Avec une méthode rigoureuse, l'auteur a classé les maladies suivant l'âge des insoumises; il décrit les symptômes constatés, en signalant le siège qu'ils occupent et en montrant ainsi, avec la gravité des manifestations, la facilité de transmission de ces accidents, qu'ils soient syphilitiques ou vénériens. Il nous enseigne que, chez les insoumises, la syphilis est de tous les âges. Après un pareil exposé, combien nous sommes surpris que des écrivains aient pu dire qu'en soumettant à des visites sanitaires des filles, impures au moral comme au physique, qui ont perdu tout sentiment de dignité, on trouble leur pudeur! Le docteur Commenge se fait le champion de cette surveillance aussi étendue que possible. Il combat ses adversaires, chiffres en mains. Ses tableaux de statistiques sont aussi nets et aussi positifs qu'un théorème de mathématiques. Que ce soit pour l'étude des maladies ou pour l'étude de la contagion, quel terrible assaut contre le laisser-faire! C'est alors qu'on admire le travail patient du docteur Commenge qui, par ses études de statistique, rend la vérité éclatante, surtout dans le chapitre de l'inscription et de la réglementation (chapitre IX). Quels arguments serrés en faveur de l'inscription et de la réglementation! Les statistiques sur les contagions syphilitiques dans les diverses armées d'Europe et des colonies anglaises ne sont ni moins instructives ni moins documentées. Nous ne pouvons que louer ce travail sérieux et ces recherches minutieuses. C'est la science pure de la statistique qui dit la vérité. Ne faut-il pas barrer le chemin à cette contagion terrible des affections vénériennes et syphilitiques? Arrêtons, par tous les moyens, le péril social de la syphilis, qui mine les individus et la famille.

Les filles malades sont soignées à Saint-Lazare. Tout ce qui a été dit et écrit, à ce sujet, est discuté par le docteur Commenge (chapitre V). Les filles majeures saines sont rendues à la liberté, après l'avis du dispensaire. Les filles mineures sont libres, si les parents n'ont cure de leurs brebis égarées. Et encore ici combien l'administration est bienveillante et prudente pour tâcher de ramener au devoir des filles dont l'esprit est peut-être plus troublé que le cœur! Mais, que de difficultés! Souvent la famille ne veut plus de cette fille qui cause tant de soucis. Parfois, au contraire, les parents redemandent leur enfant qui, vicieuse, les quitte après quelques jours passés dans la famille. D'autres fois, les parents envoient leur fille dans une maison de correction, dont le régime ne fera que rendre plus ardent le désir de la vie libre et irrégulière. Ou bien les insoumises entrent au Bon-Pasteur ou dans d'autres maisons analogues. Ah! si on pouvait envoyer tout ce monde aux champs, pendant plusieurs années, sous une discipline bienveillante, quoique sévère : c'est le vœu du docteur Commenge; c'est aussi le nôtre, car le Bon-Pasteur et même l'asile de l'hospitalité du travail pour les femmes, nous semblent insuffisants.

Toute cette histoire de la prostitution clandestine est racontée dans ses plus petits détails par le docteur Commenge (chapitres II, VI, VII et VIII). Il n'y a pas d'extrait à faire d'une étude aussi concrète; il faut la lire.

En fermant ce livre, tout lecteur se dira que c'est l'œuvre d'un médecin savant, laborieux et consciencieux, qui présente au philosophe tous les éléments précis pour méditer sur une grosse question de morale sociale, et, à l'hygiéniste, tous les moyens de combattre un mal dangereux pour l'individu et pour la société.

Ce livre « de bonne foi » honore son auteur.

Dr N...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Phisalix (Césaire-Auguste), docteur ès sciences naturelles, assistant au Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur intérimaire de la chaire de pathologie comparée, pendant la durée du congé accordé à M. Chauveau.

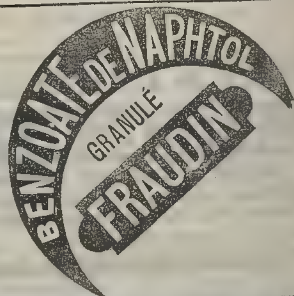
— M. le docteur Richard est nommé médecin-adjoint au lycée de Mâcon, en remplacement de M. le docteur Tussau, appelé à d'autres fonctions.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


BENZOATE DE NAPHTOL
GRANULÉ
FRAUDIN

N° 53. — SAMEDI 8 MAI 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 8 MAI 1897. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — **1** an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — **1** an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne.

Par H. MORESTIN,
Ancien interne des hôpitaux, ancien prosecteur
à la Faculté de médecine de Paris.

I

Les grenouillettes, tumeurs liquides, enkystées et d'origine salivaire, situées dans l'épaisseur du plancher de la bouche, font, pour la plupart, saillie dans la cavité buccale. A côté de ces grenouillettes ordinaires, sublinguales, vulgaires, on en rencontre d'autres beaucoup plus rares qui forment une tumeur au-dessous de la mâchoire et occupent la région sus-hyoïdienne. Ce sont celles dont nous devons nous occuper.

On admet ordinairement deux catégories de grenouillettes sus-hyoïdiennes, dont la pathogénie serait un peu distincte, les sus-hyoïdiennes sublinguales, les sus-hyoïdiennes sous-maxillaires, qui proviendraient les premières de la glande sublinguale, et les autres auraient pris naissance dans la glande sous-maxillaire.

Une étude pathogénique complète devrait porter sur le processus intime qui préside à la naissance de la maladie, sur les modifications qui transforment l'organe et l'amènent de l'état normal à l'état de maladie.

Dans le cas particulier, ce mot a pris un sens un peu spécial. Etudier la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne, c'est proprement en déterminer le siège et en établir le point de départ. C'est donc, en somme, élucider un point d'anatomie pathologique plutôt que de pathogénie proprement dite.

A la vérité, même ainsi limitée, la question est complexe et délicate. Ces kystes sus-hyoïdiens sont, habituellement, précédés de grenouillettes sublinguales, il s'agit de déterminer les rapports qui unissent l'une à l'autre les deux variétés.

Les grenouillettes sus-hyoïdiennes sont-elles autochtones, d'emblée sus-hyoïdiennes, et alors, quel est leur point de départ?

Quand elles ont été précédées de grenouillettes sublinguales, comment se fait leur développement? Y a-t-il migration ?Par où, comment, et pourquoi se fait cette migration ?

Or, les observations, les interventions, et surtout les autopsies sont rares, les cas ne sont pas absolument comparables, et l'on conçoit que sur bien des points l'on puisse demeurer dans l'incertitude.

II

Les anciens auteurs avaient vu, évidemment, des grenouillettes sus-hyoïdiennes, mais sans en chercher d'explication, ni même se rendre bien nettement compte du caractère spécial de la maladie.

Louis, auquel nous devons la première observation bien claire et bien démonstrative, et la première tentative d'explication, pensait qu'il y avait coexistence d'une dilatation de la glande sublinguale et de la glande sous-maxillaire. La présence d'un canal excréteur, commun aux deux glandes, aurait tout expliqué très facilement, mais, et Louis le constate comme à regret, « c'est un fait établi par Walther que la glande sublinguale a des conduits excréteurs distincts ».

Dès lors, pour expliquer ce fait que les deux kystes se sont vidés, dans le cas qu'il rapporte, par une même incision pratiquée dans la bouche, il est obligé d'admettre que le canal de Wharton a dû être sectionné au cours de l'opération.

Les choses en restèrent là pendant longtemps et si, de temps à autre, on en recueillait quelque nouveau cas, les constatations ne permettaient pas de donner à la discussion une base sérieuse. Jobert avait émis l'idée d'un kyste de la bourse de Fleichman. La plupart songeaient, comme Louis, à la coexistence d'une grenouillette sublinguale et d'une grenouillette sus-hyoïdienne.

Fried. Pauli (1861) admet l'issue de la salive hors de ses conduits sécréteurs, et son accumulation dans le tissu cellulaire. Pour lui, il y a deux périodes dans la maladie, une première où il y a ptyalgectasie, c'est-à-dire dilatation du canal de Wharton, formant dans la bouche une tumeur fluctuante; une seconde où il y a rupture de la poche et passage de la salive dans le tissu cellulaire; il se forme ainsi une nouvelle poche à paroi conjonctive. Cette idée a été reprise sous une autre forme : à l'accumulation dans le tissu cellulaire, on a substitué l'accumulation dans la bourse de Fleichman.

Du reste, Forget revendiquait pour lui la priorité de cette doctrine de Pauli, affirmant qu'il l'avait exposée comme théorie générale dès 1844 dans un mémoire sur le galactocèle.

En 1870, une observation de M. Périer adressée à la Société de chirurgie fut l'occasion, à la suite d'un rapport de Forget, d'une courte discussion sur ce sujet.

Déjà en 1869, à propos d'un cas de grenouillette aiguë, de Bouchard, Forget, dont la grenouillette était un thème favori, avait abordé accessoirement cette question.

Forget et Giraldès soutinrent qu'il existait deux poches distinctes. Il y avait toutefois entre eux une différence importante, Giraldès pensant que la tumeur sus-hyoïdienne était certainement développée aux dépens de la sous-maxillaire, la sublinguale aux dépens de la glande du même nom, Forget qu'il y avait coïncidence d'une grenovillette dépendant du canal de Wharton et d'un kyste sus-hyoïdien séreux.

Plus tard, en 1882, Forget, revenant sur ce sujet, déclarait encore que « cette communication ne lui était pas démontrée, qu'on n'en avait jamais fourni de preuve irrécusable ».

En somme, on paraissait admettre généralement que les grenouillettes sus-hyoïdiennes dépendaient le plus souvent de la glande sous-maxillaire ou de son conduit excréteur.

Le Mémoire de Cadiot (1879) apporta une nouvelle interprétation applicable, suivant l'auteur, à la majorité des cas.

Cadiot, en commençant son excellente thèse, pouvait dire que « cette affection a été jusqu'à nos jours bien incomplètement étudiée », que « la littérature médicale est bien pauvre sur cette question », n'ayant trouvé dans les traités « que quelques lignes et des descriptions incomplètes de ce genre tout particulier de kystes salivaires ».

Cadiot admet des grenouillettes sus-hyoïdiennes sous-maxillaires et des grenouillettes sus-hyoïdiennes sublinguales; c'est à ces dernières, les plus communes, que s'applique sa theorie.

Se basant sur l'observation d'une malade de Gosselin, rapprochée de quelques autres qu'il avait pu retrouver dans les auteurs, il propose d'édifier une théorie toute nouvelle. Cette théorie était celle de Gosselin lui-même, qui, d'ailleurs, un peu plus tard, l'exposa pour son propre compte.

Voici, pour Cadiot et Gosselin, comment les choses se passent dans le cas de grenouillette sus-hyoïdienne sublinguale.

Une grenouillette banale sublinguale précède toujours le développement de la tumeur sus-hyoïdienne. Cette tumeur s'ouvre spontanément, ou bien devient l'objet d'interventions diverses.

Dans l'un ou l'autre cas, il se produit une sorte d'induration de la muqueuse buccale et du tissu sous-muqueux. Ce tissu de sclérose augmente et durcit après chaque rupture nouvelle et finit par opposer au développement du kyste un obstacle considérable. Le mylo-hyoïdien, opposant une résistance moindre que celle des tissus qui couvrent la face supérieure de la tumeur, finit par se laisser forcer et celle-ci vient faire saillie à la région sus-hyoïdienne, après avoir franchi un des interstices du muscle.

Il s'agit, suivant l'expression de Gosselin, d'une grenouillette « échappée », en d'autres termes d'un kyste qui a subi une migration, qui a évolué vers un siège anormal, changeant de région, parce que, dans celle où il a pris naissance, il y a obstacle à son developp ement.

Cette théorie repose tout d'abord sur un fait d'observation. Il est habituel de relever dans l'histoire du malade la constatation d'une tumeur sublinguale, dont le développement a précédé celui de la tumeur sus-hyoïdienne, et généralement d'une tumeur qui a été l'objet d'un traitement. D'autre part, elle consacre une autre notion importante, le kyste sus-hyoïdien n'est pas habituellement un kyste né dans la région sus-hyoïdienne, il y est venu secondairement. Ce kyste restant en communication avec la portion sublinguale, il se produit ainsi une collection en bissac, deux poches reliées par un étroit goulot. L'exploration faite par Gosselin au cours de son opération prouvait qu'il y avait libre communication entre les deux foyers, ce qu'on avait pu nier jusque-là en admettant la coexistence de deux kystes distincts.

On pouvait supposer, cependant, comme l'avait dit Giraldès en 1870, au cours de sa discussion avec Forget, que deux kystes séparément développés avaient pu se mettre au contact, leurs parois adjacentes s'unir, se résorber et une communication s'établir secondairement.

Delens, dans son excellent travail (*Revue de chir.*, 1882), se montre très éclectique et ne repousse aucune opinion. Pour lui, la « grenouillette sus-hyoïdienne n'est point une affection toujours identique dans son lieu, ni dans son évolution ». Deux caractères sont seuls communs à toutes les variétés, nature salivaire du contenu, saillie du kyste à la région sus-hyoïdienne. Ces deux conditions peuvent être réalisées dans quatre cas différents, auxquels ne convient pas indistinctement la même explication.

1° Il existe une tumeur sus-hyoïdienne sans coïncidence de tumeur intra-buccale, comme cela paraît s'être produit dans l'observation de Gross; « on ne peut douter que le kyste ne soit développé aux dépens de la glande sous-maxillaire; »

2° Une tumeur primitivement sublinguale par suite d'un développement excessif vient faire saillie à la région sus-hyoïdienne;

3° Ou bien le développement d'une tumeur sus-hyoïdienne est accompagné ou précédé par celui d'une tumeur sublinguale;

4° Il peut y avoir coïncidence d'une grenouillette sublinguale et d'un kyste sus-hyoïdien non salivaire. Ce sont des cas de fausses grenouillettes sus-hyoïdiennes.

Le premier, le deuxième, le quatrième cas ne figurent que pour une simple mention, car l'intérêt se localise sur le troisième cas, le cas ordinaire, constant pour ainsi dire. Or les deux tumeurs peuvent ou bien communiquer ou bien demeurer indépendantes.

S'il y a indépendance, il est vraisemblable — car en l'absence d'autopsie, il est difficile de démontrer la réalité de cette hypothèse — qu'il y a coexistence d'un kyste de la glande sublinguale et d'un kyste de la glande sous-maxillaire.

Quand les tumeurs communiquent, « l'explication devient un peu plus embarrassante. »

On peut, toutefois, « faire deux suppositions également acceptables, mais qui, ni l'une ni l'autre, n'ont encore la sanction d'une démonstration anatomique. »

On peut admettre que le kyste sublingual « pousse un prolongement à travers les fibres du muscle génio-glosse ou mylo-hyoïdien et que ce cul-de-sac se développe », le kyste prenant alors la forme bilobée, sa partie moyenne étant étranglée par un orifice du plancher musculaire de la bouche.

Enfin, il peut y avoir communication accidentelle par résorption des parois en contact en deux kystes parallèlement développés.

Pour ces mêmes cas, on pourra encore admettre que de nouveaux acini glandulaires deviennent kystiques après destruction d'une grenouillette sublinguale ; s'il s'agit de glandes situées à la partie postérieure du groupe, le kyste résultant de leur distension pourrait, contournant le bord postérieur du mylo-hyoïdien, descendre dans la région sus-hyoïdienne.

Mais Nitot avait décrit, peu de temps auparavant, une petite glande sous-maxillaire accessoire. Pour Delens, son existence paraît jeter un jour nouveau sur la question, cette petite glande branchée sur le canal de Wharton, à mi-chemin de la région sous-maxillaire et de la région sublinguale, pouvait donner des kystes qui évoluent simultanément vers l'une et l'autre. « C'est peut-être là l'explication de la majorité des faits. »

Il est difficile, on le voit, de démêler l'opinion de l'auteur, qui, d'ailleurs, paraît se proposer pour but, non d'établir la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne, mais d'exposer l'état de la question, en faisant valoir pour chaque théorie le pour et le contre. C'est qu'en effet, à ce moment, aucune constatation anatomique ne pouvait encore donner une base sérieuse à l'interprétation des faits.

Aussi l'observation de Dieu, adressée à la Société de chirurgie, peu de temps après le mémoire de Delens, vint bien à propos apporter la preuve que la grenouillette sus-hyoïdienne était bien un kyste en bissac, étranglé à sa partie moyenne par une boutonnière musculaire. M. Delens, dans le rapport qu'il fit sur cette observation, eut soin de faire ressortir l'importance de cette constatation.

Dans la discussion qui suivit, on parla plutôt du traitement que de la pathogénie. Cependant, MM. Tillaux et Després émirent cette idée qu'il s'agissait d'une collection ayant pour siège la bourse de Fleichmann, et ayant passé entre les muscles géniens pour faire saillie à la région sus-hyoïdienne. Puis Verneuil soutint qu'il s'agissait d'une dilatation kystique du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire, s'appuyant sur cette raison, bien mauvaise en vérité, qu'il avait pu, par une incision faite à la tumeur buccale, pousser un stylet jusqu'au centre de la glande sous-maxillaire (?).

Plus récemment, une très intéressante observation de M. Reynier a inspiré la thèse de M. Charvilhat. L'auteur pense « qu'il n'y a plus à tenir compte de la théorie qui faisait de la grenouillette sus-hyoïdienne une ectasie de la glande sous-maxillaire accessoire », il considère que la tumeur sus-hyoïdienne, toujours secondaire, est consécutive à une grenouillette vulgaire. La pathogénie ne lui « semble pas aussi complexe qu'on l'a dit » et la grenouillette sus-hyoïdienne apparaît comme étant un prolongement de la grenouillette sublinguale, « laquelle semble toujours due à une altération du canal de Wharton, amenant sa communication avec la bourse de Fleichmann. » La voie suivie par la tumeur dans sa migration serait l'espace compris entre le bord postérieur du mylo-hyoïdien et le muscle hyo-glosse.

III

Je n'ai, pour ma part, ni observation personnelle, ni biopsie, ni autopsie pour juger la question, mais de nombreuses dissections du plancher de la bouche m'ont fait connaître une disposition qui peut servir à expliquer un bon nombre de ces kystes, dont la physionomie est si spéciale. Nous avons admis, comme presque tout le monde aujourd'hui, qu'ils étaient d'origine salivaire.

Toute glande salivaire pouvant donner lieu à des kystes, il est certain que la sous-maxillaire, la sous-maxillaire accessoire, les glandes postérieures du groupe sublingual pourront devenir le siège de grenouillettes qui feront saillie vers la région sus-hyoïdienne. Mais les kystes sont très rares dans la glande sous-maxillaire, communs dans la sublinguale, presque toujours on trouve qu'une grenouillette sublinguale ordinaire a précédé le développement de la tumeur sus-hyoïdienne.

La thèse si consciencieuse de Cadiot a fait voir la fréquence de ces grenouillettes sus-hyoïdiennes sublinguales. L'observation de Dieu a prouvé qu'il y avait passage à travers une boutonnière musculaire. Ce que nous voulons établir, c'est la manière dont s'effectue ce passage, et les conditions qui le favorisent, car l'explication de Cadiot ne nous satisfait pas complètement.

Le muscle mylo-hyoïdien, composé de faisceaux, transversaux parallèles, juxtaposés, forme habituellement un plan charnu ininterrompu.

Mais, chez nombre de sujets, les faisceaux, moins étroitement appliqués les uns aux autres, laissent entre eux des points faibles, des lacunes, de véritables solutions de continuité.

A travers ces solutions de continuité, la glande sublinguale, qui répond à la face supérieure du mylo-hyoïdien, envoie fréquemment des prolongements. Il s'agit d'un fait presque commun qu'on peut observer, à des degrés divers, une ou deux fois au moins sur dix sujets adultes.

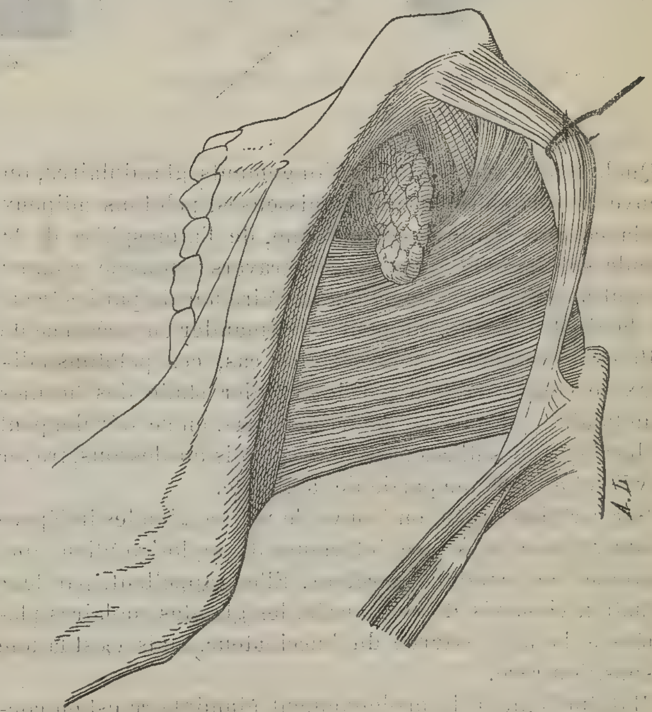


Fig. 1.

Sans doute, tous les anatomistes connaissent ces prolongements glandulaires, cependant, je ne les ai vus signalés dans aucun des mémoires spécialement consacrés à l'étude des glandes sublinguales, et dans nos classiques français, il

n'y a que le traité de Cruveilhier et Marc Sée qui leur consacre une mention, d'ailleurs fort brève.

Quand on dissèque le mylo-hyoïdien par sa face superficielle, on voit les prolongements glandulaires faire hernie à travers les insterstices du muscle ; ils se montrent sous des aspects variables. Souvent à peine voilés par une lame celluleuse, ils laissent voir, à travers cette mince enveloppe, leur coloration d'un gris rosé et leur lobulation.

Ailleurs, ils sont masqués d'une épaisse couche graisseuse, graisse en continuité avec celle qui se trouve au-dessus du mylo-hyoïdien : en dissociant cette graisse, on y trouve des grains glanduleux, et parfois de notables portions de la glande.

peuvent être symétriquement placés ou se trouver à des niveaux différents.

A l'ordinaire un seul est bien développé, il atteint le volume d'un pois, d'une noisette, parfois même il semble que la sublinguale soit comme en prolapsus, tombée presque tout entière au-dessous du plancher mylo-hyoïdien.

Bien que ces prolongements puissent s'observer dans toute l'étendue du mylo-hyoïdien, il y a, cependant, deux sièges d'élection :

1° Tout à fait en avant, au voisinage des apophyses geni;

2° A la partie moyenne du muscle.

Par contre, on ne les voit jamais sur la ligne médiane, et rarement près du bord postérieur du muscle.

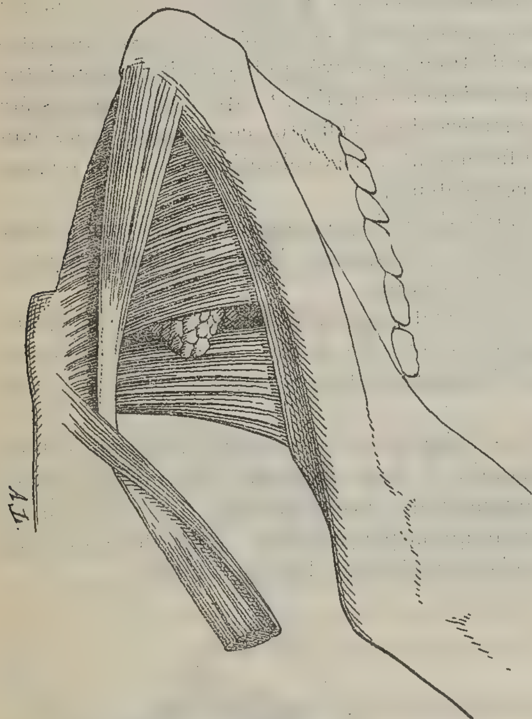


Fig. 2.

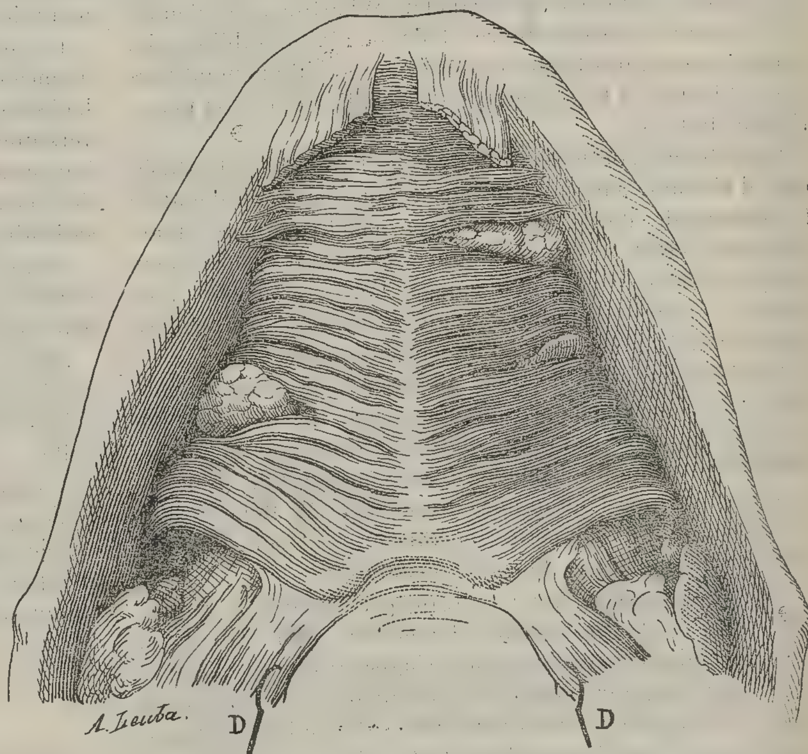


Fig. 3.

Quelquefois, à côté des prolongements glandulaires, on trouve de véritables hernies graisseuses, pelotons adipeux de la couche sus-mylo-hyoïdienne, de l'atmosphère de la glande sublinguale ayant passé à travers le muscle, comme on voit la graisse sous-péritonéale faire hernie par les trous de la ligne blanche. On peut se demander en présence de cette constatation si, dans certains cas, ces pelotons adipeux ne constitueraient pas le premier stade des hernies glandulaires, et s'ils ne pourraient pas, en se développant d'abord entre les fibres musculaires, puis au-dessous, frayer la voie et attirer une partie de la glande.

Sur certains sujets, on trouve de petites glandes indépendantes, situées à la face inférieure du mylo-hyoïdien, que traverse leur conduit excréteur. Elles rappellent, par leur situation vis-à-vis de ce muscle, les glandes molaires plaquées à la face externe du buccinateur, mais c'est là une disposition rare.

Habituellement, le prolongement glandulaire est en continuité directe avec le groupe sublingual.

A peine pédiculé, il passe à travers une large baie du mylo-hyoïdien.

Le nombre, le volume, le siège de ces prolongements varient considérablement.

Il y en a parfois trois ou quatre, plus souvent deux, qui

En examinant ces préparations où l'on voit des glandes sublinguales, dont une notable portion est au-dessous du mylo-hyoïdien, il me semble qu'on ne peut se défendre de cette idée, qu'un kyste prenant naissance dans une de ces glandes évoluerait forcément dans les deux sens.

Une grenouillette, développée dans ces conditions (quelle que soit, d'ailleurs, la manière dont on comprenne le processus intime de la formation de ces kystes salivaires), serait d'emblée une grenouillette en bissac ayant partie au-dessus, partie au-dessous du muscle, et faisant saillie du côté de la bouche et du côté de la peau. La disposition anatomique est telle qu'il ne pourrait en être autrement.

Je ne voudrais rejeter d'une façon absolue aucune des explications qu'on a proposées des grenouillettes sus-hyoïdiennes.

Mais, cependant, toutes me paraissent moins satisfaisantes que celle qui consiste à faire naître ces kystes ou du moins la plupart d'entre eux, aux dépens des prolongements trans-mylo-hyoïdiens de la glande sublinguale.

En 1881, lors de la discussion que provoqua à la Société de chirurgie le rapport de M. Delens sur l'observation de M. Dieu, M. Sée fit remarquer qu'il existait, dans l'épaisseur des muscles géniens, de petits prolongements de la sublinguale, dont la présence pouvait peut-être servir à éclaircir

la pathogénie de la grenouillette sous-hyoïdienne, objet de la discussion. Il ne fit pas alors allusion comme chirurgien aux prolongements mylo-hyoïdiens qu'il avait mentionnés comme anatomiste.

Il est vrai qu'un des points importants du travail de M. Dieu était le passage du kyste entre les muscles *gémiens*, qu'il aurait constaté au cours de son intervention.

Je dois dire que j'ai vainement recherché dans mes dissections les prolongements glandulaires entre les muscles géniens; j'ajoute que j'ai toujours été surpris de ce détail de l'observation de M. Dieu et je me demande s'il n'y a pas eu là quelque erreur, bien excusable au cours d'une dissection opératoire dans une région modifiée par un processus pathologique.

C'est un fait souvent signalé que le développement d'une grenouillette sus-hyoïdienne coïncidant avec une récidive d'une grenouillette sublinguale précédemment opérée.

Mais la tumeur sublinguale reste petite, tandis que la sus-hyoïdienne prend de grandes dimensions. C'est dans ces cas qu'on a coutume d'invoquer le processus cicatriciel intrabuccal, formant obstacle et refoulant en bas le kyste. Avec notre manière de voir, cette idée n'est pas inacceptable. Autant il répugne d'admettre qu'une tumeur molle, dont la paroi n'est même pas tendue, puisse forcer un plan musculaire, autant cela paraît simple quand on admet qu'il existe parfois dans ce muscle de véritables solutions de continuité, des points où précisément il n'y a aucune résistance à surmonter.

Mais on peut encore admettre, et pour ma part j'accepte plus volontiers ou bien qu'un prolongement sous-mylo-hyoïdien n'était pas encore malade et qu'il l'est devenu ultérieurement, ou bien, et plutôt, que sa lésion avait passé inaperçue pendant le premier stade de la maladie, à cause de son petit volume, et de la difficulté très réelle de l'exploration.

Le canal qui relie les deux poches, pouvant être assez étroit, on conçoit que le traitement appliqué au kyste intrabuccal n'ait pas amené la guérison du diverticule sus-hyoïdien.

Inversement, quand on lit dans certaines observations que, chez un sujet porteur de deux kystes, l'un intrabuccal, l'autre sous-hyoïdien, cliniquement indépendants l'un de l'autre, une injection poussée dans l'un a amené la guérison de l'autre, on peut se demander s'il n'y avait pas entre les deux poches quelque obscure communication inappréciable en clinique, mais qui a permis au médicament introduit dans le premier de diffuser dans le second ou à l'inflammation de se propager de l'un à l'autre.

En résumé, la présence de prolongements glandulaires à travers le mylo-hyoïdien me paraît susceptible d'expliquer dans un bon nombre de cas la migration de grenouillettes sublinguales vers la région sus-hyoïdienne, la formation d'une grenouillette sus-hyoïdienne.

THÉRAPEUTIQUE

Chancre syphilitique. Nitrate d'argent.

Les malades et aussi les médecins ont une grande propension à cautériser fréquemment les chancres avec le crayon ou la solution de nitrate d'argent. C'est là une pratique fâcheuse.

Le professeur Fournier recommande de ne faire usage du nitrate, pour le traitement du chancre induré, que dans deux circonstances :

1° Quand, à la période terminale du chancre, on observe un temps d'arrêt dans le processus de réparation;

2° Quand on a affaire à un chancre à gros néoplasme : quoi qu'on fasse, cette espèce restant souvent plus ou moins stationnaire, parfois jusqu'à cinq et six semaines.

Dans l'un et l'autre cas, les cautérisations au nitrate d'argent modifient la surface du chancre et en favorisent la cicatrisation. (*Presse médicale.*)

Traitement de la furonculose par le colchique.

M. le docteur Brocq a remarqué que, chez les goutteux atteints de furonculose, mais qui ne sont ni diabétiques ni albuminuriques, l'extrait de colchique à la dose de 3 à 4 centigrammes par jour donnait des résultats favorables et quelquefois surprenants, témoin le fait suivant :

A un homme de quarante ans, goutteux et atteint depuis plusieurs mois d'une furonculose contre laquelle tous les traitements, soit externes, soit internes, avaient échoué, M. Brocq administra 2 à 3 centigrammes d'extrait de colchique par jour. L'effet fut, en quelque sorte, foudroyant : dès le cinquième jour, l'évolution des furoncles déjà existants fut arrêtée et il n'en apparut plus de nouveaux. Cessation du médicament et retour des furoncles quinze jours plus tard.

Le malade reprit alors du colchique et l'affection fut de nouveau rapidement enrayée. Ces expériences furent répétées à diverses reprises jusqu'au jour où le sujet, parfaitement édifié sur la puissance du colchique, prit le parti de continuer ce médicament pendant assez longtemps, puis de le cesser graduellement. Il est, en ce moment, complètement guéri de sa furonculose. Comme traitement local, M. Brocq faisait faire des lotions quotidiennes avec de l'alcool camphré sur tout le corps; on recouvrait les furoncles de morceaux d'emplâtre rouge d'E. Vidal. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mai 1897. — Présidence de M. Delens.

DISCUSSION SUR LA PÉRITONITE PURULENTE

M. Peyrot apporte deux faits qui, joints à celui de M. G. Marchant, permettent de répondre affirmativement à cette question : A-t-on jamais guéri de véritables péritonites généralisées? Dans le premier cas, il s'agissait d'une appendicite avec perforation ayant entraîné une péritonite généralisée, traitée par la laparotomie et ayant guéri. Il s'agissait d'un jeune garçon dont la température était à 38°5, le pouls à 140, l'état général très grave. M. Peyrot ne put intervenir que le cinquième jour des accidents. Il fit d'abord l'incision iliaque du côté droit, trouva du pus; l'appendice iléo-cæcal était tuméfié, rouge; il le lia et le réséqua. Cela fait, il fit la même incision du côté gauche, vida et nettoya le péritoine, plaça deux gros drains iodoformés et fit un pansement à sec. Après un peu d'amélioration, le malade resta dans un état général mauvais, malgré les injections répétées de caféine et les grands lavements. Peu à peu, cependant, il se remit, malgré une hernie de l'intestin, à travers l'une des incisions. Il ne put se lever qu'après soixante jours, mais il a fini par guérir.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'un jeune homme robuste et bien portant qui fut pris subitement d'accidents très graves : vomissements, douleurs très vives, fièvre, tous les signes d'une appendicite perforante. M. Pey-

rot, appelé seulement après plusieurs jours, le médecin traitant ayant cru à des coliques hépatiques, intervint immédiatement, une heure après sa première visite. Comme chez le précédent malade, il fit une double laparotomie, vida la cavité abdominale du pus qu'elle contenait, fit un lavage et un double drainage iodoformé. Le jeune homme a parfaitement guéri.

M. Peyrot croit pouvoir conclure de ces faits qu'à la condition d'intervenir de très bonne heure, on peut arriver à guérir des péritonites purulentes généralisées par l'intervention chirurgicale. Il estime qu'il vaut mieux faire une double incision latérale, un double drainage, et s'appliquer ensuite à bien entretenir et seconder les fonctions rénales.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, à propos de l'observation d'une fillette de neuf ans qui a eu une péritonite à la suite d'un coup de pied dans le ventre, insiste sur les difficultés qu'on trouve à faire un diagnostic précis entre la péritonite généralisée et la péritonite localisée.

M. REYNIER communique plusieurs observations à l'aide desquelles il s'applique à démontrer combien est difficile, souvent même impossible, le diagnostic de péritonite généralisée, même alors que le ventre est ouvert. Pour lui, le secours de la bactériologie est des plus précieux pour aider au pronostic et il exprime le regret que les laboratoires des hôpitaux ne soient pas mieux organisés au point de vue de ces diagnostics bactériologiques. Il fait ressortir tous les dangers du brassage de l'intestin qu'on est obligé de faire dans les cas douteux pour rechercher les foyers ou s'assurer de l'étendue de la péritonite. Il insiste, en particulier, sur les dangers de ce brassage intestinal au point de vue des réflexes sur le cœur et il est convaincu que beaucoup des malades, ainsi opérées, succombent par le cœur plus souvent qu'on ne croit. Beaucoup de ces malades, en effet, sont déjà très affaiblies au moment où on intervient et s'il en est qui résistent, il en est aussi qui ne résistent pas et meurent par le cœur. Il faut distinguer cette cause de mort de l'infection qui, souvent aussi, constitue un grand danger dans ces interventions. Aussi M. Reynier déclare-t-il n'être pas interventionniste du début et croit-il plus sage, avant d'intervenir, de chercher à remonter les malades par des injections de caféine, de sérum.

Il insiste enfin sur la qualité du microbe trouvé dans le pus des péritonites; la péritonite à streptocoques n'est pas la même que la péritonite à pneumocoques ou à bacilles de Koch.

En résumé, difficultés, souvent même impossibilité de reconnaître s'il s'agit d'une péritonite localisée ou d'une péritonite généralisée; importance de l'examen bactériologique, dangers très grands du brassage de l'intestin, non seulement par le fait de l'infection, mais aussi par le fait des réflexes cardiaques, dangers de l'intervention trop hâtive et nécessité d'augmenter préalablement les forces de résistance du malade, importance de la nature du microbe trouvé dans le pus, tels sont les différents points de la question que M. Reynier examine et discute en s'appuyant sur un certain nombre d'observations personnelles.

RAPPORT

Luxation du scaphoïde. — M. QUÉNU fait un rapport sur une observation de luxation du scaphoïde sur le premier cunéiforme, traitée avec succès par la résection du scaphoïde.

COMMUNICATION

Traitement chirurgical du ptosis. — M. MOTAIS (d'Angers) présente une malade qu'il a traitée, avec succès, d'un ptosis de la paupière droite par une opération spéciale.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le corps médical de Paris vient d'être terriblement éprouvé dans la catastrophe qui met en deuil la ville entière.

Nous avons déjà signalé la perte cruelle que notre cher directeur vient de faire en la personne de sa fille bien-aimée, Mme Cordoën, dont les obsèques auront lieu lundi, à midi, à l'église Sainte-Clotilde. Il faut ajouter aujourd'hui la longue liste suivante :

Le docteur Henri Feulard, médecin de l'infirmerie de Saint-Lazare, et sa fille Germaine Feulard. Les obsèques auront lieu en l'église Notre-Dame-de-Lorette, samedi 8 mai, à midi ;

Mlle Marie-Louise Picqué, sœur du docteur Picqué, chirurgien des hôpitaux ; ses obsèques ont eu lieu hier à deux heures;

Mmes Adolphe Moreau et Étienne Moreau-Nélaton, sœur et nièce du docteur Nélaton, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, dont les obsèques auront lieu samedi à dix heures à Saint-Philippe du Roule ;

Le docteur Rochet, habitant Paris, boulevard Beaumarchais;

Mme Nitot, femme du docteur Nitot, et sa jeune fille, Suzanne Nitot, âgée de neuf ans.

Mme Vimont, parente du docteur Vimont. Ses obsèques ont eu lieu hier vendredi, à midi, en l'église Saint-Nicolas-du-Chardonnet.

Nous envoyons, aux familles si cruellement éprouvées, l'expression de notre douloureuse sympathie.

— *Corps de santé militaire.* — A la date du 4 mai 1897, le ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale aurait lieu, en 1897, dans les conditions suivantes :

RÉSERVE : 371 médecins seront convoqués, savoir, 5 médecins-majors de deuxième classe; 40 médecins aides-majors de première classe ; 326 médecins aides-majors de deuxième classe.

ARMÉE TERRITORIALE : 211 médecins seront convoqués, savoir : 30 médecins-majors de deuxième classe; 90 médecins aides-majors de première classe ; 91 médecins aides-majors de deuxième classe.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont convoqués par le directeur du service de santé, et sur le territoire du corps d'armée ou gouvernement militaire dont ils relèvent par leur affectation.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie, à la Tunisie ou à la Corse, et résidant en France, seront convoqués après entente entre les généraux commandants de corps d'armée intéressés, dans la région de corps d'armée où ils ont fixé leur domicile.

Dans chaque corps d'armée ou gouvernement militaire, le directeur du service de santé statue sur les demandes qui lui sont adressées par les médecins de réserve et de l'armée territoriale en vue d'obtenir soit un sursis ou un devancement d'appel, soit une autorisation de stage sans solde ou un changement de lieu de convocation dans l'intérieur du corps d'armée ou du gouvernement militaire.

Les demandes des médecins qui désireraient accomplir sans solde, à une date ou dans une garnison à leur convenance, la période d'instruction pour laquelle ils ont été ou doivent être convoqués, ne seront accueillies par le directeur ci-dessus désigné, que s'il est possible de satisfaire aux exigences du service, par la convocation d'autres médecins du même grade.

— Le banquet offert à M. Richelot, à l'occasion de sa nomination à l'Académie de médecine, aura lieu ce soir samedi, 8 mai, à sept heures et demie, au restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Élysées.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr.	» — 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 10 mai 1897.

Le rôle de la presse médicale s'est étendu de plus en plus; depuis ces dernières années, le nombre des publications périodiques a décuplé, répandant partout les mémoires, les travaux, les analyses des ouvrages médicaux. Les journaux, à l'affût de la nouvelle, ont rivalisé de zèle et d'activité, chacun cherchant à divulguer le premier, avant tous, la publication à effet d'un savant de marque, ou la découverte pleine d'avenir d'un praticien plus modeste. La rapidité des informations est devenue l'objectif d'une partie de la presse médicale. Et ce fut un bien, le journalisme médical reçut, de ce fait, une impulsion nouvelle, se trouva rajeuni, et nul doute que ce désir de bien faire n'ait donné au journalisme médical une activité nouvelle pour le plus grand bien de tous.

Toutefois, il ne faudrait pas exagérer ce côté, quelque intéressant qu'il soit. Publier vite, publier beaucoup est certainement méritoire. Mais cette rapidité dans la publication expose à mettre sur le même pied, uniquement parce qu'ils viennent à la même heure, des travaux d'inégale valeur, dont la plupart, mort-nés, ne survivront pas à cette éphémère publicité.

Il en résulte pour le lecteur un encombrement fâcheux, au milieu duquel il ne sait distinguer ce qui est bon de ce qui est médiocre. Aussi, sans négliger la rapidité des informations, le journal de médecine a-t-il un rôle plus élevé; il doit faire pour son lecteur ce que celui-ci ne peut faire, absorbé qu'il est par les mille occupations de la pratique professionnelle. Au milieu des travaux de toutes sortes qui sollicitent la publication, il faut savoir choisir; avant de les livrer au public médical, il n'est pas mauvais parfois de leur laisser acquérir la sanction du temps, le grand juge des découvertes médicales.

C'est pour cette raison que nous avons mis nos lecteurs en garde contre cet engouement irréfléchi qui accueillit les premières publications de Brown-Séquard; c'est pour la même raison que nous avons conseillé, dès le début, la prudence à ceux qu'avait enthousiasmés la première tuberculine de Koch. C'est pour le même motif, et obéissant aux mêmes sentiments, que nous attendons, avant de nous prononcer sur la tuberculine, seconde manière, que le docteur Koch vient de lancer avant son départ pour l'Afrique.

La presse médicale a une puissance considérable; grâce à sa publicité qui pénètre partout, les moindres travaux ont un grand retentissement. Les réclamistes professionnels ne l'ignorent pas. Aussi savent-ils trouver à leur publication des titres quelque peu suggestifs : plus de bosses, dit l'un; plus d'aveugles, dit l'autre.

La presse médicale se doit à elle-même de mettre une certaine réserve à ce désir de faire parler d'eux qu'ont certains faux savants.

A la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (7 mai), MM. Marie et Le Goff sont revenus sur l'examen du sang des diabétiques, par le bleu de méthylène. S'inspirant de travaux antérieurs, ils ont employé une méthode rapide qui, au besoin, pourrait être utilisée en clinique.

La façon toute particulière dont le sang des diabétiques se comporte vis-à-vis de cette substance colorante, leur a donné l'idée de l'essayer dans le traitement du diabète. Ils ont donc donné à l'intérieur une dose quotidienne élevée de bleu de méthylène à un diabétique qui rendait 37 grammes de sucre par jour; après quinze jours de cette médication, la glycosurie tomba à 5 grammes. Un traitement de ce genre ne peut pas être jugé sur un seul cas; aussi les auteurs qui, évidemment, avaient surtout pour but de prendre date, ont-ils annoncé qu'ils poursuivaient leurs recherches, que d'autres diabétiques avaient été mis en traitement par eux de la même façon; prochainement ils rendront compte des résultats obtenus.

L'**ostéomyélite** est, on le sait, une maladie infectieuse due à la localisation de germes infectieux de nature variable sur le système osseux. La porte d'entrée des microbes est souvent la peau, et l'ostéomyélite éclate à la suite d'une poussée de furoncles ou après un anthrax. Deux observations, rapportées par M. Jeanselme, prouvent que les lésions suppuratives de l'appareil respiratoire peuvent constituer la lésion initiale, la porte d'entrée de l'infection. Dans ces deux cas, il y avait une bronchite chronique avec dilatation des bronches et poussée de broncho-pneumonie aiguë, dans les deux cas, le pus osseux était d'une fétidité qui rappelait celle des

suppurations bronchiques; enfin, les mêmes microbes ont été constatés dans le pus des lésions broncho-pulmonaires et dans le pus des lésions ostéomyéliques.

Un médecin militaire, M. Rouget, qui s'est servi avec succès de la méthode de Widal pour le diagnostic de la fièvre typhoïde, a vu deux fois la réaction positive ne se produire que tardivement. MM. Achard et A. Mathieu rapportent chacun un cas semblable. M. Debove en cite deux autres. Cela n'infirme pas la valeur absolue du séro-diagnostic, puisque dans tous les cas, après avoir donné un résultat négatif, il a fini par donner un résultat positif, mais cela montre que les examens, après avoir été négatifs au début de la maladie, peuvent devenir positifs tardivement. Il importe donc de reprendre cette recherche lorsqu'une première a donné un résultat négatif.

M. Lemoine (du Val-de-Grâce) a employé, avec succès, les badigeonnages de salicylate de méthyle sur une trentaine de rhumatisants. Il se servait de l'essence de Wintergreen, presque exclusivement composée de salicylate de méthyle à la dose de 10 à 12 grammes. Le liquide est étendu sur la jointure malade, la peau est recouverte d'une compresse et la compresse elle-même d'un morceau de taffetas gommé ou mieux de gutta-percha en feuille qui la déborde de quelques centimètres de tous côtés. De même que MM. Linossier et Lannois (de Lyon), qui ont inauguré cette médication locale du rhumatisme, M. Lemoine a retrouvé une quantité notable de l'acide salicylique du salicylate de méthyle dans l'urine des malades; il l'évalue à 1/10 de la quantité appliquée sur la peau.

Les expériences de MM. Linossier et Lannois ont démontré, de la façon la plus nette, que l'absorption du salicylate de méthyle se fait, non par le poumon, mais par la peau elle-même.

Au point de vue thérapeutique, le salicylate de méthyle a l'avantage de ménager l'estomac; de plus, il ne cause, même à doses élevées, que des phénomènes d'intoxication très modérés, sans doute, dit M. Linossier, parce que l'absorption du médicament se fait d'une façon continue, et non à fortes doses comme celle du salicylate de soude.

Le salicylate de méthyle paraît inférieur au salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, mais il lui paraît supérieur lorsqu'il s'agit de rhumatisme subaigu ou chronique.

M. A. Siredey, qui a essayé le salicylate de méthyle sur une dizaine de malades, est arrivé à peu près exactement aux mêmes conclusions que M. Lemoine, et, par conséquent, que les deux protoganistes de cette méthode, MM. Lannois et Linossier. Il n'a pas dépassé dans ses applications la dose de 2 à 4 grammes de salicylate de méthyle, et, cependant, dans un cas — unique, du reste, jusqu'à présent — il a constaté des bourdonnements d'oreilles chez une femme. Il considère le salicylate de méthyle comme un bon topique analgésique, pouvant être employé dans des conditions multiples : douleurs fulgurantes du tabes, sciatique, névralgies diverses.

M. Le Gendre, se basant sur dix cas personnels, confirme ce que viennent de dire MM. Lemoine et Siredey.

L'ECTOPIE DU CŒUR A DROITE

CONSÉCUTIVE A LA PLEURÉSIE DROITE (1)

Par le docteur A. Cochez,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger.

II

Obs. II (2). — *Pleurésie aiguë à droite. Rétrécissement consécutif du côté droit. Déplacement du cœur à droite.* — J. D..., soixante-deux ans, est arrivé à Alger il y a cinquante-deux ans.

Il a toujours eu une excellente santé. A d'abord appris le métier de maçon pendant plusieurs années, puis il est devenu propriétaire d'un restaurant dans les environs d'Alger et a dirigé sa maison pendant vingt-deux ans.

Il y a quatre ans et demi (août 1892), il fut atteint d'une pleurésie droite qui débuta insidieusement et ne força le malade à s'aliter qu'après une dizaine de jours de malaises. On lui mit sept vésicatoires et il resta un mois au lit. Pas de thoracentèse.

Depuis cette époque, il n'a jamais été entièrement remis, et il ressent toujours une douleur ou plutôt une gêne du côté droit, localisée surtout au niveau des dernières côtes.

Cette sensation désagréable est plus marquée dans l'effort. Dans les fortes respirations, il semble que la poitrine soit bridée à droite. La toux augmente la douleur qui irradie alors dans toute la poitrine et même dans tout le corps. Mais la toux est rare et n'existe que lorsque le malade attrape un rhume. Il ne tousse ni ne crache habituellement. En dehors de cette gêne du côté droit, il déclare se porter bien. « Si je n'avais pas cette douleur, dit-il, je serais fort comme un cheval. »

Cette gêne constante du côté droit est si marquée, que J. D... a dû renoncer à gérer son restaurant; il reste cantonné dans son appartement, se permettant chaque jour une courte sortie, si le temps est beau. En un mot, depuis sa pleurésie, il est resté valétudinaire; il marche peu et lentement, évite tout effort et craint la moindre fatigue.

C'est un homme pâle et maigre, préoccupé de son état et ayant la plus grande crainte des refroidissements. Son appétit a un peu diminué depuis quelques jours, mais il mange et digère bien d'ordinaire et n'appelle l'attention du médecin que sur sa douleur de côté.

Le docteur Moreau, appelé à lui donner des soins de longs mois après la pleurésie aiguë, a constaté la rétraction du côté droit du thorax et a remarqué que le cœur battait à droite.

L'examen attentif du thorax mis à nu rappelle immédiatement les deux figures jointes au *Traité d'auscultation* de Laënnec et destinées à montrer le rétrécissement du côté à la suite d'une ancienne pleurésie.

L'épaule droite est plus basse que la gauche.

En avant, le côté droit est aplati, paraît descendu, le mamelon est situé plus bas que celui du côté opposé, le rebord des fausses côtes droites est aussi sur un plan plus inférieur. L'aplatissement du côté est plus marqué dans les trois premiers espaces, ainsi que dans la région axillaire inférieure. La moitié droite de l'épigastre, presque immobile, fait contraste avec la moitié gauche qui bombe à chaque inspiration.

En arrière, l'omoplate droite est descendue, détachée du thorax; la région située en dedans et au-dessous de cet os est aplatie.

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 514.

(2) Nous remercions vivement notre ami le docteur L. Moreau qui nous a fait connaître ce malade, sachant l'intérêt que nous portions à son genre d'affection.

Les espaces intercostaux sont moins larges à droite et les côtes de ce côté sont animées dans la respiration d'un mouvement moindre qu'à gauche. Léger soulèvement coïncidant avec la systole cardiaque dans le deuxième espace droit, à deux travers de doigt du sternum. Ce soulèvement donne au palper un battement sensiblement synchrone au pouls.

Les vibrations thoraciques sont également peu marquées des deux côtés; il faut dire que J. D... a une voix très grêle.

La palpation bimanuelle permet de se rendre mieux compte de la forme différente des deux côtés du thorax : le gauche est globuleux, le droit aplati; de plus, le gauche semble beaucoup plus volumineux. Ce résultat est corroboré par la mensuration, mais on est surpris de ne trouver que 1 centimètre de plus dans le périmètre du côté gauche.

A la percussion, on constate à droite une matité de haut en bas; pourtant il est permis de délimiter le foie qui commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon et a une étendue de 8 centimètres. Matité dans la région axillaire et dans la partie postérieure, plus marquée à la base.

A gauche, sonorité normale. L'espace de Traube est conservé. La place normale du cœur est également sonore. La matité du côté droit commence brusquement vers le bord droit du sternum.

L'auscultation des poumons permet de constater que le murmure vésiculaire est très affaibli à droite, surtout en bas et en arrière. A gauche, au contraire, la respiration est puérile et s'entend même en avant dans la région dite cardiaque. Pas de bruits anormaux, aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Les bruits du cœur s'entendent à peine à gauche du sternum : on les perçoit mieux vers la partie inférieure de cet os et on les entend de plus en plus nettement si l'on se porte en haut et à droite. C'est dans les deuxième et troisième espaces droits que le maximum existe; ces bruits semblent bien frappés, non soufflés; le second bruit est claqué et s'entend surtout dans le deuxième espace.

Il est bien difficile, vu la matité générale de la région, de délimiter le cœur qui paraît se trouver dans le carré formé par le bord droit du sternum, la verticale mamelonnaire, le bord supérieur de la deuxième côte et le bord inférieur de la quatrième.

Pas d'élévation des sous-clavières. Pas de dysphagie ni de troubles vocaux. Les pouls radiaux sont petits, mais égaux et synchrones.

Pupilles punctiformes, peut-être celle de droite est-elle un peu plus grande.

Rien à signaler du côté des autres organes.

Le malade de cette observation a été suivi depuis le début de sa pleurésie, de sorte que l'existence des divers facteurs pathogéniques de la déviation du cœur est incontestable. L'épanchement initial a été constaté ; il a déterminé progressivement un affaissement du côté correspondant et le médecin traitant, le docteur Moreau, a relevé dans un de ses examens la déviation du cœur. Le cas est donc absolument complet et démonstratif et l'origine du déplacement ne saurait être mise en doute.

Notre troisième observation est loin d'être aussi précise et la cause de la déviation du cœur est bien obscure. Cependant nous avons cru devoir la joindre aux deux autres, parce que l'origine pleuro-pulmonaire peut être discutée.

Obs. III. — *Ectopie cardiaque droite chez un jeune homme de quinze ans présentant les caractères de l'infantilisme.* — J..., quoique âgé de quinze ans, semble être un enfant de huit ans. Il est petit (taille de 1m19), grêle et malingre, bien qu'il n'ait jamais eu de maladies caractérisées, mais a toujours été chétif.

La naissance a eu lieu dans de bonnes conditions.

Rien de saillant pendant la grossesse de la mère.

Pendant les six premiers mois, le nouveau-né s'est bien porté, puis il s'est affaibli et a été pris de vomissements continuels.

Il vomit même encore de temps à autre.

Examen de la poitrine. — A l'inspection, maigreur squelettique, on voit la saillie des côtes ; sur toute la peau du thorax, surtout en haut, circulation veineuse supplémentaire très marquée.

Le côté gauche paraît plus globuleux que le droit, résultat que confirme la palpation bimanuelle. L'omoplate gauche est plus saillante, mais la droite descend plus bas et le muscle sous-épineux de ce côté est très atrophié.

L'épaule droite est un peu plus haute que la gauche et le rachis n'est pas incurvé.

Aplatissement sous-claviculaire des deux côtés. Légère saillie entre le mamelon droit et le sternum. On aperçoit le choc précordial dans le troisième espace intercostal, à deux travers de doigt en dehors du sternum.

La mensuration des deux côtés du thorax donne un demi-centimètre de plus au niveau du mamelon en faveur du côté gauche.

A la percussion, on constate une sonorité normale à gauche, en avant et en arrière, mais la région précordiale est sonore au lieu d'être mate et l'espace de Traube ne présente pas son skodisme ordinaire.

A droite, sonorité moindre en avant, surtout à la partie supérieure, zone de matité entre le mamelon droit et le sternum.

La matité hépatique commence à trois travers de doigt au-dessous du mamelon droit et se termine au niveau du rebord des fausses côtes.

La matité splénique a son étendue et son siège normaux.

L'auscultation des poumons ne fait entendre aucun bruit morbide et ne donne aucune différence appréciable entre les deux côtés.

Les bruits du cœur sont remplacés à gauche du sternum par le murmure vésiculaire; ils deviennent perceptibles vers le bord gauche de l'os et le maximum des bruits se trouve nettement dans les deuxième et troisième espaces intercostaux droits. Ils sont bien frappés et ne s'accompagnent d'aucun souffle.

Rien à signaler du côté des autres organes. Pas de poils au pubis. Gracilité des organes génitaux.

Il s'agit ici d'un sujet de quinze ans, ayant le développement d'un enfant de huit à neuf ans tout au plus. Sa taille est de 1m19 (au lieu de 1m54, moyenne de son âge). Tous les membres sont grêles et maigres, les organes génitaux sont ceux d'un enfant en bas-âge. Bref, nous sommes en présence d'un jeune homme présentant tous les attributs de l'infantilisme.

Le cœur est placé à droite du sternum et dans ce cas surtout l'idée de déplacement congénital se présente immédiatement à l'esprit. Mais les autres viscères occupent leur place habituelle : le foie est dans l'hypocondre droit, la rate dans l'hypocondre gauche. Ce déplacement est donc vraisemblablement acquis, mais quelle en est la cause? Peut-on, ici, incriminer une ancienne pleurésie droite restée latente? Il y a bien quelques arguments en faveur de cette hypothèse : le côté gauche l'emporte de 1 demi-centimètre sur le côté droit, l'omoplate droite descend plus bas que la gauche, le muscle sous-scapulaire du côté droit est très atrophié, le sommet droit est le siège d'une submatité. Mais aussi les signes de rétraction du côté droit sont loin d'être au complet et le côté gauche lui aussi a pu être lésé,

puisque l'on constate un aplatissement sous-claviculaire des deux côtés, un abaissement de l'épaule gauche, une diminution de sonorité dans l'espace de Traube et une circulation veineuse supplémentaire très développée sur le thorax, aussi bien à gauche qu'à droite.

Bref, en présence de ces constatations multiples et peu précises, forcé de recourir à des hypothèses, nous nous demandons si une affection pleuro-pulmonaire bilatérale datant des premiers mois de la vie, ou même de la vie intra-utérine, ne peut expliquer en même temps et la déviation du cœur à droite et le développement incomplet, l'aspect si chétif de notre malade.

Quoi qu'il en soit de cette dernière observation, nous croyons pouvoir conclure que la pleurésie droite ancienne doit être une cause fréquente des déviations du cœur à droite (1) et que cette inflammation pleurale peut acquérir ce triste privilège, même lorsqu'elle est restée latente.

Donc, en cas d'inversion du cœur à droite, il faudra s'enquérir avant tout de l'état du poumon et de la plèvre du côté droit. Le diagnostic de pleurésie ancienne sera généralement facile, grâce à l'existence des signes de rétrécissement du côté correspondant, si magistralement décrits par Laënnec; et cette interprétation pathogénique pourra permettre de restreindre le cadre des dextrocardies congénitales au profit des déplacements acquis.

Quant à la cause anatomique de ces déplacements, elle ne nous paraît pas facile à préciser, faute d'autopsies démonstratives. Et d'abord toutes les pleurésies ne sont pas suivies d'effondrement du côté correspondant; de plus, on ne constate pas de déviation du cœur dans tous les cas de rétrécissement de la poitrine à la suite de pleurésie droite. Peut-être la nature du liquide joue-t-elle un rôle dans la production des fausses membranes épaisses et rétractiles, et, comme l'admet Laënnec, ces fausses membranes se montrent-elles de préférence dans les pleurésies hémorragiques. Quant à la déviation du cœur à droite, elle est due sans doute à la rétraction des adhérences tiraillant le péricarde à droite; mais une symphyse cardiaque, au moins partielle, n'est-elle pas nécessaire pour entraîner un aussi grand déplacement du cœur? A moins que le développement exagéré du poumon gauche, obligé de suppléer à l'insuffisance de son congénère, ne contribue à refouler le cœur à droite, renforçant ainsi l'effet de la rétraction des adhérences sur le péricarde.

LES MOUCHETURES ASSOCIÉES AU TAXIS

DANS LE TRAITEMENT DU PARAPHIMOSIS

Par M. le docteur BONNET (de Romans).

Ce ne sont pas les traitements qui manquent pour guérir le paraphimosis : outre le taxis, nous avons la compression, le débridement, les procédés de Malgaigne, de Guérin et de Desruelles, et les mouchetures. Ce dernier mode opératoire, délaissé par beaucoup de chirurgiens, combattu par d'autres, nous a donné, depuis plus de dix ans que nous l'associons au taxis, de brillants résultats.

Jamais nous n'avons eu d'insuccès avec cette méthode; nous n'avons pas constaté ces complications attribuées, par certains, à ce *modus faciendi*, telles qu'érythème, érysipèle, etc.

Mandé auprès d'un malade atteint de paraphimosis, nous commençons toujours par un essai de taxis. Si ce traitement échoue, ce qui arrive fréquemment, car on n'appelle maintes fois le médecin que trop tard, nous faisons sur le prépuce gonflé, œdématié, et, au moyen du bistouri, quelques mouchetures, — en moyenne de deux à cinq, — nous malaxons les parties engorgées, pendant trois à quatre minutes : il s'écoule une sérosité abondante, peu ou pas sanguinolente, et aussitôt les téguments, qui étaient gonflés et prêts, pour ainsi dire, à « éclater », deviennent mous, flasques, on dirait qu'il y a de la peau de reste. Un léger taxis remet alors les organes à leur place habituelle.

Cette méthode nous a donné des succès constants chez tous les sujets observés (enfants : paraphimosis simplement inflammatoire; adultes: paraphimosis simple ou causé par un chancre). Nous n'avons pas eu besoin d'employer l'anesthésie locale dans aucun cas.

Pour nous, les mouchetures, quand il s'agit de paraphymosis volumineux, diminuent la durée des efforts de taxis, et, par conséquent, les souffrances du patient. Aussi sommes-nous d'avis, après plus de dix ans de pratique journalière et d'expérience, souvent mise à l'épreuve dans des circonstances analogues, de conseiller ce mode de traitement. Comparé aux autres procédés, il leur est, certes, bien supérieur. Le procédé de Desrueiles, qui consiste, comme on le sait, à passer le doigt entre le prépuce et le gland, est parfois difficile à appliquer et toujours douloureux; celui d'Alphonse Guérin, tendant à ramener la peau du pénis sur le gland, en prenant le membre viril à sa racine, échoue fréquemment; le débridement est pénible et cause de vives souffrances; la compression est une méthode lente; le procédé de Malgaigne (débridement et dédoublement des adhérences avec un ténotome) est une opération douloureuse, longue et délicate.

Nous le répétons, les mouchetures, associées au taxis, sont la méthode de choix dans le traitement du paraphimosis.

THÉRAPEUTIQUE

De la nécessité de colorer les solutions antiseptiques.

Le docteur Maurange a publié, dans la *Gazette hebdomadaire*, un excellent article sur les inconvénients et les dangers présentés par les solutions antiseptiques non colorées. Nous croyons être utiles en en faisant connaître les passages essentiels :

Tout le monde, dit-il, a encore présente à l'esprit la douloureuse méprise qui a coûté la vie à l'un des plus distingués de nos jeunes physiologistes. L'an dernier, pareil tragique événement avait frappé la famille de l'une de nos gloires médicales françaises. Enfin, bien d'autres catastrophes, moins retentissantes, mais non moins funestes, se sont produites dans ces derniers temps, et cela depuis la diffusion, relativement récente dans les masses, des notions d'antisepsie.

Le pharmacien est, en effet, légalement à l'abri, lorsqu'il a revêtu son flacon d'une étiquette rouge très apparente, indiquant que le médicament qui y est contenu est réservé à l'usage externe. Cette précaution est, en effet, suffisante tant que le liquide toxique demeure dans sa bouteille, mais,

(1) Nous n'avons en vue ici que les déplacements définitifs, et il n'est nullement question des refoulements à droite provoqués par un épanchement liquide ou gazeux ou par une tumeur du côté gauche. Dans ce cas, le déplacement est accessoire et l'affection causale est au premier plan et ne saurait passer inaperçue.

dès qu'il est versé dans un verre ou dans une cuvette, la confusion est toujours possible, si un signe extérieur ne vient révéler sur-le-champ la nature de la solution.

Il est inutile d'insister sur les conséquences d'une pareille erreur, qui, sans avoir toujours l'issue fatale des événements dont nous parlions tout à l'heure, peut être la source d'ennuis très grands pour le médecin. Nous avons vu, pour notre part, un chirurgien désinfecter ses mains consciencieusement, pendant tout le cours d'une opération, dans de l'eau simple, croyant les plonger chaque fois dans le sublimé. Plus récemment, dans un cas où nous avions prescrit des pulvérisations boratées dans la bouche d'un enfant, on a, par mégarde, rempli le pulvérisateur de la liqueur de Van Swieten, avec laquelle on nettoyait les vases ayant servi aux déjections. Un autre malade a injecté dans sa vessie du sublimé pour de l'acide borique; une dame, en prenant un lavement, a fait la même méprise. On pourrait multiplier ainsi les exemples, qui sont plus fréquents qu'on ne le suppose.

Le moyen de prévenir ces accidents est très simple. Il est déjà en vigueur dans les hôpitaux de Paris. Il consiste à additionner toute solution toxique d'une certaine proportion de colorant, qui n'en altère en rien les propriétés antiseptiques.

Le praticien devrait tenir la main à ce que, dans aucun cas, les solutions antiseptiques ne fussent livrées sans addition de matière colorante. Il s'épargnerait ainsi de gros ennuis. On ne boit pas, en effet, un liquide rose, jaune ou violet; tandis qu'on peut toujours vider un verre rempli d'une eau claire.

Le seul moyen véritablement pratique pour obtenir cette petite réforme de pharmacie courante est de s'astreindre à formuler le colorant.

Pour faciliter au praticien la création de ses formules, M. Maurange a prié M. Robert de vouloir bien lui donner une liste des colorants à employer, de fixer les quantités usuelles et de désigner en même temps ceux qui conviennent le mieux aux principaux toxiques employés. Voici la note qu'il a bien voulu lui communiquer :

1° *Sublimé.* — Le sublimé peut être coloré avec les solutions suivantes :

Violet de méthyle à 1/20	I	goutte.
Bleu Nicholson à 1 p. 100. . . .	II	gouttes.
Carmin d'indigo à 1 p. 100. . . .	L	—
Vert malachite à 1 p. 100. . . .	V	—

Nous conseillons de choisir de préférence soit le vert malachite, soit le violet de méthyle.

2° *Acide phénique.*

Fuchsine à 1 p. 100	II	gouttes.
Eosine à 1 p. 100.	X	—
Safranine à 1 p. 100.	IV	—

On préfère généralement la fuchsine.

3° *Oxycyanure de mercure.* — Outre les colorants déjà proposés pour le sublimé, on peut employer les suivants :

Solution d'héliantine saturée. .	XX	gouttes.
Aniline orange à 1/20.	III	—
Fluorescéine à 1/20.	IV	—

C'est l'aniline orange qui est ordinairement choisie.

4° *Nitrate d'argent.* — Les solutions à 1, 2 et 5 p. 1000 peuvent être additionnées de l'un des colorants indiqués pour les sels hydrargyriques. M. Robert préfère la fluorescéine qui donne au liquide une couleur jaune opalescente caractéristique.

L'eau boriquée, l'eau naphtolée, non toxiques, restent claires. Le sulfate de cuivre a sa coloration naturelle, de même le permanganate; le lysol, etc.

L'idéal serait qu'une coloration uniforme fût adoptée universellement, au moins pour les antiseptiques les plus usuels. Cela pourrait être établi ainsi qu'il suit :

Sublimé : bleu ou vert bleu.
Acide phénique : rose.
Oxycyanure de mercure : orange.
Nitrate d'argent : jaune opalescent.
Eau boriquée, et en général tout antiseptique non toxique : blanc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 17 au 22 mai 1897)

Examens de doctorat.

Lundi 17 mai. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Poirier et Sebileau.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Tillaux, Delens et Varnier; — (2e partie) : MM. Potain, Chauffard et Widal; — M. Retterer, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Tuffier et Walther; — (2e série) : MM. Marchand, Humbert et Lejars; — (2e partie) : MM. Hayem, Marie et Gilles de la Tourette; — M. Ricard, suppléant.

Mardi 18 mai. — 2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Rémy, Quénu et Thiéry; — (2e série) : MM. Polaillon, Gley et Poirier.

3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Charrin et Achard; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Pozzi et Albarran; — (2e partie, 1re série) : Cornil, Gilbert et Ménétrier; — (2e série) : MM. Laboulbène, Proust et Marfan; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar; — M. Brun, suppléant.

Mercredi 19 mai. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Retterer et Sebileau.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Humbert, Poirier et Bonnaire; — (2e série) : MM. Pinard, Jalaguier et Lejars.

4e examen : MM. Landouzy, Netter et André; — M. Varnier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Peyrot, Delbet et Broca; — (2e série) : MM. Delens, Tuffier et Walther; — (2e partie) : MM. Chauffard, Gilles de la Tourette et Wurtz; M. Widal, suppléant.

Jeudi 20 mai. — 2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Schwartz, Poirier et Achard; — (2e série) : MM. Rémy, Brun et Thiéry;

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Tarnier, Berger et Hartmann; — (2e série) : MM. Guyon, Polaillon et Bar; — — (2e partie) : MM. Debove, Netter et Charrin;

4e examen : MM. Proust, Gilbert et André; — M. Gley, suppléant.

Vendredi 21 mai. — 2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Humbert, Rémy et Poirier; — (2e série) : MM. Jalaguier, Gaucher et Walther;

4e examen : MM. Pouchet, Thoinot et Netter; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Terrier, Peyrot et Broca; — (2e série) : MM. Tillaux, Ricard et Delbet; — (2e partie) : MM. Landouzy, Marie et Widal; — M. Wurtz, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

Samedi 22 mai. — 2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Raymond, Poirier et Quénu; — (2e série) : MM. Polaillon, Rémy et Poirier.

3e examen (2e partie) : MM. Cornil, Gilbert et Letulle; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Schwartz, Brun et Hartmann; — (2e série) : MM. Berger, Nélaton et Albarran; — M. Roger, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 19 MAI, à une heure. — M. JULIA. Des insuffisances aortiques (MM. Potain, président; Joffroy, Marie et Chassevant). — M. BAQUÉ. Contribution à l'étude du salophène et de ses propriétés thérapeutiques (MM. Potain, président; Joffroy, Marie et Chassevant). — M. DREYFUS. L'hérédo-syphilis de l'oreille. État actuel de nos connaissances (MM. Fournier, président; Tillaux, Marchand et Gaucher). — M. LUCAS. Contribution à l'étude de l'hallux valgus, et plus spécialement de sa pathogénie (MM. Tillaux, président; Fournier, Marchand et Gaucher). — M. FRÉMONT. Morcellement des amygdales (MM. Tillaux, président; Fournier, Marchand et Gaucher).

JEUDI 20 MAI, à une heure. — M. HENNECART. De la nécessité de l'intervention chirurgicale et des dangers de la non-intervention dans la grossesse extra-utérine (MM. Brouardel, président; Fournier, Maygrier et Thoinot). — M. CHATELLIER. Revolver et nouvelles poudres. Effets produits sur la peau et les vêtements. Étude médico-légale (MM. Brouardel, président; Fournier, Maygrier et Thoinot). — M. BADEROT. De l'influence du milieu sur le développement du délire religieux en Bretagne (étude statistique faite à l'asile de Rennes en 1897) (MM. Joffroy, président; Brouardel, Maygrier et Thoinot). — M. LANTZENBERG. Contribution à l'étude de l'aphasie motrice (MM. Raymond, président; Hutinel, Marfan et Roger). — Mlle MAJEWSKA. Contribution à l'étude de la névrite ascendante (MM. Raymond, président; Hutinel, Marfan et Roger). — M. FILLION. Recherches sur la trame connective et les modifications de cette trame dans les épithéliomes de la peau (MM. Hutinel, président; Raymond, Marfan et Roger). — M. LAJUGIE. Des toxines pulmonaires (MM. Cornil, président; Dieulafoy, Wurtz et Ménétrier). — M. LEBLANC. Des hypertrophies congénitale, unilatérale, partielle ou complète (MM. Cornil, président; Dieulafoy, Wurtz et Ménétrier). — M. HARLEZ. De la laryngite suffocante varicelleuse (MM. Dieulafoy, président; Cornil, Wurtz et Ménétrier). — M. THOMAS. Essai sur le pronostic du glaucome primitif (MM. Panas, président; Le Dentu, Pozzi et Nélaton). — M. PAYOT. Sur une modification à la cure radicale de la hernie inguinale (MM. Le Dentu, président; Panas, Pozzi et Nélaton).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de Mme Cordoën, la fille de notre cher directeur, ont eu lieu aujourd'hui à midi, à Sainte-Clotilde, au milieu d'une affluence considérable d'amis et de confrères.

Les témoignages de sympathie qu'a reçus, de la part du corps médical, notre directeur, dans cette cruelle circonstance, ont été si nombreux, qu'il lui est impossible d'y répondre individuellement. Nous prions, en son nom, nos confrères d'agréer ici l'expression de toute sa reconnaissance.

Il faut ajouter à la liste des victimes appartenant au corps médical, que nous avons donnée dans notre dernier numéro, Mlle Simon, fille de notre confrère le docteur Léon Simon.

— Par décret, en date du 6 mai 1897, M. le docteur Labrosse, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— La session annuelle de la caisse des pensions de retraites du corps médical français a été tenue à Paris, le 25 avril dernier, au siège social, 22, place Saint-Georges, sous la présidence de M. le docteur Lande, président.

Le comité directeur s'était réuni la veille et le comité des censeurs le jour même pour examiner les comptes du trésorier et trancher les questions pendantes.

Le bilan au 31 décembre 1896, présenté par le docteur Verdalle, trésorier, se solde par une balance de 623033 francs. Au 25 avril 1897, l'avoir social était de 700000 francs. Vingt et une retraites sont versées; la somme des retraites versées s'élève à 15395 fr. 90 centimes.

— *Excursion au Caucase.* — Le Comité central du Congrès de Moscou vient de régler l'excursion au Caucase de la façon suivante :

1° Un train spécial, aménagé pour cent personnes, quittera Moscou à la fin du Congrès pour Kislovodsk, dans le Caucase du Nord, où un arrêt de deux jours aura lieu pour permettre à ses membres de pouvoir visiter le groupe de villes d'eaux minérales dont Kislovodsk est le centre.

2° De Kislovodsk, le train ira à Vladikavkaz (Vladicaucase) point terminus de la ligne. Là, il y aura à choisir entre deux voies. L'une, celle de Tiflis, par la route militaire de la Géorgie, passera à travers les plus beaux paysages du Caucase. L'autre conduira à Petrofsk, port de la mer Caspienne. De là, un vapeur spécial conduira les membres du congrès à Baku (Bakou) où aura lieu un arrêt d'un jour. De Baku, les excursionnistes seront conduits par le train à Tiflis où ils rejoindront les membres qui auront choisi le premier itinéraire.

3° De Tiflis, le train conduira les voyageurs à Batoum sur la mer Noire, où ils auront un jour pour visiter la ville et les plantations environnantes de thé et de coton.

4° De Batoum, on ira par vapeur à Sukhum, New-Athos, et Novorossusk ; d'où un train spécial ramènera à Moscou les congressistes.

Le prix de ce voyage circulaire sera seulement de 150 francs (L. 6). Il n'y aura pas de dépenses d'hôtel, car des arrangements ont été pris pour permettre aux voyageurs de coucher chaque nuit soit dans le train, soit à bord du vapeur. La seule dépense à faire sera celle de la nourriture, qui n'est pas comprise dans le prix de 150 francs. — Le voyage entier durera exactement quinze jours.

Si plus de 100 membres du Congrès demandent à faire cette excursion, un second train de voyageurs sera adjoint au premier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Bricard (de Montaudin); Issemberg (de Graissessac), Kostrewski (de Nantes), La Saigne (de Tournon), Lecomte (de Pipriac), Mollien (d'Amiens), Mlle Marie Simon, fille de M. le docteur Léon Simon.

— M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, à l'hôpital Ricord, le samedi 15 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie poursuit en ce moment deux discussions, la discussion sur l'appendicite et celle qu'a récemment soulevée M. Huchard sur l'œdème aigu du poumon. Finissons-en d'abord avec l'appendicite.

M. Dieulafoy ne pouvait laisser sans réponse l'argumentation de M. Dumontpallier. Il n'est pas possible d'être en plus parfait désaccord. Après avoir nettement séparé l'appendicite vraie de la bonne ancienne typhlite des auteurs, M. Dieulafoy est arrivé à la question du traitement et, bien que se disant modeste médecin, il s'est montré plus nettement interventionniste que jamais. La chirurgie peut se vanter d'avoir en lui un bon avocat. Malgré toute l'éloquence que M. Dieulafoy met au service de cette cause qui lui paraît chère, nous ne pouvons cependant le suivre complètement dans la voie où il veut nous entraîner. Il est hors de doute que dans les observations qu'il a citées, l'intervention chirurgicale a fait merveille. Qu'est-ce que cela prouve? C'est que, dans ces cas, elle était indiquée. Mais s'ensuit-il, pour cela, que, comme le dit et le maintient M. Dieulafoy, le seul traitement rationnel de l'appendicite soit toujours et quand même la laparotomie? Nous ne pouvons admettre cette formule sans réserves et nous partageons l'opinion de bien des chirurgiens moins interventionnistes que M. Dieulafoy, qui, fort spirituellement d'ailleurs, a un peu trop malmené le traitement médical de l'appendicite. M. Dieulafoy n'a cité que des succès, mais pourrait-il affirmer qu'il n'y a jamais eu de décès attribuables à l'opération elle-même? Qui oserait dire que la laparotomie est toujours si innocente qu'on puisse toujours en la proposant en assurer le succès? Nous croyons donc qu'en l'espèce il faut être éclectique et choisir un juste milieu entre les deux convictions, également sincères, mais essentiellement contraires, de MM. Dieulafoy et Dumontpallier.

La suite de la discussion sur l'œdème aigu du poumon a amené à la tribune MM. Renaut (de Lyon) et Landouzy. M. Renaut, bien loin de réduire l'œdème aigu congestif au simple rôle d'accident du mal de Bright, en fait un syndrome possédant sa pathogénie, sa symptomatologie et ses lésions individuelles et autonomes; il fait connaître son anatomie pathologique et son histologie et décrit également sa symptomatologie. On trouvera plus loin la communication de M. Renaut.

M. Landouzy est venu également citer des faits d'œdème aigu du poumon auxquels le rein n'avait rien à voir et qui étaient bien nettement et bien uniquement sous la dépendance des lésions aortiques.

Dans l'un de nos derniers numéros, nous mettions en garde les praticiens contre l'engouement peut-être exagéré pour certaines méthodes de traitement autour desquelles il s'est fait récemment une grande publicité et dont le point de départ a été la tribune de l'Académie. Aussi est-il juste de mentionner ici les communications qui peuvent conduire à des conclusions moins séduisantes que celles des premiers travaux sur le même sujet. Nous voulons parler du redressement forcé de la gibbosité. M. Ménard a étudié cette question au point de vue anatomique et il démontre, avec des pièces à l'appui, que la caverne produite dans la colonne vertébrale par le redressement chirurgical ne peut se combler, d'où récidive fatale, plus ou moins prochaine de la gibbosité.

A la fin de la séance, la parole a été donnée à M. Liétard pour la lecture d'une note historique sur le médecin Charaka, le serment d'Hippocrate et le serment des médecins hindous.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Straus. Les candidats sont classés ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Rendu; en deuxième ligne, M. Joffroy; en troisième ligne, M. Troisier; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Chauffard, Gaucher et Marie.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE

Par le docteur J.-L. FAURE, chirurgien des hôpitaux.

I

Ceci n'est point un travail de bibliographie ni de statistique. Je n'ai d'autre intention que de publier tout simplement, tels que je les ai vus et avec les réflexions qu'ils comportent, les quelques cas d'affections abdominales graves pour lesquelles il m'a été donné de pratiquer des interventions d'urgence. Le nombre en est restreint et ne

grossira pas sensiblement les statistiques considérables publiées un peu partout.

Je crois cependant que l'exposé de la pratique d'un même chirurgien, cette pratique fût-elle des plus modestes, peut présenter un grand intérêt. Les chiffres imposants des grandes statistiques sont certainement plus impressionnants. Malheureusement, ils sont toujours et nécessairement trompeurs, puisque ces statistiques ne font point état du grand nombre d'observations qui ne sont jamais publiées, et qui, il faut bien le dire, ne comptent pas toujours parmi les plus heureuses. De plus, elles ne sont formées que par la réunion de cas observés par des chirurgiens différents sous l'empire de leurs idées personnelles, de leurs préoccupations et de leurs tendances particulières, conditions qui modifient trop souvent la physionomie des observations et en rendent un peu illusoire l'étude comparée.

Il y a, au contraire, entre les cas divers, même les plus dissemblables, que les hasards de la clinique ont pu fournir au même chirurgien, une sorte de solidarité, un véritable terrain commun, celui d'une observation identique, faite dans le même esprit, avec les mêmes préoccupations, si bien qu'il est possible de relier ces cas les uns aux autres et d'en dégager un enseignement pratique bien plus important, à mon sens, que le pourcentage plus ou moins favorable des grandes statistiques où l'on n'enregistre, le plus souvent, que la brutalité des faits, sans pouvoir les interpréter.

L'étude de la statistique intégrale d'un même opérateur me paraît avoir, en outre, cet avantage de mieux répondre aux réalités de la clinique, sans tenir compte des classifications arbitraires, faites après coup et qui ne sont d'aucun secours, lorsqu'il s'agit, au lit du malade, de prendre une décision qui demande presque toujours à être immédiate.

Sans doute, les classifications des diverses affections abdominales d'ordre chirurgical sont utiles, sont même indispensables pour l'étude de ces affections et surtout pour leur exposition didactique. Mais quelle différence entre ces descriptions synthétiques qui veulent, pour être complètes, tenir compte de tous les cas et finissent parfois à ne ressembler à aucun, quelle différence entre ces descriptions schématiques, entre ces peintures artificielles et le tableau vivant de la clinique, où tout est imprévu, changeant, souvent paradoxal, parfois même contradictoire !

Toutes les études et les descriptions théoriques ne comptent guère au lit du malade, et c'est la pratique seule de cette chirurgie d'urgence qui permet de se rendre bien compte de ses difficultés. C'est elle seule qui, peu à peu et par un lent travail d'évolution mentale, amène le chirurgien à se tracer une ligne de conduite qu'il suivra jusqu'à ce que des faits nouveaux soient venus lui en démontrer les imperfections ou les dangers.

Le service de garde des hôpitaux de Paris présente à cet égard des éléments d'étude vraiment incomparables. Les cas d'extrême urgence y sont nombreux dans lesquels doit être résolu sans retard ce problème de l'intervention immédiate. J'en ai, pour ma part, en un temps relativement court, rencontré au moins une quinzaine.

Je crois devoir les publier ici, convaincu que l'étude des résultats obtenus, des causes qui les ont produits, des éléments qui eussent pu les modifier, des inspirations heureuses que j'ai pu avoir, comme aussi des fautes que j'ai pu commettre, ne sera pas sans quelque utilité pour ceux qui voudront bien prendre la peine de les lire.

Mes observations sont, pour la plupart, brièvement résumées. J'ai fait suivre chacune d'elles des quelques réflexions qu'elle comporte. Afin de traduire aussi fidèlement que possible mes impressions immédiates, je tâche d'expliquer pourquoi j'ai agi comme je l'ai fait, les mobiles qui m'ont guidé, les hésitations qui m'ont entravé ou servi, les erreurs que j'ai pu commettre aussi bien que les fautes que j'ai pu éviter.

Ces quelques mots qui refléteront aussi fidèlement que possible mon état d'esprit auprès du malade, en face de la décision à prendre comme pendant l'opération, auront, je l'espère, cet avantage de permettre une interprétation plus facile et en même temps plus vraie de ces observations et de donner une idée plus exacte des conditions véritables dans lesquelles s'exerce la clinique et des difficultés de toute espèce avec lesquelles le chirurgien peut se trouver aux prises.

J'examinerai, enfin, d'après l'étude de ces quelques observations, s'il est posssible, malgré leur petit nombre, d'en tirer, comme je le crois, quelques faits précis et quelques conclusions ayant une portée plus générale.

Je ne m'occuperai pas ici des plaies pénétrantes de l'abdomen, soit par coup de couteau, soit par balle de revolver. Le hasard ne m'en a point fait rencontrer. D'ailleurs, la question est aujourd'hui des plus connues et ne soulève plus guère de discussions. L'accord semble s'être fait en faveur de l'intervention aussi rapide que possible, si on voit le malade dans les premières heures, et au moindre soupçon d'accident, si on ne l'observe qu'au bout d'un certain temps.

Je n'envisagerai donc que les interventions d'urgence pour affections d'origine interne, sans plaie qui vienne éclairer le diagnostic et dicter la décision à prendre. La conduite est ici beaucoup plus incertaine, beaucoup plus délicate, et la discussion plus utile.

Toute réflexion faite et après m'être demandé comment je grouperais des observations disparates et qui n'ont pour caractère commun que celui d'être des interventions d'urgence, j'ai renoncé à les réunir par catégories nosographiques. Cette classification n'a, en effet, aucun caractère pratique, puisque, dans la plupart des cas, ce n'est que pendant l'opération, ou même à l'autopsie, qu'on peut se rendre compte de la nature exacte de l'affection pour laquelle on est intervenu. Hors certains cas assez rares où le diagnostic est des plus nets, on se trouve en présence d'une affection péritonéale grave, d'origine douteuse, et l'on n'a, pour apprécier l'urgence et la gravité de l'intervention, que des signes et des caractères qui n'ont rien à voir avec la cause première des accidents. Je m'explique : ce n'est pas parce que les phénomènes graves, en présence desquels on se trouve, ont succédé à tel ou tel accident primitif que l'on intervient, c'est parce que ces phénomènes sont graves — et pas pour autre chose — si bien que, hors certains cas particuliers, lorsque les phénomènes sont relativement bénins, on n'intervient pas, précisément parce qu'ils sont bénins.

L'intervention doit donc être, en règle générale, *systématique* et subordonnée à la gravité des phénomènes, et c'est cette gravité première qui constitue l'indication capitale et comme le critérium de l'intervention. C'est également cette gravité qui doit entrer en première ligne lorsqu'il s'agit de formuler le pronostic opératoire.

Je crois donc que le mieux que l'on puisse faire est de diviser ces diverses observations, suivant qu'elles se rappor-

tent à des cas de *grande gravité*, de *gravité moyenne* ou de *gravité légère*. Si cette division n'apprend rien au point de vue du diagnostic, elle a l'avantage de répondre à la réalité clinique et de cadrer avec le pronostic. Or, on peut dire que, sauf dans quelques cas où les désordres abdominaux sont, par hémorragie, broiement ou par toute autre cause, fatalement ou presque fatalement mortels, la gravité des affections péritonéales, quelle que soit leur origine, est *proportionnelle à l'intensité des phénomènes infectieux qui les accompagnent*. C'est, en effet, l'infection, ce sont les phénomènes d'intoxication générale qui dominent le pronostic.

Lorsque les malades sont surinfectés, lorsque la toxémie est complète, l'opération, même simple et rapide, n'a plus pour ainsi dire aucune chance d'être utile. Elle ne fait presque toujours qu'accélérer la fin. Lors, au contraire, que les phénomènes généraux dus à l'empoisonnement du sang par la toxémie microbienne ne sont pas extrêmement graves, lors surtout qu'ils sont légers, alors une opération, même longue et difficile, a des chances très sérieuses de sauver la vie du malade.

C'est ce qui s'est présenté dans les cas qui me sont personnels et que j'ai divisés en trois séries.

Dans une *première série*, j'ai réuni les cas d'*infection péritonéale suraiguë*. Ces cas, de beaucoup les plus nombreux, sont au nombre de onze, tous terminés par la mort.

Dans une *deuxième série*, j'ai inscrit les cas d'*infection simplement aiguë*. Il n'y en a que trois, avec une mort et deux guérisons.

La *troisième série*, enfin, comprend les cas où l'*infection* était *très faible* ou *nulle*. Il y en a quatre, avec trois morts et une guérison. On verra, à la lecture des observations, que, étant donné les circonstances dans lesquelles la mort s'est produite, cette série aurait pu être beaucoup plus heureuse.

Dans chaque série, ces diverses observations ont été réunies suivant leur date, dans l'ordre où le hasard de la clinique me les a fournies à moi-même, parce que je veux, avant tout, tâcher de représenter les choses telles qu'on les rencontre dans la réalité.

II

PREMIÈRE SÉRIE

Infection péritonéale suraiguë.

Observation I. — *Péritonite diffuse d'origine probablement appendiculaire. Laparotomie. Mort.* — X..., dix-huit ans, opéré à Rueil en 1892. Ce jeune homme, dont je n'ai pu retrouver l'observation précise, mais dont j'ai gardé un souvenir très net, avait été pris le vendredi soir d'accidents abdominaux subits et intenses, dus sans doute à une perforation appendiculaire. Il ne put être opéré que le lundi matin, près de trois jours, par conséquent, après le début des accidents. A ce moment, son état général était très grave.

Chloroforme : incision médiane sous-ombilicale de 15 centimètres environ. Dès l'ouverture du péritoine, un flot de pus épais et vert s'écoule au dehors. J'en estime la quantité à 1 litre et demi ou 2 litres environ. Lavage avec 8 ou 10 litres d'eau bouillie, jusqu'à ce que le liquide ressorte limpide. Drainage à la gaze iodoformée. L'opération a duré environ une demi-heure.

Mort deux heures après.

Pas d'autopsie.

Il me semble évident que ce malade était condamné à brève échéance, mais il est non moins évident que l'opération a hâté sa fin. L'ébranlement causé par l'anesthésie, les manœuvres assez longues d'un lavage abondant qui a lui-même nécessité la prolongation de la narcose, sont certainement, dans l'ensemble des actes opératoires, ceux qui ont le plus contribué à précipiter le dénouement. Je reste convaincu que, si ce malade eût été laparotomisé, sans le secours du chloroforme, avec l'aide de la simple cocaïne, et si, après un nettoyage très superficiel et un lavage peu abondant, il avait été simplement drainé, il serait mort, mais non sans avoir résisté plus longtemps qu'il ne l'a fait. Il était trop profondément infecté pour survivre, et, au moment de l'opération, le mal était irréparable, mais, si la réparation eût été possible, je suis persuadé que le malade en eût fait plus facilement les frais si j'avais tout simplement évacué le pus qui lui remplissait l'abdomen, ouvert, en un mot, ce vaste abcès péritonéal, sans anesthésie générale. C'est certainement la conduite que je tiendrais aujourd'hui, dans un cas semblable.

(A suivre.)

DU REDRESSEMENT BRUSQUE DE LA GIBBOSITÉ

DANS LE MAL DE POTT

Par le docteur V. Ménard (de Berck).

Le procédé de redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott a été pratiqué, jusqu'ici, d'une manière empirique et les observations cliniques sont encore incomplètes.

J'ai exécuté *post mortem* le redressement brusque, suivant la technique indiquée.

De mes expériences il résulte qu'une caverne haute de 2, 4, 6 centimètres, remplie de débris tuberculeux, se trouve substituée au plan de séparation au niveau duquel les deux segments du rachis étaient inclinés l'un sur l'autre.

La réparation de cette caverne ne pourra se faire par un cal osseux, car sur les pièces anatomiques appartenant à chaque période du mal de Pott, on ne peut, en aucun cas, trouver une preuve de la production d'os nouveau, ni sous le périoste, ni dans l'intervalle des vertèbres malades.

La soudure osseuse ne se fait pas ou reste très incomplète avec la gibbosité.

La gibbosité redressée, l'absence de production d'os nouveau conduit à cette conclusion : la caverne, créée par le redressement, ne se réparera pas par un cal osseux. Il s'ensuit que la gibbosité se reproduira.

LE MÉDECIN CHARAKA

LE SERMENT D'HIPPOCRATE ET LE SERMENT DES MÉDECINS HINDOUS

Par le docteur Liétard.

D'après les versions chinoises de contes indiens récemment traduits par M. Sylvain Levi, professeur de sanscrit à Paris, le célèbre médecin hindou Charaka, auteur d'un grand traité de médecine, aujourd'hui en voie de traduction, mais sur lequel on ne possédait jusqu'alors aucun renseignement, était le médecin particulier d'un roi indo-scythe, Kanishka. Le roi vivait au premier siècle de notre ère.

Or, l'ouvrage de Charaka, dont le système médical est identique à celui des livres hippocratiques, renferme un chapitre de déontologie dont une des parties les plus intéressantes reproduit le texte d'un serment médical professionnel. Ce texte, postérieur de quatre siècles au moins au serment d'Hippocrate, ne présente pas seulement avec

celui-ci des ressemblances d'idées et de sentiments, mais on y trouve, dans certains passages, jusqu'à la synonymie exacte des expressions employées. Il est difficile, dès lors, de se soustraire à l'idée que le serment hippocratique et celui des médecins hindous eurent une commune origine.

THÉRAPEUTIQUE

Pansements secs; pansements humides.

Par le docteur P.-L. Lectoure.

Les pansements secs ont depuis quelque temps conquis la faveur du corps médical; cependant, dans beaucoup de cas ils sont inapplicables, dans les trajets fistuleux par exemple, les replis vaginaux, etc.; souvent aussi ils sont insuffisants lorsqu'il s'agit de lutter contre la sécrétion purulente des plaies infectées; ils ne peuvent pénétrer dans toutes les anfractuosités des plaies et leur rôle se borne alors à neutraliser partiellement les sécrétions, en laissant le champ libre à la virulence du pus sous-jacent, d'où cicatrisation lente, imparfaite, avec traces indélébiles.

Les pansements secs font merveille quand il s'agit seulement de maintenir l'asepsie à la suite d'une opération sur des tissus qui n'ont pas encore subi l'invasion microbienne.

Dans tous les autres cas, force est d'employer les pansements humides au sublimé ou à l'acide phénique, malgré tous leurs inconvénients et les dangers qu'ils présentent, surtout entre des mains inexpérimentées, quand on en use en dehors du médecin.

L'absorption du sublimé et de l'acide phénique par les tissus peut donner lieu à de graves complications chez les diabétiques, les albuminuriques ou les eczémateux. Même chez des sujets n'ayant jusqu'alors présenté aucune prédisposition à ces maladies, on constate parfois, longtemps après l'application des pansements mercuriels ou phéniqués, des phénomènes d'intoxication, surtout chez les enfants et les vieillards.

Ces phénomènes d'intoxication sont à peu près les mêmes avec l'acide phénique qu'avec le sublimé. Nous insisterons sur les méfaits de l'acide phénique, dont l'emploi peut être considéré comme plus dangereux encore, par suite de la facilité avec laquelle on se le procure.

Le docteur Keller a trouvé du mercure et de l'albumine dans l'urine de douze femmes sur dix-huit qui étaient traitées avec des injections de sublimé à 1 p. 2000.

M. le docteur Bar, dans sa thèse d'agrégation, a signalé l'apparition de plaques gangréneuses après l'emploi de solution phéniquée à 2 p. 100.

Dreyfous rapporte que l'application d'une simple bandelette de gaze phéniquée sur une plaie de circoncision a déterminé des symptômes d'empoisonnement qui ont pris rapidement un caractère menaçant.

M. le docteur Brun a observé un cas de mort chez un homme de soixante-quinze ans, particulièrement robuste, à la suite d'un pansement phéniqué fait sur une brûlure de l'avant-bras.

Quelquefois même, l'absorption de la substance toxique semble se faire par la peau saine. On a souvent observé des phénomènes d'intoxication phéniquée, après un séjour un peu prolongé dans une atmosphère phéniquée (Dr Brun, thèse d'agrégation).

Malgré tout, comme entre deux maux il nous faut choisir le moindre, l'emploi de ces deux agents antiseptiques, les seuls dont on disposait jusqu'à ce jour, s'imposait. On allait au plus pressé, cherchant, avant tout et avec raison, la guérison du mal immédiat, sauf à traiter ensuite les désordres engendrés par ces antiseptiques.

Aucun produit nouveau n'avait présenté une complète innocuité unie à une puissance antiseptique suffisante pour pouvoir être substitué avec avantage aux solutions de sublimé et d'acide phénique.

Aujourd'hui cette lacune nous paraît comblée. On nous signale, en effet, un intéressant produit, le « Laurénol », qui a été étudié dans divers laboratoires officiels et privés, notamment au laboratoire de micrographie de la Ville de Paris et au laboratoire municipal. Il a été appliqué avec succès par nombre de médecins des plus autorisés.

La puissance antiseptique du « Laurénol » a été déterminée à 3 p. 100. A 1 p. 1000 il arrête et empêche la fermentation et la putréfaction. Il est, en outre, désodorisant et n'a par lui-même aucune odeur.

Le « Laurénol » est un liquide parfaitement stable et soluble; d'une extrême fluidité, il n'est ni toxique ni caustique. C'est l'heureuse réalisation du principe des antiseptiques composés, à l'exclusion du mercure et de l'acide phénique. Sa formule est en principal Polychlorure sulfoborique.

Il a donné les meilleurs résultats dans toutes les maladies microbiennes et inflammatoires de la peau, abcès, furoncles, panaris, anthrax; en injections vaginales post partum; dans les métrites aiguës ou chroniques; dans les blennorragies, etc. Il n'a jamais trompé l'attente de ceux qui s'en sont servi. Un seul fait démontre sa supériorité : pendant le traitement et après guérison, il ne se produit autour de la plaie aucune desquamation.

C'est l'antiseptique que l'on doit toujours avoir sous la main et dont la vulgarisation est appelée à rendre les plus grands services aux médecins.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mai 1897. — Présidence de M. Caventou.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ŒDÈME AIGU DU POUMON

M. J. Renaut dit que l'œdème aigu, que les recherches de M. Huchard tendent depuis longtemps à dégager du groupe des œdèmes vulgaires du poumon, a tout aussi bien une individualité au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique. Il connaît lui-même cette affection depuis fort longtemps et, en 1889, il l'avait déjà distinguée des autres œdèmes pulmonaires et désignée sous le nom d'œdème aigu congestif du poumon dans la thèse de son regretté élève et ami Honnorat (Processus histologique de l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque, thèse de Lyon, 1887). M. Renaut se propose de donner aujourd'hui quelques détails sur la lésion pour servir à établir sa caractéristique anatomo-pathologique. Il veut également faire connaître certains faits qui viennent à l'appui de la conception de Huchard et concourent à faire penser avec lui que l'œdème aigu congestif du poumon ne doit en aucune façon être réduit au simple rôle d'un accident pur et simple du mal de Bright. C'est au contraire un syndrome possédant tout à la fois sa pathogénie, sa symptomatologie et ses lésions au plus haut point individuelles et autonomes.

I. Voici d'abord quelle est la lésion : au sein d'une nappe d'œdème vulgaire, à spume ruisselante occupant une plus ou moins grande étendue du parenchyme pulmonaire d'ailleurs crépitant encore et surnageant l'eau, on trouve des blocs d'étendue et de configuration également variables. Ils sont occupés par une sorte d'hépatisation d'un caractère tout à fait particulier, translucide et tremblotante comme une gelée légèrement violette, parcourue par des tractus blanchâtres réticulés. Ceux-ci répondent aux parois alvéo-

laires et aux cloisons intra-lobulaires devenues complètement exsangues par le mécanisme suivant :

L'aire des alvéoles est remplie par un exsudat liquide, albumineux, exceptionnellement parcouru par des réseaux de fibrine minces et grêles. Et dans cet exsudat, se touchant tous, ont pris place des globules blancs du sang émigrés par diapédèse des vaisseaux sanguins. L'effort de diapédèse s'est fait avec une telle brusquerie et sous une telle pression, qu'en une multitude de points les cloisons interalvéolaires, distendues outre mesure par l'exsudat qui prend place dans la cavité des alvéoles, ont vu leurs capillaires sanguins de la circulation fonctionnelle effacés par contre-pression. En outre, bon nombre d'entre elles se sont rompues par le travers, rendant ainsi continu d'alvéole en alvéole l'exsudat né de la diapédèse brusque, énorme, vulnérante. Et cet exsudat a si bien contrecomprimé ces vaisseaux pariétaux, que là où l'alvéole est rompu, les capillaires sanguins de sa paroi ne laissent pas écouler même une goutte de sang dans la cavité alvéolaire.

Histologiquement, une telle lésion ressemble à celle de la pneumonie franche. Mais elle en diffère en ce que les globules blancs exsudés dans la pneumonie sont mêlés de nombreux globules rouges, et de plus enserrés dans un réticulum fibrineux considérable et à mailles serrées. Ici, point de granulations d'Andral, très peu de globules blancs mêlés aux rouges dans l'exsudat; et surtout, à la place de l'énorme congestion des capillaires pariétaux dans la pneumonie, effacement de tous ces capillaires par l'exsudat, parce qu'il a pris place dans l'alvéole sosu extrême pression.

Dans l'œdème aigu congestif, l'appareil aérophore (alvéole) et l'appareil hématophore (capillaires sanguins alvéolaires) sont annulés net. C'est à la fois un œdème congestif et anémique. Pas une bulle d'air dans les limites de l'exsudat : le parenchyme pulmonaire tombe au fond de l'eau comme une pierre.

Dans l'œdème vulgaire, l'inondation séreuse occupe certains alvéoles et en épargne d'autres. Les capillaires des parois alvéolaires sont congestionnés et non aplatis par contre-pression. L'air se mêle à l'exsudat et le poumon, qui crépite et exsude sa spume tout à la fois, surnage l'eau même après qu'on l'a fortement malaxé entre les doigts.

II. Telle est la lésion, tout à fait individuelle, de par son anatomie pathologique. Elle reproduit absolument les mouvements congestifs produits par suite d'une mise en jeu des nerfs vasculaires dans le sens vaso-dilatateur. Un poumon qui devient le siège d'une poussée brusque d'œdème aigu congestif est le théâtre d'une série de mouvements de congestion, de diapédèse, de transsudation, etc., tout à fait comparable à ceux se produisant autour d'une glande soumise à l'action des nerfs moteurs glandulaires et dont on excite le nerf. Ceci est absolument en faveur de la théorie adoptée par M. Huchard, qui fait de l'œdème pulmonaire aigu la conséquence de troubles de l'innervation cardio-pulmonaire, et d'une augmentation considérable de la tension vasculaire dans la petite circulation.

III. M. Huchard ajoute à ces données la notion de la maladie artérielle, celle de l'aortite et de la péri-aortite. Il fail sa juste part à l'élément toxique qui met, dès qu'il existe, le système vasculaire en instance et en imminence d'œdème. D'autre part, il n'admet pas une relation indispensable entre l'œdème aigu congestif et le brightisme comme le voudrait M. Dieulafoy.

M. Huchard a observé de nombreux cas d'œdème aigu congestif et, dès 1887, il traçait, dans la thèse d'Honnorat, sa symptomatologie sommaire en même temps qu'il faisait connaître son anatomie pathologique si personnelle. Il cite deux observations empruntées à cette thèse.

Il a soigné pendant plusieurs années et suivi très attentivement un de ses amis obèse, dyspeptique, sujet à des crises d'étouffement inexplicables, manifestement atteint de légère artério-sclérose, mais absolument indemne du côté des reins. L'analyse complète, avec coefficient d'oxydation, fut faite plusieurs fois. Le 2 mai 1894, à cinquante et un ans, il prend de son fils une scarlatine de toute gravité. Au sixième jour, avec à peine une trace d'albumine dans les urines, il est frappé d'anurie complète, et celle-ci ne cède, au bout de cinquante-six heures, qu'à une injection de 500 grammes de sérum artificiel sous la peau. Aussitôt, tous les phénomènes menaçants se dissipent, et il semble que le malade aille entrer en convalescence. L'urine, émise de rechef largement, ne renferme plus que des traces infinitésimales d'albumine. Mais, quarante-huit heures après, en quelques heures, il est tué par un coup terrible (réfractaire à la saignée qui fut faite de suite) d'œdème aigu congestif. Cet homme était, à mon sens, non pas un brightique latent, mais un artériel, chez lequel le poison scarlatineux fit, les vaisseaux y étant prédisposés, deux coups d'œdème aigu congestif, le premier sur le rein, le second sur le poumon.

M. Renaut croit, en résumé, que si les brightiques interstitiels sont plus exposés que d'autres à l'œdème congestif du poumon, c'est qu'ils réunissent mieux que d'autres les conditions essentielles de la production de celui-ci.

M. LANDOUZY croit qu'il y a des cas d'œdème pulmonaire où l'altération rénale ne doit pas être mise seule en cause. Dans deux cas de rhumatisme suivi de complications cardio-artérielles chroniques, avec aortite, il a observé quatre fois chez l'un de ces malades, cinq fois chez l'autre, des attaques d'œdème aigu survenues brusquement dans la nuit. Ces malades n'ont jamais eu d'albuminurie, ni dans le moment des crises, ni à la suite. Dans ces cas, l'élément rénal n'a pas eu à intervenir ; le trouble fonctionnel rénal peut être sans doute souvent associé au trouble aortique, mais celui-ci reste, à son avis, le fait capital.

M. BROUARDEL croit que les faits cités par MM. Renaut et Landouzy constituent une minime exception. Dans ces cas de mort subite qui amènent des expertises médico-légales, il a constaté, dans les trois quarts des cas, qu'il s'agissait de rénaux dont, en général, l'affection était ignorée tant d'eux que de leur médecin.

Un terrassier est pris dans un éboulement; il a les jambes fracturées; malgré cela, son état n'inspirait pas d'inquiétude quant à la vie, lorsqu'il succomba subitement la nuit suivante à un accès d'œdème aigu du poumon. L'autopsie a montré des lésions du rein et l'intégrité du cœur.

Eh bien, chez ces rénaux, où la maladie demeure silencieuse, divers facteurs : coup de froid, traumatisme, etc., suffisent pour provoquer de l'œdème pulmonaire aigu. Ce sont des données très importantes au point de vue de la médecine légale. C'est pour cela que M. Brouardel tient à y insister.

M. LANDOUZY admet que le type décrit par M. Brouardel est légion. Mais il a le droit de dire qu'il existe une catégorie d'individus qui, à l'occasion d'un trouble émotionnel ou accidentel quelconque, offrent des symptômes pulmonaires analogues à ceux des brightiques, et cependant ce ne sont que des aortiques, ce ne sont pas encore des scléreux. Loin de lui l'idée de nier la fréquence de ces troubles pulmonaires chez les polyscléreux, mais il faudra, chez ces malades, penser à instituer une autre intervention thérapeutique que chez les rénaux.

M J. RENAUT est d'accord avec M. Brouardel quant à la grande fréquence de la coïncidence de l'œdème aigu avec des altérations rénales. Il a simplement voulu dire qu'un individu ne doit pas être *a priori* supposé atteint d'altération du rein parce qu'il a fait un coup d'œdème aigu du poumon. Certes, les rénaux sont plus que tous les autres exposés aux œdèmes — même et surtout d'ordre congestif. Cela vient de ce qu'ils vivent sous un régime constant d'intoxication très

favorable à la mise en train des actions vaso-motrices aberrantes. Mais un œdème aigu congestif peut parfaitement naître, chez un individu prédisposé non brightique, subitement, en vertu par exemple de l'action brusque du froid et avec des caractères anatomiques et cliniques identiques.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. DIEULAFOY répond à M. Dumontpallier. Il déclare, tout d'abord, être aussi absolu dans ses conclusions et dans ses convictions que peut l'être M. Dumontpallier dans les siennes. Entre l'opinion de M. Dumontpallier et celle de M. Dieulafoy, il y a tout un monde.

M. Dumontpallier a fait à M. Dieulafoy deux reproches : il lui a d'abord reproché d'avoir fait bon marché de la typhlite et de la pérityphlite. Mais M. Dieulafoy se défend d'avoir rien fait par lui-même. Il en appelle aux discussions du Congrès de chirurgie, de la Société de chirurgie, de la Société médicale des hôpitaux, et il renvoie son honorable contradicteur à ces discussions.

Nul ne songe, ni n'a jamais songé à dire qu'il n'y a pas une typhlite. Il y a une typhlite comme il y a une colite, comme il y a une entérite. Mais cette typhlite, dont tout le monde reconnaît l'existence, n'a rien à voir à cette autre maladie, à l'appendicite avec gangrène de l'appendice, perforation du cæcum, péritonite localisée ou généralisée, septicémie péritonéale, abcès à distance, abcès du foie, etc. M. Dieulafoy en appelle aux chirurgiens et leur demande si cette affection, qu'ils connaissent bien, a rien de comparable avec la typhlite banale, qui n'arrive jamais à perforer l'intestin, ni à donner lieu à une péritonite généralisée ou à des abcès multiples.

M. Dieulafoy arrive au second point en discussion, au traitement de cette appendicite. Il possède actuellement 35 cas d'appendicites ayant été traitées chirurgicalement. En présence d'une appendicite, le traitement médical paraît être nul ou insuffisant; le seul traitement rationnel de l'appendicite est l'intervention chirurgicale. M. Dumontpallier s'est appliqué à démontrer que le vieux traitement par les cataplasmes, l'application de la glace ou les sangsues, donnait 90 p. 100 de guérisons. Tel est, en effet, le traitement préconisé par M. Dumontpallier : cataplasmes, vessies de glace, sangsues et même, s'il y a trop de douleurs, piqûres de morphine. Dans les cas très graves, l'intervention chirurgicale, selon lui, ne ferait que hâter la mort, ces malades étant voués à une mort certaine, quoi qu'on fasse. Même dans les cas d'appendicites suraiguës, M. Dumontpallier, si l'on trouve que l'on doit opérer, veut qu'on n'intervienne que le quatrième jour. Pourquoi attendre le quatrième jour? Pour que le malade meure le troisième. Enfin, dans les cas de guérisons à la suite de l'intervention chirurgicale, M. Dumontpallier est convaincu que les malades auraient guéri sans opération. Après un réquisitoire aussi sévère contre l'intervention chirurgicale, M. Dieulafoy croit de son devoir de défendre de nouveau cette intervention chirurgicale comme le meilleur et le seul traitement rationnel de l'appendicite vraie. Il lui suffira, pour cette défense, de citer quelques observations; M. Dieulafoy rapporte ici plusieurs observations que nous résumons brièvement :

Un enfant de cinq ans sort du cirque, le jeudi, très bien portant. Dans la nuit du jeudi au vendredi, il est pris de vomissements, le vendredi il se plaint de douleurs vives dans le ventre, continue à vomir; la température ne dépasse pas 37°6. Le samedi, mêmes accidents, température 37°8, pouls à 130. M. Dieulafoy, consulté quarante heures après le début des accidents, diagnostique une appendicite et conseille l'opération hâtive. Celle-ci est faite quatre heures après par M. Routier.

On trouve une appendicite perforante, une péritonite diffuse. Qu'auraient fait, dans ce cas, les cataplasmes, la vessie de glace et même les sangsues? Il est indéniable que, sans l'opération, cet enfant aurait succombé. Il n'y avait là qu'une seule indication, l'intervention chirurgicale. C'est ce qui a été fait, et l'enfant a parfaitement guéri.

Un homme d'une quarantaine d'années, ayant eu, trois semaines auparavant, une première crise d'appendicite, est repris du même accident; douleurs pas très vives, température, 38°7. Tout semblait faire rentrer ce cas dans la bonne ancienne typhlite des auteurs. M. Dieulafoy conseille l'opération. On la repousse, on demande un chirurgien en consultation, M. Segond qui, trois heures après, ouvre le ventre, qu'il trouve en pleine péritonite avec gangrène appendiculaire. Qu'aurait fait ici le traitement médical? Le malade serait mort. Il a été sauvé par l'intervention.

Un homme de trente ans entre dans le service de M. Duplay, à l'Hôtel-Dieu, avec tous les symptômes d'une appendicite. M. Cazin, chef de clinique, l'opère quarante-quatre heures après le début des accidents. Il trouve une gangrène de l'appendice avec péritonite diffuse, abcès dans la fosse iliaque gauche comme dans la fosse iliaque droite. La température, qui était de 39 degrés, tombe, après l'opération, à 37 degrés, et le malade guérit. Ce malade aurait guéri avec les cataplasmes, la vessie de glace et les sangsues.

M. Larcher (de Passy) appelle M. Dieulafoy auprès d'une jeune fille de quinze ans, atteinte d'appendicite. Au moment de la consultation, l'enfant paraissait aller mieux; elle ne vomissait plus, mais devant les symptômes persistants, tels que la douleur dans la fosse iliaque droite, la défense musculaire, M. Dieulafoy n'hésite pas à conseiller l'opération.

M. Monod opère au troisième jour, trouve une péritonite diffuse avec gangrène de l'appendice. Guérison.

Suivent deux autres observations analogues.

M. Dieulafoy pourrait citer 35 observations semblables. Ce sont là des faits indéniables.

M. Dumontpallier dit que l'opération doit être réservée pour des cas spéciaux. Mais quels sont ces cas spéciaux? L'appendicite est une et indivisible. Il y a déjà bien assez de difficultés à diagnostiquer la péritonite, à plus fortes raisons éprouve-t-on des difficultés plus grandes encore à reconnaître l'appendicite plastique, rajeunie par M. Dumontpallier. Une fois l'appendicite déclarée qu'adviendra-t-il? Où s'arrêtera-t-elle? M. Dieulafoy se déclare incompétent pour porter, dans ces cas, un pronostic et il ne faut pas hésiter, le diagnostic d'appendicite établi, à intervenir chirurgicalement.

Je sais bien, dit en terminant M. Dieulafoy, que toutes les paroles qui se disent à cette tribune ont un grand retentissement, et que nous ne saurions trop ménager nos expressions, mais ma conviction est tellement absolue en ce qui concerne le traitement de l'appendicite, que je n'hésite pas à répéter que le traitement médical est insuffisant, et que le traitement chirurgical, appliqué en temps opportun, est le seul traitement rationnel de l'appendicite.

M. DUMONTPALLIER ne nie pas l'existence de l'appendicite ni que les chirurgiens aient opéré avec raison et profit pour les malades; mais il croit qu'on a ouvert des ventres qui auraient guéri sans cela. L'intervention a été trop souvent préconisée. Les statistiques qu'il a citées et où les guérisons atteignent le chiffre de 90 p. 100, restent entières.

L'Académie se forme en comité secret.

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 8 mai : « Insuffisance tricuspide. » MM. de Grandmaison, Méry et Mosny, 19; Dupré et Triboulet, 18.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 10 mai : MM. Chevalier et Thiéry, 20; Glantenay, 16.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la sialorrhée.

Par les docteurs Klippel et Lefas.

La sialorrhée est l'hypersécrétion pathologique des glandes salivaires.

Ainsi défini, ce phénomène morbide apparaît dans des états pathologiques fort nombreux et variables.

Les auteurs qui ont écrit spécialement sur ce sujet admettent que la sialorrhée est tantôt *essentielle*, tantôt *symptomatique*.

Pour eux, le flux salivaire apparaît, dans le premier cas, sans que l'examen de la bouche et des glandes permette de constater la moindre lésion; dans le second, il y a une affection dont la sialorrhée est un symptôme évident.

Ceci étant posé, si l'on examine l'ensemble des faits, il devient évident qu'avec le temps et la connaissance plus parfaite des maladies, la sialorrhée essentielle perdra de plus en plus de terrain, alors que la sialorrhée symptomatique verra le nombre de ses cas augmenter d'autant.

De la sorte, beaucoup d'observations de la première de ces deux variétés appartiennent déjà à la seconde. D'ailleurs, dans plusieurs observations de sialorrhée dite essentielle, la mention de symptômes qui, dans l'état de nos connaissances, seraient certainement recherchés actuellement, fait défaut; et par conséquent le doute est légitime sur la nature de la maladie.

C'est ainsi que la salivation au cours des maladies organiques du système nerveux et des névroses, n'a été nettement établie que depuis relativement peu d'années : ce sont surtout les recherches des physiologistes, les beaux travaux de Cl. Bernard, de Schiff, de Lussana, de Vulpian, etc., qui, en établissant le rôle du système nerveux dans la sécrétion salivaire, ont fourni les documents les plus précieux à l'interprétation exacte des faits de la clinique. Grâce à ces notions, on s'explique facilement l'intervention fréquente d'une maladie nerveuse, soit organique, soit simplement fonctionnelle, dans l'hypersécrétion salivaire, celle-ci pouvant apparaître de prime abord comme un phénomène isolé.

La sialorrhée est donc dans la toute grande majorité des cas, comme la polyurie, l'épistaxis, l'ictère, comme la glycosurie, etc., le symptôme d'une affection première, évidente dans beaucoup de cas, demandant dans d'autres à être recherchée. La valeur diagnostique de la sialorrhée est même fort étendue.

Cependant, les traités de pathologie les plus récents ne contiennent pas un article spécial sur ce sujet. Ce motif nous a engagés à réunir et à classer les nombreuses affections qui peuvent reconnaître l'hypersécrétion salivaire comme un de leurs symptômes.

Aux faits que nous avons pu relever par la lecture des auteurs, nous ajouterons ceux qui nous sont personnels et dont quelques-uns ont déjà fait l'objet de nos publications (1).

Ce travail sera divisé en trois parties :

Dans la première, nous étudierons rapidement la *sialorrhée expérimentale*, préambule nécessaire d'une étude pathologique.

Dans la seconde, il sera question de la *sialorrhée pathologique* et de la classification qui nous a paru la plus logique.

Dans la troisième, nous indiquerons comparativement l'*état anatomique des glandes* dans la sécrétion expérimentale tel que l'ont décrit les auteurs, et les lésions que nous avons nous-mêmes pu constater, dans un cas de salivation prolongée et considérable, chez un tabétique.

I

SIALORRHÉE EXPÉRIMENTALE

Jeter un coup d'œil sur les faits découverts et consacrés par la physiologie expérimentale, c'est indiquer les conditions de la sialorrhée pathologique, c'est préciser des points de départ possibles de la maladie causale, c'est marquer l'existence d'un centre salivaire dans la moelle allongée.

Ces considérations nous dispenseront, d'ailleurs, de parler plus loin de la pathogénie qui, par ce fait, sera indiquée.

Rappelons donc brièvement les expériences : de la physiologie expérimentale à la pathologie, il n'y aura qu'un pas à franchir.

(1) Klippel et Lefas. Des altérations des glandes salivaires dans la sialorrhée des tabétiques, *Bull. de la Soc. de biol.*, 12 févr. 1897, p. 143; — Crises hypersécrétoires dans le tic douloureux de la face, *Bull. de la Soc. de biol.*, 26 févr. 1897, p. 181.

Pendant longtemps on crut à l'action de la seule pression sanguine amenant mécaniquement la transsudation à travers les parois glandulaires des divers éléments du sang qui auraient formé la salive.

Cette théorie par excès de pression fut renversée par les expériences de Ludwig qui, liant chez le chien les deux carotides ou même décapitant l'animal, montra la possibilité de déterminer encore la salivation. Bien plus, cet auteur après ces expériences, électrisant le nerf lingual, obtint la sécrétion salivaire (1).

Vulpian (1874) répéta l'expérience chez un animal venant de succomber : le lingual fut électrisé et la salivation apparut.

Aussi fut-on amené à étudier l'action du système nerveux sur la sécrétion salivaire. La plupart des observateurs expérimentèrent sur la sous-maxillaire, facilement accessible.

Le premier, Ludwig (1851) montra donc que l'électrisation du lingual amenait la salivation; il coupait ensuite ce nerf au point où la corde du tympan aborde le lingual et, électrisant le bout inférieur du nerf, ou encore le filet glandulaire de ce dernier, il obtenait un résultat identique.

La même année (1851), Schiff, sectionnant la corde dans la caisse du tympan, vit que la sécrétion, d'abord un peu exagérée, s'arrêtait complètement, alors même que l'on excitait la muqueuse de la langue au moyen de substances diverses.

Cl. Bernard répéta cette expérience et la vérifia : il vit, de plus, que l'excitation du lingual, au-dessous de l'accolement de la corde du tympan, donnait la sécrétion de la glande.

On admet, depuis les expériences précédentes, que les nerfs excito-sécréteurs de la glande sous-maxillaire s'accolent pendant quelque temps au lingual (lingual mixte) et s'en séparent ensuite pour constituer le filet glandulaire de la sous-maxillaire auquel sont annexés un ou deux renflements ganglionnaires.

Czermak étudia l'action du grand sympathique : l'électrisation du ganglion cervical supérieur, ou encore du rameau allant à la glande arrêtait la sécrétion, alors même que celle-ci avait été préalablement exagérée par l'excitation du lingual. Eckard et Adrian, répétant l'expérience, virent seulement une modification de la salive qui était alors peu abondante, trouble, visqueuse et opalescente [salive paralytique ou sympathique (2)].

En 1858, Cl. Bernard, dans une expérience mémorable, montra qu'outre l'hypersécrétion, l'électrisation du lingual au-dessus de la corde produisait une suractivité de la circulation de la glande, se traduisant par la dilatation et les battements saccadés des capillaires, des caractères du sang qui, d'apparence veineuse, revêtait les caractères artériels. L'existence de nerfs vaso-dilatateurs était ainsi démontrée (3).

(1) En dehors de ces arguments confirmés par les auteurs suivants, Ludwig s'appuyait également sur la supériorité de la pression prise dans le canal de Wharton pendant la salivation, sur celle du sang des carotides. Vulpian fait observer qu'il ne s'ensuit pas nécessairement que la pression dans les artérioles même de la glande ne fût pas égale à celle de la salive.

(2) Notons, à ce propos, que Wundt a montré (*Physiologie humaine*, 1872) que les excitations énergiques et répétées du sympathique déterminaient la dégénérescence graisseuse des éléments glandulaires.

(3) Cette expérience fut invoquée par Ludwig et Spiess pour expliquer l'augmentation de la température prise dans le canal de Wharton pendant la sécrétion sur celle du sang des carotides. Mais ces auteurs négligeaient l'influence exercée par le travail physiologique.

De tout ce qui précède, il résulte que la glande sous-maxillaire est soumise à des influences nerveuses de deux sortes : l'une excito-sécrétoire (corde du tympan), l'autre modératrice et antagoniste de la précédente (sympathique).

Il en est de même pour les autres glandes salivaires :

La parotide possède des nerfs excito-sécréteurs venus du facial (Cl. Bernard : l'arrachement du facial abolit la sécrétion parotidienne); ce nerf agit par l'intermédiaire du petit pétreux superficiel (Schiff) qui va au ganglion otique pour se joindre au rameau auriculo-temporal du trijumeau et aborder ainsi la parotide.

Quant à la glande sublinguale, le nerf excito-sécréteur est probablement (Vulpian) la corde du tympan.

Disons ici qu'en ce qui concerne les fonctions sécrétoires du facial, ces dernières, d'après M. Duval (*Cours de physiologie*, 1887), paraissent surtout dévolues à l'intermédiaire de Wrisberg, dont la corde du tympan serait la continuation. Quant à l'origine et aux fonctions du nerf de Wrisberg, elles sont discutées : pour Wrisberg, Bischoff, Cusco, c'est la racine sensitive du facial dont le ganglion géniculé serait le ganglion; pour Longet il fournit (nerf moteur tympanique), par l'intermédiaire du petit pétreux superficiel, le nerf du muscle de l'étrier et du muscle interne du marteau; pour Cl. Bernard, c'est une racine d'origine du sympathique qui fournirait aux nerfs pétreux et à la corde du tympan; enfin pour Lussana, il contient les filets gustatifs du lingual (H. Beaunis).

Comment les éléments glandulaires se mettent-ils en rapport avec les terminaisons nerveuses? Pflüger les fait se dépouiller de leur myéline en pénétrant dans la glande et se terminer dans le protoplasma cellulaire en fibrilles fines après avoir présenté de petits renflements ganglionnaires (absents dans la parotide, Klein). D'autres histologistes (Mayer, Krause, Asp, Ewald) n'ont pas retrouvé le mode de terminaison indiqué par Pflüger.

Existe-t-il un centre salivaire?

Cl. Bernard, par la piqûre du plancher du quatrième ventricule, observa souvent la sialorrhée associée aux phénomènes diabétiques. Le siège exact de ce centre salivaire est un peu au-dessus du point dont la piqûre produit la glycosurie et l'albuminurie, au niveau de la partie large (région bulbo-protubérantielle) du plancher ventriculaire (M. Duval).

La sialorrhée a pu encore être obtenue : par la piqûre de la protubérance (Cl. Bernard); par la cautérisation électrolytique de la base du cerveau dans la région du troisième ventricule (Beaunis); par la faradisation ou la piqûre de certains points de la corticalité cérébrale, notamment du voisinage du gyrus cruciatus (Bochefontaine) et des zones motrices (Fr. Franck).

La sécrétion salivaire apparaît normalement sous l'influence d'excitations réflexes transmises par des voies diverses au centre bulbaire. C'est ainsi que l'encéphale exerce une influence (phénomènes idéo-moteurs de Carpentier). De même, les ganglions nerveux, notamment ceux annexés au filet glandulaire sous-maxillaire de la corde du tympan ou encore le ganglion sous-maxillaire annexé au lingual (expérience de Cl. Bernard, combattue par Schiff, admise par Vulpian) : ces divers ganglions jouent le rôle de véritables centres, probablement modérateurs (Vulpian).

Les excitations réflexes peuvent également être transmises par l'axe spinal au centre.

Mais c'est surtout des diverses parties du tube digestif que partent ces excitations, et notamment de la cavité buc-

cale : si, un cathéter étant placé dans le canal de Wharton, on fait arriver à ce niveau quelques gouttes de vinaigre ou d'éther, on provoque la sialorrhée. Des faits analogues ont été constatés chez le cheval après cathétérisme du canal de Sténon, pendant la mastication (Colin). Notons que seules certaines substances, dites sapides, provoquent la salivation réflexe (Colin, Schiff).

Il en est de même pour l'estomac, l'intestin et les annexes du tube digestif, notamment le pancréas. Dans ce cas, il s'agit d'une action réflexe due à l'excitation pneumogastrique. Oehl a montré que la section de ce nerf arrête la salivation ; son excitation amène la sécrétion sous-maxillaire du côté correspondant : le fait ne se produit pas si on coupe la corde du tympan ou le lingual mixte.

Signalons enfin que le réflexe salivaire peut être déterminé par l'excitation d'un nerf autre que le nerf excito-sécréteur de la glande, par exemple du nerf sciatique ou du grand splanchnique (Owsjamikow et Tschiriew) qui donne la sécrétion sous-maxillaire du côté correspondant, par action réflexe, agissant sur la glande par l'intermédiaire de l'axe bulbo-spinal et la corde du tympan (Vulpian, Grützner et Chtapowsky).

Ne suffit-il pas de jeter un coup d'œil sur ces faits anatomiques et physiologiques, ainsi qu'il a été dit au début de ce chapitre, pour se faire déjà une idée de la pathologie de la sialorrhée ? Mais il nous reste à énumérer et à classer les affections qui la peuvent produire.

II

SIALORRHÉE PATHOLOGIQUE

A. **Description du symptôme**. — Avant d'énumérer les maladies et les causes capables de produire la sialorrhée, il importe d'en donner la description :

La sialorrhée consiste dans l'afflux plus ou moins considérable d'un liquide offrant tous les caractères de la salive mixte : il est incolore, fluide ou légèrement filant. Bien qu'en général insipide, certains malades peuvent accuser dans la bouche, au moment de l'accès, une saveur salée ou métallique, parfois même putride. Le liquide rendu, en général, inodore, peut, parfois, être plus ou moins fétide.

Sa densité est d'environ 1003 à 1004 ; la réaction franchement alcaline : Tanquerel des Planches n'a pas retrouvé la réaction acide constatée par Mitscherlich.

L'examen clinique décèle dans ce liquide la présence de sels (phosphates et carbonates de potasse, sulfocyanure de potassium, etc.) ; il y montre de même l'existence de la diastase salivaire (1).

Au microscope, on peut trouver dans le liquide salivaire des éléments figurés : globules blancs ou grandes cellules polyédriques, à noyau entouré de granulations.

La plus grande partie de la salive ainsi rendue provient de la parotide : elle est aqueuse, claire et fluide, contrairement à la salive sous-maxillaire ou sublinguale : Cl. Bernard a, en effet, montré que c'est surtout à la salive parotidienne qu'est dévolu le rôle d'imbibition des aliments.

(1) On peut constater la présence de la ptyaline en versant le liquide salivaire dans un tube contenant de l'amidon cuit hydraté ; chauffé à 40 degrés, le contenu du tube devient transparent. En y ajoutant alors de la liqueur de Fehling et en chauffant l'on a un précipité rouge d'oxydule de cuivre.

La présence du sulfocyanure de potassium se révèle en plongeant dans dans la salive un papier imbibé de perchlorure de fer qui prend alors une coloration rouge caractéristique.

On sait qu'à l'état normal, la quantité de salive totale excrétée en vingt-quatre heures, varie de 150 à 1500 grammes ; dans les états pathologiques, cette quantité peut atteindre 3, 4 à 6 litres et davantage.

Suivant l'abondance plus ou moins considérable du ptyalisme, le mode de rejet peut être modifié : la salive peut être en partie déglutie, en partie rejetée par des expuitions répétées ; elle peut affluer en si grande quantité qu'elle s'échappe involontairement par la bouche, se répandant sur les lèvres, les joues et le menton, amenant de l'érythème de ces régions : le fait précédent s'observe notamment si la salivation survient pendant le sommeil. Dans ce dernier cas, le liquide peut s'accumuler dans la bouche et le pharynx et déterminer, en pénétrant dans les voies aériennes, des accès de toux et de suffocation réveillant le malade en sursaut.

La palpation de la région parotidienne et sous-maxillaire ne décèle rien le plus souvent ; parfois, cependant, on peut observer la tuméfaction de ces régions qui peuvent être alors douloureuses à la pression.

Dans la majorité des cas, la sécrétion est continue ; d'autres fois, la sialorrhée survient par accès intermittents revenant plusieurs fois par jour, ou seulement à quelques jours ou semaines de distance. Alors même qu'il s'agit de sialorrhée continue, celle-ci peut présenter des paroxymes pendant lesquels la salive excrétée peut atteindre 3 à 400 grammes, les accès durant de quelques minutes à plusieurs heures.

Il est possible de rencontrer, concurremment à la sialorrhée, des symptômes très variables associés : notons, en premier lieu, les douleurs névralgiques sur le trajet des branches du trijumeau, surtout des branches maxillaires supérieure et inférieure ; dans ce cas, c'est fréquemment à l'occasion des mouvements de mastication qu'apparaît la crise sécrétoire.

Bien que moins fréquemment, on peut observer des douleurs analogues sur le trajet de la branche supérieure de la cinquième paire (branche ophtalmique de Willis) : dans ce cas, c'est le larmoiement qui domine.

Ces douleurs névralgiques du trijumeau sont, le plus souvent, unilatérales.

D'autres fois, on constate, en même temps que l'hypersécrétion salivaire, les symptômes d'une paralysie faciale inférieure ou encore des phénomènes paralytiques de la langue ou du voile du palais.

Certains sens spéciaux peuvent être atteints : notons, à ce sujet, l'anesthésie ou la perversion du goût. Le malade accuse alors des sensations le plus souvent désagréables qui sont, de sa part, l'objet de comparaisons variées ; c'est à tort, cependant, que quelques auteurs ont considéré ces phénomènes comme constants.

La dépravation de l'odorat peut s'observer associée ou non aux troubles du goût.

La salivation peut s'accompagner d'autres phénomènes sécrétoires, surtout dans le cours d'accès paroxystiques : nous avons signalé le larmoiement ; ajoutons-y l'hypersécrétion nasale uni ou bilatérale, l'hypersécrétion pharyngée, cette dernière pouvant se traduire, dans le cas où le pharynx est déjà le siège d'une inflammation chronique, par une augmentation du catarrhe (1).

(1) Klippel et Lefas. Crises hypersécrétoires dans le tic douloureux de la face, *Bull. de la Soc. de biol.*, loc. cit.

Inversement, la sialorrhée, lorsqu'elle atteint un certain degré, amène, comme on pouvait déjà le prévoir, une diminution des diverses sécrétions, notamment de la sécrétion urinaire et sudorale. La diminution des sécrétions gastrique, pancréatique et intestinale se traduit par des phénomènes dyspeptiques : lenteur de la digestion, état saburral, renvois, pyrosis, flatuosités, constipation.

Associés ou non à ces phénomènes digestifs, et pouvant parfois trouver en eux leur explication, on peut observer des accidents nerveux, notamment le spasme pharyngien, une sensibilité exagérée au froid, des convulsions.

L'abondance et la répétition des phénomènes hypersécrétoires, jointes à la dyspepsie qui en relève, finit par nuire à la nutrition et peut amener l'amaigrissement, un état d'hypocondrie et de marasme, un dépérissement général.

Nous n'avons pas à énumérer ici les symptômes de l'affection (stomatite, intoxication, tabes, etc.) qui a pu donner lieu à la sialorrhée : qu'il nous suffise de rappeler qu'ils s'ajoutent au cortège des symptômes que nous venons de décrire.

B. **Valeur diagnostique. Causes.** — 1° Sialorrhée dans les névroses. — a. *Névrose salivaire.* — Existe-t-il une névrose caractérisée uniquement par des troubles salivaires et ne répondant à aucune des maladies dont il sera question dans les lignes suivantes?

Les auteurs, avant que fussent nettement établies les relations qui existent entre l'écoulement de la salive et les maladies du système nerveux, avaient admis l'existence d'une sialorrhée essentielle qu'ils avaient opposée à ce qu'ils observaient au cours des stomatites et autres maladies bien définies. Tanquerel des Planches (1), qui a écrit sur ce sujet un mémoire important, a réuni plusieurs cas où la sialorrhée semblait indépendante d'une maladie bien caractérisée. Les observations disséminées çà et là de Mitscherlich, de Graves, de Grèves, de Guimper, de Royer, en sont également des exemples.

Dans l'état de nos connaissances, il nous semble plus logique de conserver, sous le nom de *névrose salivaire*, une affection nerveuse indépendante, qui se caractérise par une grande prédominance des signes salivaires; cette variété doit être mise en opposition avec les cas de névroses, telles que l'épilepsie, l'hystérie, etc., dans lesquels la sécrétion n'occupe qu'une place minime et toute secondaire. Ainsi isolée de l'hystérie, de l'épilepsie, du goitre exophtalmique, etc., la névrose salivaire est une maladie assez rare.

Dans le cas que nous avons observé et qui nous paraît pouvoir servir de type des cas de ce genre, la maladie est survenue à la suite de l'avulsion de deux dents, effectuée dans un court espace de temps. Elle a été précédée d'engorgement léger des ganglions du cou, ce qui semble indiquer que le traumatisme en cause s'est accompagné d'une infection, non constatée d'ailleurs, mais ayant peut-être joué son rôle dans les accidents consécutifs. Une fois la salivation établie, ce symptôme domine absolument le tableau clinique. La salive s'écoule d'une façon continue et en abondance; la déglutition de cette salive s'accompagne d'une sorte de spasme du pharynx et de l'œsophage.

A part cela, on trouve encore chez la malade quelques symptômes nerveux parfaitement en harmonie, comme le spasme pharyngé lui-même, avec la névrose dont la sialorrhée est le signe dominant. Enfin se font jour des accidents qui sont commandés par l'abondance de la déperdition salivaire : anémie, amaigrissement, sécheresse de la peau, constipation, sensibilité spéciale au froid, etc.

De la sorte, on se trouve en présence d'une névrose évidente, survenue à la suite d'un traumatisme et d'une infection, mais d'une névrose qu'il serait difficile de rapporter à une affection définie et qui, envisagée par ses symptômes, peut être régardée comme un exemple de ces cas que les auteurs désignent sous le nom de sialorrhée essentielle. Il nous a semblé plus exact, étant donné nos connaissances actuelles sur le rôle du système nerveux, de désigner cette affection sous le nom de *névrose salivaire*, car il n'y a aucun doute qu'elle soit sous la dépendance d'un trouble du système nerveux vaso-sécrétoire.

Voici cette observation résumée :

Observation I (Klippel). — *Névrose salivaire* [inédite]. — Femme de vingt-cinq ans, chanteuse, observée à la consultation de M. Ball, en 1888. Pas d'antécédents nerveux. A deux reprises, avulsion d'une dent sans accident : la première extraction remonte à un an, la seconde à cinq mois; à la suite de la dernière, léger engorgement passager des ganglions du cou.

Depuis ce moment, hypersécrétion salivaire, expuitions continuelles. Difficultés de déglutition sans symptômes objectifs du côté de la bouche ou du pharynx (pas de carie dentaire, etc.).

Douleur à la pression au niveau de la gouttière carotidienne : ce signe est surtout accusé du côté gauche.

Pas de stigmates hystériques; réflexes normaux; hyperesthésie en certains points du corps, notamment sous forme d'hémicranie gauche et de douleurs à la partie supérieure et gauche du thorax, suivant le trajet des nerfs intercostaux, de douleur remontant le long de la nuque ou de la face antérieure du cou.

Pupilles égales; à gauche, parfois, mouches volantes.

Le pouls bat à 80; il est plus faible et plus dépressible à gauche qu'à droite.

Anorexie; constipation opiniâtre. Parfois sensation de défaillance et tendances lypothymiques. Léger œdème malléolaire fugace. Sécheresse de la peau. Sensation de froid continuelle et très marquée. Lèvres cyanosées.

L'examen du liquide excrété montre de grandes cellules polyédriques, très nombreuses au fond de l'éprouvette, la plupart bien conservées et munies d'un noyau entouré de granulations. Pas de pus, mais de très rares globules blancs.

b. *Épilepsie.* — On sait qu'au moment de l'attaque, la salive s'écoule par la bouche du malade en plus ou moins grande abondance. Le symptôme a même une certaine importance diagnostique. Le spasme des muscles du cou et de la mâchoire peut intervenir ici : on sait, en effet, que les muscles, en comprimant les glandes salivaires, les mouvements de mastication, déterminent la salivation, en dehors de tout aliment et partant de toute action réflexe des nerfs du goût.

Mais l'épilepsie peut agir autrement pour provoquer la sialorrhée. A côté des cas où ce symptôme est tout accessoire dans l'attaque, il en est où son importance est plus grande.

Obs. II (Ch. Féré : Note sur un cas de sialorrhée épileptique. *Bulletin de la Société de biologie*, 17 mars 1894). — Épileptique chez lequel l'accès s'accompagnait du rejet de 82 à 124 grammes de salive : entre les accès persistait un certain degré de salivation sans état nauséeux.

(1) Tanquerel des Planches. *Journ. de méd.*, juin et juillet 1844.

L'auteur pense qu'il faut interpréter ces cas par l'excitation de la partie antérieure de l'écorce au voisinage des centres faciaux.

c. *Hystérie.* — L'hypersécrétion salivaire, apparaissant au cours de l'hystérie, est un fait connu depuis longtemps : Grisolle et Tanquerel des Planches l'ont notamment signalé. Ce dernier auteur a vu, chez des femmes hystériques, la salivation être provoquée par des émotions morales, l'ingestion de boissons froides ou acides, la respiration d'odeurs fortes.

Par rapport aux attaques, la sialorrhée peut se montrer comme phénomène prémonitoire constituant une sorte d'aura sécrétoire. On a signalé chez quelques hystériques (Gilles de la Tourette) une sorte d'état gastrique pouvant précéder la crise (1) : on peut se demander si, dans ce cas, le ptyalisme n'est pas sous la dépendance de ces phénomènes digestifs.

Ou bien encore, la salivation marque au contraire la fin des accès, pouvant alors parfois remplacer la polyurie.

L'hypersécrétion peut persister après l'attaque, pendant un temps variable, même des semaines, constituant une véritable perturbation trophique ou sécrétoire (Gilles de la Tourette).

M. Mathieu (2) a observé des hystériques rendant en abondance de la salive qui devient ensuite sanglante. D'après cet auteur (3), le sang ainsi rendu provient des glandes salivaires elles-mêmes.

d. *Neurasthénie.* — Signalée ; possible ; peu importante.

e. *Goitre exophtalmique et myxœdème.* — Ces deux maladies s'accompagnent quelquefois de salivation.

Le goitre exophtalmique, névrose vaso-motrice, présente d'ailleurs des sueurs, de la polyurie, des diarrhées, qui relèvent des troubles nerveux. L'augmentation de la sécrétion salivaire y apparaît donc comme un symptôme de même ordre que les précédents.

Le myxœdème est souvent compliqué d'idiotie et nous aurons à revenir sur cette dernière affection, à l'occasion de la sialorrhée dans les maladies du cerveau.

f. *Hydrophobie rabiforme.* — Cette névrose, d'ailleurs assez rare et très analogue au point de vue symptomatique à la rage, s'accompagne comme elle de salivation et de sputation. La sialorrhée coïncide alors avec l'horreur des liquides, la constriction de la gorge, la sensation pénible qu'éprouvent les malades à la vue des corps brillants, l'hyperesthésie des sens, des convulsions. Tous ces symptômes sont suffisants à démontrer que dans ce cas, comme dans les faits précédents, la salivation est sous la dépendance du système nerveux.

La *rage* elle-même peut être considérée comme une névrose dont la cause est spécifique. C'est pourquoi nous la mentionnons ici pour n'y plus revenir.

g. *Paralysie agitante.* — Cette maladie, qui peut servir de transition entre les névroses et les affections organiques du système nerveux qui vont suivre, s'accompagne de sialorrhée suivant les constatations de Vulpian. Le fait paraît peu fréquent. Le siège présumé de cette maladie ou névrose dans le mésocéphale expliquerait la salivation par le voisinage du centre salivaire, d'où naîtrait la corde du tympan.

D'ailleurs, quelquefois, l'affection s'accompagne de mouvements rythmiques du maxillaire inférieur : dans ce cas, la salivation peut résulter d'une influence toute mécanique.

2° Sialorrhée dans les maladies organiques du système nerveux. — Ce groupe comprend des maladies nombreuses et fort différentes. Les unes, en touchant le bulbe lui-même, semblent agir directement sur le centre de sécrétion ; les autres, celles de la moelle et du cerveau, agissant à distance en excitant ce même centre. En tout cas, l'étude de toutes ces affections doit être faite les yeux fixés sur le noyau du quatrième ventricule qui, d'après la physiologie expérimentale, commande la sécrétion, et, à l'état pathologique, l'hypersécrétion. C'est de ce point que partent les excitations qui sont transmises vers le ganglion sous-maxillaire, et de là à la glande elle-même.

a. *Maladies du bulbe.* — La paralysie labio-glosso-laryngée de Duchenne (de Boulogne) est l'affection dans laquelle l'hypersalivation a été le plus souvent signalée, ce symptôme ayant dans ce cas une grande intensité et s'accompagnant d'autres symptômes bulbaires.

On sait qu'il apparaît à une certaine époque de la maladie, qui marque l'envahissement progressif de la région primitivement atteinte. La salive s'écoule alors en très grande abondance par les deux commissures labiales qui sont paralysées ; les muscles de la mâchoire innervés par le trijumeau sont pris à leur tour et la mort survient dans un état de marasme, auquel la déperdition énorme de salive n'est pas étrangère.

En réalité, cette affection est un syndrome qui peut être isolé, mais qui se joint souvent, à titre de complication plus ou moins tardive, à d'autres affections spinales. C'est ainsi que l'*atrophie musculaire myélopathique*, débutant par les membres, que la *scléro e latérale amyotrophique*, que certaines *polyomyélites*, que le *tabes*, se propagent souvent au bulbe, donnant ainsi lieu à des symptômes nouveaux relevant de cette localisation nouvelle : il est évident que la sialorrhée fait alors partie du cortège symptomatique qui implique la participation du bulbe aux lésions.

Dans tous ces cas, la nature de la lésion importe peu ; c'est la localisation qui commande le signe dont il s'agit. Son apparition peut donc indiquer le siège de l'affection. D'ailleurs, il est bien rare que le centre salivaire soit lésé isolément dans ces cas : aussi l'hypersécrétion s'accompagne-t-elle de paralysie des lèvres, de la langue, du voile palatin, de troubles de la déglutition, de perversion du goût et de l'odorat, parfois de paralysies des muscles de l'œil, etc., tous symptômes ayant la même valeur et la même signification.

b. *Maladies de la moelle.* — En dehors de la propagation au bulbe, une maladie de la moelle peut probablement agir sur lui par action réflexe.

Vulpian a cité, dans ses leçons sur la salive (1874), une observation de sclérose de la moelle s'accompagnant de contracture ; le malade souffrait de crises, de contractures paroxystiques, pendant lesquelles on voyait survenir régulièrement la salivation, qui disparaissait après l'attaque.

c. *Maladies du cerveau.* — De nombreuses fibres unissent l'écorce cérébrale au bulbe et, par conséquent, au centre salivaire. Il suffit de rappeler qu'à l'état normal le souvenir d'une sensation gustative entraîne la salivation, pour démontrer la relation évidente de ces centres et leur action réciproque.

Les lésions localisées de l'écorce entraînent la sialorrhée. C'est le cas des épilepsies jacksoniennes : François-Franck

(1) Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, t. III, 1895.
(2) Mathieu. Soc. méd. des hôpit., 1896.
(3) Communication orale.

a démontré que l'électrisation des circonvolutions motrices s'accompagnait de salivation jointe aux convulsions dans les membres.

D'un autre côté, les *lésions en foyer*, qui amènent des paralysies, présentent le même symptôme.

C'est ce qu'on voit dans un très grand nombre d'hémiplégies intéressant les membres et le facial inférieur. Du côté paralysé la salive s'écoule en plus ou moins grande abondance, ce qui démontre que la paralysie des lèvres ne régit pas entièrement ce symptôme et que l'hypersécrétion y participe.

Cette coïncidence de paralysie du facial et de sialorrhée est d'autant plus remarquable dans ces cas, que c'est précisément le contraire que l'on observe dans les paralysies faciales périphériques. Ici le nerf facial est pris en totalité et la salive, loin d'être augmentée, est diminuée et même presque supprimée du côté de la paralysie. Comment expliquer ces différences?

Dans le premier cas, la lésion cérébrale destructive a privé le centre salivaire de l'influence modératrice qu'il y exerce normalement. Dans le second cas, lorsque, au contraire, la lésion siège dans le nerf facial lui-même, ce nerf étant pour ainsi dire détruit, les conditions pathologiques, suivant la remarque de Vulpian, reviennent à la section, c'est-à-dire à la paralysie complète de la corde du tympan, branche du facial; en d'autres termes, la corde du tympan, intéressée, est dans le même cas que si elle était sectionnée.

La *paralysie générale* des aliénés est, suivant Féré (1), susceptible de s'accompagner de salivation exagérée. Cependant cette maladie n'est presque jamais confinée au cerveau : elle atteint le bulbe et la moelle, et peut, par conséquent, provoquer de différentes façons le symptôme dont il s'agit.

Cette remarque est d'autant plus légitime que, dans le cas de Féré, le malade était en même temps tabétique.

Les maladies mentales telles que la *manie aiguë*, la *démence* et l'*idiotie*, présentent l'hypersécrétion salivaire au nombre de leurs symptômes.

Dans la manie aiguë, le symptôme semble relever de l'excitation générale de toutes les fonctions, et des sécrétions en particulier (salive, sueur, suc gastrique, etc.).

Dans l'idiotie et la démence nous retrouvons des conditions anatomiques analogues à celles créées par les lésions en foyer de l'écorce cérébrale, c'est-à-dire la suppression de l'influence régulatrice de l'encéphale sur le bulbe et la moelle.

Aussi la salivation au cours des maladies mentales chroniques est-elle d'un pronostic particulièrement grave. Elle implique presque toujours un état désormais incurable.

3° Sialorrhée dans les maladies des nerfs périphériques. — Il s'agit ici de la névrite et de la névralgie du trijumeau, plus particulièrement quand les deux branches inférieures de ce nerf sont en cause. Sans doute, toutes les névralgies de ces branches sont à noter dans le cas particulier, quelles qu'en soient, d'ailleurs, l'intensité, la durée ou la cause. Dans tous ces cas aussi, la sécrétion est subordonnée à la douleur.

Mais c'est surtout dans les névralgies intenses, et en particulier dans le *tic douloureux de la face*, qu'on rencontre la salivation. D'après ce que nous avons nous-mêmes observé, les crises de sécrétion sont diverses au cours de cette affection et offrent des particularités, sur lesquelles nous avons insisté ailleurs, et dont voici le résumé :

Obs. III (Klippel et Lefas : Crises hypersécrétoires dans le tic douloureux de la face. *Bull. Soc. biol.*, 1897). — Le fait rapporté est sans doute intéressant par l'abondance de la salivation pendant les paroxysmes et aussi par l'hypersécrétion de la narine droite (côté de la névralgie), par l'augmentation à chaque crise du catarrhe pharyngien dont le malade est atteint. Mais il offre une autre particularité remarquable, c'est la *substitution presque complète d'une crise sécrétoire à la crise douloureuse.*

A ce point de vue, on peut distinguer trois phases successives dans l'évolution de la maladie, envisagée depuis son début jusqu'à ce jour : dans la première, la crise était surtout caractérisée par une douleur paroxystique d'une violence considérable ; les douleurs précédaient les excrétions; elles duraient plusieurs heures, tandis que la salivation et les autres sécrétions étaient relativement modérées.

Dans une seconde période, les diverses sécrétions ont augmenté, tandis que les douleurs diminuaient quant à la durée et quant à l'intensité.

Enfin, à l'heure actuelle, la crise est essentiellement sécrétoire. Dans l'un des derniers paroxysmes, la douleur, qui est toujours le phénomène initial, n'a duré que quelques minutes à peine, et a été de très faible intensité ; au contraire, les sécrétions ont duré plusieurs heures, et la salive rendue a atteint 380 centimètres cubes.

Nous voyons donc, des deux phénomènes qui constituent les crises, douleur et hypersécrétion, l'un s'atténuer et diminuer de plus en plus, jusqu'à presque disparaître, à mesure que l'autre va en croissant.

Cette transformation de la crise, d'abord surtout douloureuse, en une crise presque complètement sécrétoire, mérite d'attirer l'attention au point de vue physiologique et pathologique.

En ce qui concerne la sialorrhée, il est possible que le salivaire, mis en activité à chaque accès, ait acquis, à la suite d'excitations répétées, une susceptibilité considérable ; de la sorte, une douleur de courte durée et peu intense suffirait actuellement à provoquer la suractivité pathologique de ce centre. Ce n'est ici qu'une hypothèse que peut autoriser l'existence d'un centre salivaire admis par les physiologistes au niveau du bulbe.

4° Sialorrhée dans les maladies des différents viscères. Sialorrhée réflexe. — La sialorrhée est très souvent d'origine réflexe, apparaissant à l'occasion de la maladie d'un organe plus ou moins rapproché des glandes salivaires. Mais peu importe la proximité ou l'éloignement de l'organe d'où part l'incitation. Celle-ci parvient au niveau du centre salivaire et sera réfléchie vers la glande.

Nous nous bornerons à une brève énumération :

Au cours des diverses *stomatites* (ulcéro-membraneuse, aphteuse, mercurielle; noma), la salivation est la règle : le liquide rendu est souvent alors d'une fétidité très accusée et parfois mélangé de pus ou de sang. C'est à une variété de stomatite, liée à des altérations dentaires, qu'il faut attribuer la majorité des cas de salivation de longue durée signalés chez les vieillards par divers auteurs (1) : on pourrait alors parfois observer l'acidité du liquide de sécrétion (Thompson).

Ces faits s'expliquent par l'infection : on sait que Galippe

(1) Ch. Féré. Note sur un cas de sialorrhée paroxystique dans la paralysie générale, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1891.

(1) C. R. de la Soc. des pratic. de New-York, in *Med. Record*, mai 1895. — Hutchinson. *Clin. Journ. London*, 1895-96.

a montré la présence de microbes dans les conduits excréteurs des glandes salivaires normales et dont la virulence peut être réveillée sous des influences diverses (1).

La salivation peut également se montrer au moment du travail de la première *dentition* ou de l'apparition des dents de sagesse. Dans ces derniers cas, l'influence nerveuse réflexe doit entrer en ligne de compte.

Plus intéressante est la sialorrhée, due aux *états dyspeptiques* : on sait que l'état nauséeux s'accompagne toujours de salivation.

Un ensemble symptomatique qui, d'après Mathieu, se rencontre fréquemment, consiste dans l'hyperchlorhydrie associée à des douleurs gastriques et à l'hypersécrétion salivaire, cette dernière survenant l'après-midi, vers quatre ou cinq heures, alors que les douleurs n'existent plus.

M. Mathieu a montré, de plus, que certains dyspeptiques avalent une grande quantité de salive : cette dernière s'accumule dans l'œsophage, le cardia étant probablement le siège d'un spasme; puis le liquide est rendu en abondance par vomissement. Ce vomissement salivaire est suivi d'une nouvelle évacuation, cette dernière constituée alors par les liquides contenus dans l'estomac. On a donc là le fait et l'explication de ce que l'on observe parfois et de ce que l'on décrit sous le nom de *vomissement électif*.

Dans ces différents cas, la sialorrhée s'explique par l'excitation du pneumogastrique transmise au centre bulbaire. Nous avons rappelé, précédemment, les expériences physiologiques montrant l'action de ce nerf.

C'est également à l'excitation du pneumogastrique, jointe à celle du sympathique, qu'il faut rapporter la salivation accompagnée simultanément de dilatation des pupilles et de convulsions, triade symptomatique se montrant fréquemment chez les individus et spécialement les enfants porteurs de *tænias* ou d'autres parasites intestinaux.

Dans les diverses *affections du pancréas*, on peut rencontrer le ptyalisme : bien que Mondière et de Polinière aient insisté sur ce symptôme, il peut être considéré comme rare. Remarquons, cependant, que le liquide excrété peut être fétide.

Certains auteurs se sont crus autorisés à voir dans cette sialorrhée un mode de suppléance de la sécrétion du pancréas (glande salivaire abdominale des Allemands).

Quoi qu'il en soit, là encore, il s'agit d'une action nerveuse réflexe.

On sait la fréquence de la salivation, souvent avec état nauséeux, au cours de la *grossesse* : c'est alors l'utérus qui est le point de départ du réflexe. Mais on ne peut s'empêcher de faire rentrer le phénomène dans le cortège des symptômes nerveux, souvent multiples, que présentent alors en général les malades : on remarque, en effet, que le plus souvent il s'agit de femmes appartenant, par leur hérédité ou leur histoire antérieure, au groupe névropathique, et, d'autre part, on sait l'influence qu'a la grossesse sur le développement des névroses.

5° Sialorrhée dans les intoxications et les infections. — Ces deux ordres de maladies peuvent être réunis, car il semble que les infections agissent de la même façon que les intoxications pour produire la sialorrhée, c'est-à-dire que ce sont les toxines microbiennes qui sont en cause lorsqu'il s'agit d'hypersalivation infectieuse.

Ainsi réunies, les substances toxiques agissent de deux façons pour provoquer l'hyperfonction des glandes salivaires : ou bien leur action porte sur le système nerveux en excitant le centre salivaire et la corde du tympan, ou bien cette action se fait directement sur les cellules des glandes dont la fonction est mise directement en activité. Ces deux modalités pathogéniques sont communes aux intoxications en général, quelle que soit la provenance du poison.

C'est aussi dans ces cas que l'on observera, coïncidant avec la salivation, et par ce fait même, l'élimination des toxines par la salive. La raison de la salivation apparaît ainsi, non seulement dans sa genèse, mais dans son rôle efficace contre la maladie. Elle apparaît alors comme un des modes de réaction de l'économie contre la maladie.

Toujours dans le même ordre d'idées, la salivation pourra devenir critique et répondre exactement aux crises sudorales, urinaires, etc., qu'on voit à la fin des maladies aiguës.

Sans doute, il y a dans ce chapitre des faits assez disparates, mais nous les avons réunis en raison de leur pathogénie commune qui relève de la présence d'une substance toxique, si variable que puisse être son mode d'action sur la salivation.

Il faut citer d'abord la classe, assez restreinte d'ailleurs, des médicaments dits *sialagogues* : on connaît l'action de la *digitaline*, des *iodiques*, du *mercure* et surtout du *jaborandi* et de son dérivé la *pilocarpine*. Une injection sous-cutanée de ce dernier médicament provoque invariablement et avec une rapidité étonnante l'apparition de la salivation.

Plus récemment, on a trouvé dans des champignons vénéneux une substance très active, la *muscarine*; les expériences des physiologistes ont établi nettement le mode d'action de ce poison. D'une part, après avoir supprimé, par la section des nerfs, toute communication entre les glandes et le système nerveux central, si l'on injecte la toxine dans l'organisme, la sialorrhée se produit; d'autre part, le résultat est le même si on injecte directement la muscarine dans les artères qui se rendent à la glande. Dans ces conditions, ni le centre salivaire, ni la corde du tympan ne sont en cause, et l'action du toxique se résume dans les modifications apportées par lui au niveau même du parenchyme glandulaire.

Plusieurs substances sialagogues sont éliminées par la salive qui les tient en suspension ; mais toutes les substances qui sont éliminées par les glandes salivaires ne provoquent pas ou ne provoquent que faiblement la salivation. Tel est le cas de l'iodure de potassium qui, après ingestion, apparaît très vite dans la salive.

D'autres matières toxiques ne sont jamais éliminées par la salive, quelle que soit leur abondance dans l'économie : la bile et le sucre, éliminés cependant par les glandes bronchiques, restent sans action sur les glandes salivaires. Il n'y a ni bile ni sucre dans la salive des ictériques et des diabétiques.

Les poisons cités plus haut ont donc une action toute spéciale, à la fois sur les glandes et sur le système nerveux salivaires.

La salivation peut donc indiquer leur présence dans l'organisme.

Certains poisons formés dans l'économie elle-même peu-

(1) Galippe. Soc. de biol.. 3 fév. 1864. — Claisse et Dupré. Soc. de biol., 27 janv. 1894.

evnt devenir sialagogues. On sait que les glandes salivaires peuvent jouer un rôle de suppléance dans l'*urémie* et que la salivation urémique peut être fort abondante.

Cette auto-intoxication dont les caractères se rapprochent déjà de l'élimination critique, amène naturellement à envisager le rôle de la salivation dans les infections.

Ici, on peut se demander quel rôle joue dans l'hypersécrétion l'inflammation même des glandes. Ce rôle est probable mais en somme assez restreint.

On sait que dans la *variole*, au début du stade de suppuration, les glandes salivaires sont volumineuses, et que la salive s'écoule souvent par les commissures labiales.

D'autre part, la sialorrhée est possible, sinon fréquente, dans les *oreillons*, où elle a été signalée en particulier par Sténon lui-même. Elle n'y paraît survenir que dans des conditions spéciales, quand il y a des douleurs vives, du gonflement marqué, l'impossibilité d'ouvrir la bouche, du trismus, etc.

On peut dire, d'une façon générale, que les maladies des glandes elles-mêmes ne sont pas les causes les plus remarquables de la salivation, ni au point de vue de la fréquence, ni au point de vue de l'abondance de cette dernière.

Mais, par contre, des infections nous offrent de curieux phénomènes de l'élimination critique.

Tanquerel des Planches cite plusieurs exemples de crises; Forestus et Bohmius les ont vus survenir dans la *fièvre double* et la *fièvre quarte*, dont les accès se terminaient par salivation.

Otto dit avoir constaté fréquemment un flux salivaire à la fin de la *fièvre typhoïde*. Suivant Sydenham, la *dysenterie* se termine parfois de la même manière.

Enfin, Joseph Frank a vu un cas de *pneumonie* terminé par salivation.

Dans les cas de ce genre, ainsi que le font remarquer Tanquerel des Planches et Valleix, on peut se demander si le traitement employé, si l'influence du mercure notamment, n'était pas en cause; quoi qu'il en soit, la crise salivaire existe au cours des infections, de l'avis d'un assez grand nombre d'auteurs. Elle pourrait être rapprochée de l'accès de *goutte* qui, d'après J. Hoffmann, peut se terminer par un accès salivaire.

III

DE L'ÉTAT DES GLANDES SALIVAIRES DANS LA SALIVATION EXPÉRIMENTALE ET DANS LA SIALORRHÉE PATHOLOGIQUE

Les deux chapitres précédents séparent la sialorrhée expérimentale de la sialorrhée pathologique.

Il importe de les réunir maintenant pour examiner comparativement l'état des glandes dans ces deux cas.

Les travaux des histologistes, notamment de Lawdowski, Heidenhain, Ranvier et Langley ont montré les modifications des glandes salivaires produites par l'excitation physiologique, et que l'on peut résumer ainsi.

D'une façon générale, les glandes sont molles, pâles, plus légères qu'à l'état normal. Le microscope montre que le protoplasma cellulaire prend plus vivement le carmin; inversement, le noyau se colore moins fortement. Ce dernier est plus gros, plus arrondi et comme gonflé. Les contours des cellules sont troubles, mal définis, paraissant se fondre avec ceux des cellules voisines. En même temps, les cellules s'affaissent et la lumière de l'acinus paraît ainsi élargie.

Quant aux granulations que l'on peut constater dans le protoplasma des cellules de la glande au repos, elles se comportent différemment suivant les groupes glandulaires examinés : dans la sous-maxillaire et la sublinguale, de basales ces granulations se répandent dans toute l'étendue du protoplasma, en même temps que les croissants de Gianuzzi augmentent de volume ; dans la parotide, les granulations qui étaient auparavant réparties dans toute l'étendue de la cellule cachent le noyau, disparaissent de la partie basale en mettant ce dernier en évidence et migrent progressivement vers la lumière de l'acinus.

Si les excitations se répètent et se prolongent, si surtout le sympathique est excité, une partie des cellules précédentes desquame ou encore subit la dégénérescence granulo-graisseuse (Wundt). Pflüger a montré, en effet, que, dans le cas de sécrétion physiologique modérée, le liquide excrété ne renfermait pas d'éléments figurés (cellules ou leucocytes); qu'en dehors de l'hyperexcitation, c'est au cathétérisme du canal excréteur ou à l'administration de chlorhydrate de morphine aux animaux en expérience qu'il fallait attribuer leur présence dans la salive : ce serait, dans ce dernier cas seulement, que l'on y retrouverait les blocs albumineux signalés par Ranvier et Heidenhain, notamment dans la salive sympathique. Aussi la constatation de cellules épithéliales nombreuses (voir plus haut : Névrose salivaire) acquiert une valeur diagnostique dans le cours des affections.

En ce qui concerne les modifications subies par les glandes au cours des diverses sialorrhées pathologiques, les relations faisant défaut, il est utile de reproduire ici les altérations que nous avons constatées à l'autopsie d'un homme atteint d'un tabes des plus nets au point de vue clinique et anatomique. Une quinzaine d'années après le début de la maladie, survinrent des symptômes bulbaires, en particulier des troubles de l'odorat et du goût, s'accompagnant d'une salivation énorme et presque constante. Cet état dura quelques années. Le malade finit par succomber avec des troubles de la déglutition liés à une paralysie du voile du palais.

Voici le résultat de l'examen des glandes salivaires :

OBS. IV (KLIPPEL et LEFAS : Des altérations des glandes salivaires dans la sialorrhée des tabétiques. *Bulletin de la Société de biologie*, 1897). — Les glandes salivaires, beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal, montraient sur les coupes histologiques :

1° *Glande parotide.* — Les canaux excréteurs sont encombrés de cellules qui, pour la plupart, sont des leucocytes. Presque partout, à la base des cellules de revêtement, il existe des cellules lymphatiques envahissant les conduits. D'une façon générale, les canaux excréteurs sont d'autant plus malades qu'ils sont d'un calibre plus considérable. La plupart des canaux très petits sont sains.

Il existe une congestion énorme occupant les gros et petits vaisseaux qui sont comme injectés et distendus par les globules. Par places, les veinules sont thrombosées.

Les cloisons qui séparent les lobules sont épaissies : dans quelques points, l'épithélium radié des canaux est remplacé par un épithélium cubique.

Avec un fort grossissement, on constate, dans les points les plus colorés de la préparation, un envahissement à la fois des cloisons et des acini par de nombreux leucocytes rassemblés sous la forme de foyers inflammatoires assez bien circonscrits, mais au milieu desquels on n'arrive plus à distinguer les acini des parties voisines. Dans ces foyers, des capillaires et des petits vaisseaux sont gorgés de sang et entourés d'un manchon de cellules rondes (diapédèse).

Il s'agit donc de foyers d'inflammation aiguë.

Le nombre de ces foyers d'une certaine étendue est de deux sur une même coupe, mais il y a sur la même préparation un assez grand nombre de foyers analogues et plus petits.

Ces amas cellulaires sont-ils formés de cellules en voie de multiplication et restées à l'état indifférent, ou de leucocytes? Ont-ils leur origine primitive dans les cloisons ou dans les acini? Dans tous les cas, ils ne représentent pas un simple nodule inflammatoire.

Partout, en effet, les lobules ont une distribution fort nette, les cloisons sont toutes épaissies d'une façon générale; il y a des acini altérés et en transformation graisseuse : il n'y a, pour ainsi dire, plus de revêtements de cellules, la graisse semble avoir pénétré ces lobules et avoir remplacé les éléments spécifiés.

Les cellules salivaires sont augmentées de nombre, plus petites que normalement, serrées les unes contre les autres, la lumière n'étant plus visible (état normal); ces cellules sont très riches en noyaux, avec souvent des limites peu visibles, fusionnées et granuleuses.

Les cellules de ces points ne sont pas en activité sécrétoire : le processus d'activité fonctionnelle y est surtout manifeste par le grand nombre des noyaux et des cellules, comme dans une glande mammaire en voie d'activité.

2° *Glande sous-maxillaire.* — On n'y trouve pas les lésions qui viennent d'être signalées dans la parotide.

L'aspect est le suivant : on remarque une assez grande irrégularité dans l'activité des différents acini. Il y a, en effet, des acini bordés de cellules claires et gonflées, d'autres remplis de cellules petites et opaques. Les cloisons ne sont pas épaissies, mais dans les points avoisinant les conduits excréteurs, il y a épaississement; dans ces mêmes régions, existe une congestion vasculaire des plus marquées.

En outre, on trouve, disséminés dans la préparation, quelques acini présentant une netteté tout à fait exceptionnelle, remplis de cellules claires et à peine granuleuses : ces cellules sont très grandes et fusionnées.

L'acinus qui offre ces caractères semble refouler les acini voisins.

Partout les conduits excréteurs sont intacts, surtout ceux de petit calibre. Les gros vaisseaux sont normaux.

En résumé, les faits qui précèdent démontrent que les glandes salivaires, et surtout la parotide, offrent elles-mêmes des lésions profondes dans la sialorrhée tabétique.

Dans la parotide, ces lésions consistent surtout en des nodules inflammatoires occupant à la fois les acini et le tissu conjonctif, avec inflammation catarrhale diffuse des conduits excréteurs les plus volumineux, en dégénérescence des cellules salivaires. Dans la glande sous-maxillaire, les lésions sont atténuées et se caractérisent surtout par une sclérose diffuse avec hypertrophie de quelques acini, analogue à ce que l'on observe dans certaines hypertrophies nodulaires du foie.

En présence des altérations de la parotide, on peut se demander s'il s'agit d'une inflammation née dans cette glande et développée sous l'influence irritative d'une hyperfonction longtemps prolongée, ou s'il s'agit d'une infection secondaire de l'organe par envahissement des canaux excréteurs par des microbes pathogènes de la cavité buccale.

Quelle que soit l'explication que l'on adopte, il nous paraît hors de toute contestation que le phénomène primordial est l'irritation fonctionnelle développée sous l'influence d'une lésion du système nerveux central.

Ce ne sont là que les résultats d'un seul examen histologique. Mais si, dans la suite, l'attention étant attirée de ce côté, les examens se répètent et décèlent des altérations des glandes analogues à celles que nous avons décrites les premiers, il y aura lieu de considérer le mécanisme de la sialorrhée au cours des affections, tout au moins des affections organiques du système nerveux, comme plus complexe. On aura, en effet, à faire entrer alors en ligne de compte les altérations elles-mêmes des glandes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai 1897. — Présidence de M. Delens.

COMMUNICATIONS

Du redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott. — M. MÉNARD (de Berck) fait une communication sur ce sujet. (Voy. *Gaz. des hôp.*, p. 551.)

M. BRUN a fait, sur le cadavre, la même expérimentation que M. Ménard. Sur un enfant mort du mal de Pott, il a fait le redressement brusque de la gibbosité. Il a constaté les mêmes effets que ceux que vient de signaler M. Ménard, c'est-à-dire l'existence d'une caverne assez étendue entre les deux parties de la colonne vertébrale au niveau du point redressé. Dans cette caverne, d'ailleurs, la moelle était saine et intacte. Cette constatation a éloigné quelque peu M. Brun du traitement de la gibbosité, sur le vivant, par le redressement brusque. Toutefois, il estime qu'il ne faut pas se hâter de conclure au rejet définitif de cette méthode de traitement. Il faut attendre les résultats éloignés qui seront obtenus chez les enfants encore trop récemment opérés. Il faut reconnaître, en ce qui concerne les résultats immédiats, que ceux-ci sont des plus séduisants. Aussi ne faut-il pas rejeter, dès maintenant, cette méthode de traitement. Le matin même, M. Brun l'a appliquée sur deux enfants atteints de gibbosité pottique au début. Le redressement a été obtenu sans efforts. Il s'est fait si facilement que M. Brun ne croit pas avoir produit aucune des lésions constatées par M. Ménard. Il estime qu'il faut appliquer cette méthode aux cas assez récents. Dans ces cas, M. Brun continuera à y avoir recours. Mais pour les cas plus anciens, il attendra de voir les résultats éloignés des opérés de M. Calot.

M. MICHAUX, avec M. Calot, a redressé un enfant âgé de neuf ans, pottique depuis trois ans, se trouvant dans de bonnes conditions générales. M. Michaux a été surpris de voir combien ce redressement se fait facilement, sans fracas, sans effort. Il a été frappé de l'extrême simplicité de la méthode et des résultats immédiats qu'elle procure. Sans doute, devant les observations présentées par M. Ménard, il faut attendre les résultats éloignés pour juger définitivement la méthode, mais on peut dire dès maintenant qu'on rend à ces enfants ainsi redressés un très grand service, au moins quant au résultat immédiat.

M. POIRIER a vu, à Berck, M. Calot redresser, par cette méthode, deux enfants atteints de gibbosité. Dans le premier cas, le redressement a été fait si vite que M. Poirier n'a rien vu du tout. Aussi a-t-il prié M. Calot de procéder progressivement dans le second cas. C'est ce qui a été fait. Après une première pression, on a vu la bosse à peu près diminuée d'un tiers de son volume primitif; dans une seconde manœuvre, le redressement s'est encore accentué davantage, enfin, dans un dernier temps, la colonne vertébrale a été complètement redressée. Cette manière de procéder paraît à M. Poirier beaucoup plus prudente et plus logique.

On a fait une comparaison tout à fait inexacte; M. Calot a dit qu'il applique à la colonne vertébrale la même chirurgie que celle qu'on applique aux membres. Lorsqu'on redresse un membre, les surfaces osseuses restent en contact, elles

ne se quittent pas. Il n'en est plus de même quand on redresse une colonne vertébrale chez un pottique. Ainsi que vient de le démontrer M. Ménard, on obtient ici une cavité de plusieurs centimètres, séparant les surfaces osseuses. Il n'y a donc aucune comparaison à établir entre les deux ordres de faits. Il n'en est pas moins vrai que ce redressement de la colonne vertébrale se fait très facilement, sans danger apparent pour la moelle, et qu'il donne des résultats immédiats, véritablement surprenants. Aussi M. Poirier se propose-t-il d'appliquer prochainement cette méthode sur deux enfants.

M. **Broca** a redressé, par cette méthode, trois enfants. Le premier était un cas ancien. Il n'a pu réduire entièrement la gibbosité; il a appliqué l'appareil plâtré. L'enfant a très bien supporté cette intervention.

Il y a quinze jours, M. Broca a redressé une fillette dont la gibbosité datait de deux ans. La correction n'est pas encore ici absolument parfaite, mais elle est suffisante. Le troisième cas est analogue. Ces trois enfants ont très bien supporté et le redressement et l'appareil plâtré. Il est hors de doute qu'au point de vue des résultats immédiats, cette méthode est fort avantageuse. Quant aux résultats postérieurs, définitifs, il faut attendre pour en juger.

PRÉSENTATION DE MALADES

Absence congénitale du péroné. — M. **Kirmisson** présente un petit malade qui était atteint d'une incurvation du tibia avec absence congénitale du péroné. Cet enfant, âgé de dix ans, sourd-muet, présente une incurvation du tibia à convexité antérieure du membre du côté droit. Le pied était complètement rejeté en dehors, de telle sorte que l'enfant marchait sur la malléole interne. Le talon était en ascension par suite de la rétraction du tendon d'Achille. Il n'existe aucune trace du péroné. Cet enfant présente la même déformation du côté gauche, mais infiniment moins marquée. M. Kirmisson a opéré cet enfant le 4 mars 1896. Il s'est surtout proposé de remettre le pied dans une situation normale par rapport à la jambe. Cette opération a consisté à couper le tendon d'Achille, les tendons des péroniers latéraux, à évider l'extrémité inférieure du tibia, de façon à permettre le redressement du pied. Cet enfant marche assez bien maintenant.

M. Kirmisson rapproche de ce fait 6 autres cas de même nature. Il montre les moules avant et après l'intervention.

M. **Reclus** a opéré un enfant qui présentait une déformation analogue à celle dont vient de parler M. Kirmisson. Il a fait une ostéotomie. Le résultat immédiat a été bon. Malheureusement, ce résultat ne s'est pas maintenu.

M. **Nélaton** fait observer qu'il ne saurait plus y avoir de doute sur la pathogénie de ces faits. Quant au traitement, l'ostéotomie, permettant le redressement, donne des résultats immédiats satisfaisants. Malheureusement, on est vite désillusionné, les résultats ne se maintiennent pas et un enfant que M. Nélaton a opéré dans les mêmes conditions que celui de M. Kirmisson se trouve maintenant aux incurables. Il a son pied droit au niveau de son genou gauche. Le petit malade de M. Kirmisson a peut être plus bénéficié de l'opération par cette raison que, chez lui, la malformation est double. La différence entre les deux membres se trouve moins sensible. En présence de ces faits, M. Nélaton serait disposé à se rallier à la conclusion d'un travail allemand qui est que, dans ces cas, la meilleure de toutes les opérations est l'amputation.

Pied-bot. — M. **Jalaguier** présente une petite fille qu'il a opérée, il y a cinquante jours, d'un pied-bot congénital varus équin. Cette enfant a marché quatorze jours après l'opération. Il a enlevé la tête de l'astragale et la grande apophyse du calcanéum. Le pied est très peu déformé et l'enfant marche très bien.

Appareil ambulatoire. — M. **Reclus** présente deux malades atteints de fractures de jambe et traités par l'appareil ambulatoire. La fracture paraît bien se consolider dans cet appareil qui permet au malade de marcher.

M. **Kirmisson** fait observer que, chez l'un de ces malades, la fracture n'est pas encore consolidée.

Polype naso-pharyngien. — M. **Potherat** présente un jeune homme qu'il a opéré d'un polype naso-pharyngien. Il avait fendu le voile du palais et avait laissé cette fente ouverte pour surveiller la récidive. Celle-ci n'a pas eu lieu et le voile du palais s'est reconstitué spontanément.

Appendicite. — M. **Routier** présente un appendice, qu'il a enlevé tout récemment, et qui contient des matières fécales et des oxyures vermiculaires.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Corps médical de Paris, atteint par la perte de deux médecins et dix parentes de médecins, victimes de l'incendie du Bazar de la Charité, fait célébrer un service commémoratif qui aura lieu le samedi 15 mai, à midi très précis, en l'église de la Madeleine.

— Un nouveau concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris doit s'ouvrir le 26 mai courant. Le jury est provisoirement composé de MM. Moissenet, Dieulafoy, Landouzy, Lecorché, Delpeuch, Hayem et Panas. Les candidats, au nombre de soixante-dix-huit, sont :

MM. Achalme, Auscher, Aviragnet, Beaumé, Belin, Berbez, Bergé, F. Bezançon, J. Besançon, Boix, Boulloche, Brodier, Bruhl, Capitan, Caussade, Charcot, Charrier, Chrétien, Claisse, Goffin, Deschamps, Dufour, Dupré, Enriquez, Ettlinger, Gallois, Gastou, Gouget, de Grandmaison, Hallion, Hudelo, Hulot, Laffitte, Lamy, Lebon, Legry, Le Noir, Leredde, Létienne, Lévi, G.-C. Lion, G.-R. Lyon, Macaigne, Mangin-Bocquet, de Massary, Méry, Michel, Mosny, Nageotte, Papillon, Parmentier, du Pasquier, Péron, Phulpin, Pignol, Pilliet, Plicque, Potier, Renault, Rénon, Roubinowitch, de Saint-Germain, Sallard, Sée, Sergent, Sottas, Soupault, Souques, Springer, Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thiroloix, Tissier, Tollemer, Triboulet, Veillon et Weber.

— *Concours d'accoucheurs des hôpitaux.* — Ce concours s'est ouvert le 10 mai. Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Lobule hépatique, anatomie et physiologie. » Les questions restées dans l'urne étaient les suivantes : « Rectum, anatomie et physiologie » et « Circulation du placenta à terme ».

Lecture des copies : MM. Schwaab, 20; Demelin, 19; Wallich, 18; Bouffe et Chavanne, 17; Dubrisay, 15.

— Les candidats au concours de l'adjuvat ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Muscles du voile du palais, anatomie et physiologie. »

— L'assemblée générale de la Faculté de médecine de Paris a dressé sa liste de présentation pour la chaire vacante de pathologie expérimentale de la manière suivante :

En première ligne, M. Chantemesse; en deuxième ligne, M. Netter; en troisième ligne, M. Roger.

— Par décret, en date du 12 mai 1897, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Bahier, médecin de première classe de la marine en retraite.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

VIN DEFRESNE
TONI-NUTRITIF A LA
PEPTONE
Adoptée par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

Contient non-seulement les principes solubles de la viande, mais aussi la fibre musculaire, fluidifiée, digérée, rendue assimilable.
POUDRE ; ÉLIXIR
INAPPÉTENCE, ANÉMIE, CONVALESCENCE, etc.
DEFRESNE, Auteur de la Pancréatine, 4, Quai du Marché-Neuf, PARIS, et Pharmacies.

CACHETS DIGESTIFS MOURRUT
DE PEPSINE ET DIASTASE PURES

Les CACHETS MOURRUT sont le meilleur mode d'administration de la Pepsine et de la Diastase. « Insolubles dans l'alcool qui les précipite de leur dissolution dans l'eau, ces deux ferments digestifs ne doivent pas être administrés dans un liquide alcoolique — vin ou élixir. « (Bouchardat. *Annuaire* 1880. p. 138; Académie de médecine, 12 août 1879.)
Phie Fournier, 39, r. de Clichy, Paris.

NÉVRALGIES
Pilules du Dr MOUSSETTE

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme *Aconitine* cristallisée. Cinq centigrammes *Quinium* pur

Les Véritables Pilules Moussette calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.
Dose : *3 à 6 pilules dans les 24 heures.*
Mon CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

MIGRAINES NÉVRALGIES NÉVROSES CÉRÉBRINE
de 2 à 4 cuillerées à café à chaque accès
Notices et Spécimens Fco
Eug. FOURNIER (*Pausodun*), 114, rue de Provence, Paris.

Excellents effets contre
PHTISIE
et autres Tuberculoses
BRONCHITES, CATARRHES



Chaque capsule contient :
0gr.05 véritable Créosote de HÊTRE
Huile de foie de morue Q. S.
2 ou 3 à chaque repas
Le flacon 3 fr.
105, Rue de Rennes, PARIS
et toutes les Pharmacies.
Exiger le timbre de l'État.

OBÉSITÉ—GOITRE MARQUE DE FABRIQUE **MYXŒDEME**

THYROÏDINE FLOURENS

PASTILLES { Adultes, 2 à 5 pr jour. / Enfants, 1 à 2 pr jour. { suivant tolérance. | **PILULES** { Adultes, 8 à 20 pr jour. / Enfants, 1 à 8 pr jour. { suivant tolérance.

Expérimentées dans les hopitaux, ces préparations rigoureusement dosées ont donné les résultats les plus satisfaisants. Chaque pastille contient exactement 20 centigrammes de corps thyroïde frais et sain provenant du mouton et les pilules 5 centigrammes.
Leur mode d'administration est facile, leurs effets sont très rapides et l'amélioration qu'elles déterminent est de longue durée.
PHARMACIE FLOURENS, à BORDEAUX et dans toutes les Pharmacies.
PARIS. Société Française de Produits Pharmaceutiques, *9 et 11, Rue de la Perle.*

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites** et **les Granulations de la Gorge,** etc

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, phie, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

Reconstituant général, Dépression du Système nerveux, Neurasthénie.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER
NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE
NEUROSINE-CACHETS

Débilité générale, Anémie, Phosphaturie, Migraines.

DÉPOT GÉNÉRAL :
CHASSAING et Cie, Paris, 6, avenue Victoria

GLYCÉROPHOSPHATE
GRANULÉ
ROBIN

EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX contre :
RACHITISME CHEZ LES ENFANTS
NEURASTHÉNIE, NÉVRALGIE, PHOSPHATURIE
DÉBILITÉ pendant la GROSSESSE, etc.
Chaque Flacon est accompagné d'une cuillère-mesure en aluminium. — Dose : 2 à 3 cuillerées par repas.
Vente en Gros : 13, Rue de Poissy, Paris et ttes Phies.

Xéroforme

est destiné à remplacer définitivement l'iodoforme. C'est l'épidermisant par excellence. Il tarit rapidement les écoulements des plaies sanieuses et semble posséder une action spécifique dans la guérison des ulcères tuberculeux.

Littérature et échantillons gratuits: L. Barberon, *15 Place des Vosges, Paris.*

IODOL ANTISEPTIQUE
succédané de
L'IODOFORME
INODORE
ET NON TOXIQUE
M. Reinicke, 39, r. Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF
Approuvés par la haute Commission du Codex.

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

KOLA ROY
2 à 4 cuillerées par jour aux repas.
Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).

FER QUEVENNE Approuvé par l'Académie de Médecine. Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles). 0g05 à chaque repas. — ... des Beaux-Arts, Paris.

CHLORO-ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, TUBERCULOSE, PHOSPHATURIE
GROSSESSE et ses SUITES
ADMIS DANS LES HOPITAUX (Délicieux et Facile à prendre).

SIROP FRAISSE
à **L'OXYHÉMOGLOBINE**
et au **GLYCÉROPHOSPHATE de CHAUX**
(*Auxiliaire puissant de l'Hemopoèse*)

Dépôt : *83, Rue Mozart, PARIS-PASSY,* Marius FRAISSE, Phen, *et toutes Pharmacies.*

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 24 AU 29 MAI 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 24 MAI. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Poirier et Sebileau.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Terrier, Ricard et Varnier; — (2e partie) : MM. Fournier, Chauffard et Widal.

2e examen (définitif, officiat) : MM. Potain, Jalaguier et André; — M. Retterer, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier et Lejars; — (2e série) : MM. Marchand, Humbert et Walther; — (2e partie) : MM. Hayem, Marie et Gilles de la Tourette; — M. Gaucher, suppléant.

MARDI 25 MAI. — 3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy Hutinel et Achard; — (2e série) : MM. Debove, Chantemesse et Roger.

4e examen (1re série) : MM. Pouchet, Gilbert et Thoinot; — (2e série) : MM. Cornil, Proust et André; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Brun et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Charrin et Ménétrier; — (2e série) : MM. Laboulbène, Raymond et Marfan; — M. Hartmann, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Pozzi Maygrier et Bar; — M. Quénu, suppléant.

MERCREDI 26 MAI. — 3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pinard, Poirier et Walther; — (2e série) : MM. Marchand, Broca et Bonnaire; — (2e partie) : MM. Landouzy, Marie et Wurtz.

4e examen : MM. Pouchet, Netter et André; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Peyrot, Ricard et Tuffier; — (2e série) : MM. Delens, Jalaguier et Delbet; — (2e partie) : MM. Joffroy, Gaucher et Widal; — M. Sebileau, suppléant.

VENDREDI 28 MAI. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Jalaguier, Retterer et Sebileau.

3e examen (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Wurtz.

4e examen : MM. Pouchet, Marie et Netter; — M. Rémy, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Peyrot, Delbet et Broca; — (2e partie) : MM. Landouzy, Chauffard et Thoinot; — M. Lejars, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

SAMEDI 29 MAI. — 3e examen (2e partie) : MM. Debove, Letulle et Ménétrier.

4e examen : MM. Pouchet, Gilbert et Chantemesse; — M. Nélaton, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Polaillon, Maygrier et Bar; — M. Brun, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 26 MAI, à une heure. — M. CARRET. De l'entérocolite muco-membraneuse (MM. Potain, président; Tillaux, Humbert et Gilles de la Tourette). — M. LÉON. Le bacille de Friedlander et son rôle pathogène (MM. Potain, président; Tillaux, Humbert et Gilles de la Tourette). — M. GAULLIEUR L'HARDY. La chlorose ménorragique (MM. Potain, président; Tillaux, Humbert et Gilles de la Tourette). — M. DEROYER. Des tumeurs solides du cordon spermatique (MM. Tillaux, président; Potain, Humbert et Gilles de la Tourette). — M. COLLANGETTES. De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu (MM. Hayem, président; Fournier, Chauffard et Rémy). — M. BAILHACHE. Contribution à l'étude des diathèses (MM. Fournier, président; Hayem, Chauffard et Rémy).

SAMEDI 29 MAI, à une heure. — M. MIMIN. De la valeur séméiologique de l'œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies purulentes (MM. Laboulbène, président; Raymond, Schwartz et Achard). — M. HAIDAR. Le rôle de la croissance dans les maladies (MM. Laboulbène, président; Raymond, Schwartz et Achard). — Mlle CONTA. Contribution à l'étude du sommeil hystérique (MM. Raymond, président; Laboulbène, Schwartz et Achard). — M. THOMAS. Contribution à l'étude des fractures de la voûte palatine (MM. Panas, président; Tarnier, Poirier et Hartmann). — M. BLOC. Du siège décompleté, mode des fesses (étude statistique) (MM. Tarnier, président; Panas, Poirier et Hartmann). — M. POSTERNAK. Contribution à l'étude de la pathogénie générale des diplogénèses (MM. Mathias-Duval, président; Hutinel, Quénu et Roger). — M. LANDEL. Recherches sur les caractères micro-chimiques du mucus (MM. Mathias-Duval, président; Hutinel, Quénu et Roger). — M. LAGO. Sur la sciatique double (MM. Hutinel, président; Mathias-Duval, Quénu et Roger). — M. CHAMBON. Tuberculose primitive de la rotule (MM. Le Dentu, président; Berger, Rémy et Albarran). — M. R. PETIT. Sur les adénites cervicales chroniques (MM. Le Dentu, président; Berger, Rémy et Albarran). — Mme DE PUIFFE DE MAGONDEAUX. Contribution à l'étude de la leucokératose vulvo-vaginale (MM. Le Dentu, président; Berger, Rémy et Albarran). — M. SICARD. De l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne (MM. Berger, président; Le Dentu, Rémy et Albarran). — M. FERRO. Étude sur la forme douloureuse du chancre de l'amygdale (MM. Dieulafoy, président; Joffroy, Marfan et André). — M. WINTER. Les complications rénales du diabète sucré (MM. Dieulafoy, président; Joffroy, Marfan et André). — M. RIVIÈRE. De l'épicondylalgie (MM. Joffroy, président; Dieulafoy, Marfan et André).

Paris, le 17 mai 1897.

Nous pouvons compléter aujourd'hui les renseignements que nous avons fournis (1) sur les ajournements aux examens de doctorat prononcés à la Faculté de Paris, pendant l'année 1895-1896, en les comparant aux examens similaires des six Facultés de médecine de province.

D'une façon générale, voici comment se placent les Facultés, envisagées au point de vue de la proportion des ajournements aux examens :

Nancy refuse.	1	élève sur	4
Toulouse refuse	1	—	5,8
Lille refuse	1	—	6
Paris refuse	1	—	6,8
Lyon refuse	1	—	7,5
Montpellier refuse. . . .	1	—	7,5
Enfin Bordeaux refuse. .	1	—	8,4

A envisager en bloc cette statistique, on peut en conclure qu'il est deux fois plus facile de subir ses examens « à la Faculté de Bordeaux qu'à la Faculté de Nancy ». Cette simple constatation comporte un enseignement que les professeurs des différentes Facultés feront bien de méditer s'ils tiennent tant soit peu à la valeur du diplôme qu'ils ont mission de délivrer.

Si nous entrons dans le détail et étudions chaque examen l'un après l'autre, nous voyons que, d'une façon générale, le premier examen, qui porte sur les sciences accessoires, donne la proportion d'ajournements de beaucoup la plus élevée, sauf à Montpellier où elle n'est que de 12,63 p. 100. Dans toutes les autres Facultés, elle atteint en moyenne 30 à 38 p. 100. Ces examens sont subis devant la Faculté des sciences.

Le deuxième examen porte sur l'anatomie et la physiologie. Il comporte encore une proportion assez élevée d'ajournements, mais fort variable cependant d'une Faculté à l'autre. Lille se montre plus bienveillant avec 20 ajournements p. 100, puis après vient Paris avec 22,7, c'est à Nancy que les anatomistes sont les plus exigeants avec 44 ajournements p. 100. C'est encore Nancy qui est le plus sévère pour la physiologie avec 38 p. 100. Lyon qui vient après n'a plus que 14,13 et Paris 13,73. Bordeaux détient toujours le record de l'indulgence avec 6,28 p. 100.

Le troisième examen porte sur la pathologie interne, la pathologie externe et les accouchements. C'est Montpellier qui, cette fois, devient plus difficile, tout au moins pour la chirurgie, car la proportion des échecs atteint 32,43 p. 100, alors qu'elle est de 23 à Lille, 18 à Nancy, 16 à Lyon, 13 à Toulouse, 13,50 à Paris et 8,46 à Bordeaux.

Pour la médecine, Montpellier se montre très indulgent, car comme à Lyon et à Bordeaux, les élèves qui subissent cet examen n'ont guère que 3 à 4 p. 100 de craintes d'ajournement, alors qu'à Paris les échecs atteignent 19 p. 100.

Le quatrième examen, thérapeutique, hygiène et médecine légale, paraît être bien peu considéré par certaines Facultés, car les échecs y atteignent seulement 2 p. 100 comme à Toulouse, 2,6 à Montpellier, 3 à Nancy, alors que la proportion atteint encore 14,51 à Paris.

Arrêtons-nous davantage sur les examens cliniques, les plus importants, et ceux pour lesquels toutes les Facultés sans exception se montrent d'une indulgence coupable. Nancy, si sévère au début, n'enregistre aucun refus pour la clinique externe et la clinique obstétricale. La feuille des ajournements est restée absolument vierge; mais les autres Facultés ne sont pas bien rigoureuses, car la moyenne des deux examens cliniques réunis oscille entre 4, 5, 6 et 7 p. 100, soit 2 à 3 1/2 p. 100 pour la clinique chirurgicale et autant pour la clinique obstétricale. L'examen de clinique médicale devient plus sérieux dans les Facultés de Lille, Nancy, Toulouse et Bordeaux, avec 15 à 11 p. 100 d'ajournements, mais il paraît être considéré comme sans importance dans les Facultés de Lyon et de Paris, dans la première, en effet, il n'y a que 2 ajournements et 6,50 p. 100 dans la seconde.

Quant à la thèse, n'insistons pas sur cette formalité, devenue depuis longtemps ridicule. 5 Facultés sur 7 n'ont enregistré aucun refus; à Paris et à Lyon, on note la curieuse proportion de 0,33 et 0,72 p. 100.

L'étude de tous ces examens envisagés dans leur ensemble nous montre au début une sévérité grande, peut-être excessive, puisqu'elle atteint jusqu'à 44 p. 100; plus les matières d'examen prennent d'importance, plus les juges s'adoucissent; sévères encore pour l'anatomie et la physiologie, ils deviennent cléments pour la pathologie, et d'une indulgence incomparable pour la clinique. Cela paraît assez paradoxal, mais c'est ainsi. Nous avons assez discuté autrefois ce point particulier, pour ne pas y revenir.

Dans ce tableau comparatif, les Conseils des Facultés trouveront d'utiles renseignements à méditer. Nos pères autrefois étaient fiers de faire suivre leur nom du fameux D. M. P., ce qui voulait dire docteur-médecin de Paris. Aujourd'hui il est plus facile d'être docteur à Paris qu'à Nancy, Toulouse ou Lille; et c'est désormais à notre vaillante Faculté des Vosges qu'il faudra aller chercher son diplôme si l'on désire qu'il ait une plus grande valeur scientifique.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 1.

Plusieurs malades intéressants à des titres différents ont été présentés à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 14 mai.

M. Chauffard avait amené un homme atteint depuis longtemps déjà d'une **insuffisance tricuspidienne pure**, isolée, sans rétrécissement ni lésion de l'orifice aortique, consécutive, sans doute, à une attaque de rhumatisme articulaire aiguë. Sauf un peu de dyspnée à certains moments et un peu d'œdème sus-malléolaire, cette grave lésion est parfaitement compensée. On observe des battements hépatiques assez marqués, mais les veines jugulaires ne sont pas distendues et il n'y a pas de pouls veineux appréciable. Le cœur n'est pas hypertrophié. C'est là un fait réellement exceptionnel.

A plusieurs reprises, la question du traitement de la **péritonite tuberculeuse**, avec ascite, a été soulevée devant la Société; elle l'est de nouveau par la présentation d'un malade auquel M. du Cazal (du Val-de-Grâce) a fait avec succès l'injection de 8 centimètres cubes de naphtol camphré, suivant la méthode préconisée par M. Rendu. Le succès a été parfait, l'abdomen paraît guéri, l'épanchement ne s'est pas reproduit et, chose curieuse, les lésions pulmonaires concomitantes se sont considérablement améliorées.

On sait que des succès de ce genre ne se constatent qu'avec la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse. La laparotomie, faite par les chirurgiens au début, par suite

d'une erreur de diagnostic, puis systématiquement, le lavage de la cavité péritonéale avec l'eau stérilisée ou la solution boriquée, pratiqué par M. Debove, ont donné des résultats tout aussi bons. Comme le fait remarquer M. Debove, il est habituel, dans ces conditions, de voir les lésions pulmonaires rétrocéder. Par quel mécanisme? Ces faits ne sont-ils pas à rapprocher des tentatives faites récemment à l'aide de produits tuberculeux, et n'y a-t-il pas là une sorte de vaccination antituberculeuse?

Un dyspeptique a, depuis des années, une teinte jaune assez accentuée de la peau. Le diagnostic d'ictère s'imposerait si les urines renfermaient des pigments biliaires, mais elles ne renferment ni pigments normaux, ni pigments modifiés, ni urobiline.

M. Hayem, en examinant le sérum sanguin à l'aide du spectroscope et même de la réaction de Gmelin, a trouvé nettement qu'il existait des **pigments biliaires dans le sang**. Il y a donc des ictères chroniques dans lesquels le tégument est assez fortement teinté sans que les matières colorantes passent dans les urines. Cette notion nouvelle permettra sans doute d'expliquer des faits de coloration anormale de la peau jusque-là indéterminés.

Un malade d'une quarantaine d'années est amené par M. Marie. Il a, avec la tête d'un hydrocéphale, des malformations osseuses qui rappellent beaucoup celles du rachitisme. Or, deux de ses frères présentaient la même anomalie du squelette, qu'on retrouve chez un de ses fils. Il s'agit donc d'une **malformation familiale**, transmissible par hérédité.

M. Béclère, en son nom et au nom de MM. Oudin et Barthélemy, présente de très belles **épreuves radiographiques**, qui font bien voir quels services les rayons de Rœntgen peuvent rendre dans le diagnostic des lésions de l'aorte et, en particulier, des anévrysmes de l'aorte thoracique.

Une courte communication de M. Catrin, présentée par M. Laveran, amène un échange d'observations entre MM. Béclère et lui. Il en résulte que, si la **contagion de la rougeole** comporte une incubation d'une durée habituelle de douze à quatorze jours, cette période peut quelquefois atteindre seize, dix-sept et même dix-neuf jours. La rougeole, on le sait, est surtout contagieuse avant l'éruption, mais elle l'est encore après; seulement, a dit M. Béclère dans sa thèse, on peut se demander si elle l'est encore après le cinquième jour de l'éruption. En tout cas, il ne faut pas cesser d'isoler les rougeoleux, comme certains médecins paraissent maintenant avoir tendance à le faire.

HOPITAL NECKER. — M. Le Dentu.

Traitement chirurgical des perforations spontanées de l'estomac. Considérations sur la chirurgie symptomatique de l'abdomen (1).

Depuis que Mickulicz, en 1886, a pratiqué la première laparotomie pour une perforation spontanée de l'estomac, les faits du même genre se sont assez rapidement multipliés.

Dans la *Revue internationale de thérapeutique* de Ricklin (numéro du 30 janvier 1893), figure un fait qui provient de la clinique de l'hôpital Necker. Il est relatif à un malade qui a été opéré d'urgence par mon chef de clinique d'alors, M. le docteur Lyot. Malheureusement, l'intervention, trop tardive, bien malgré nous, n'a pas été suivie de succès.

Dans le cas suivant, le but a été atteint. Une guérison franche a été le résultat de l'intervention.

Observation. — *Perforation spontanée de l'estomac sur sa face antérieure, sous le foie et à peu de distance du pylore. Laparotomie. Guérison.* — Le 13 novembre 1896, le nommé J. P..., âgé de trente-huit ans, est admis d'urgence à l'hôpital Necker. Un médecin de la ville, ayant diagnostiqué une appendicite, a jugé une opération indispensable. J'examinai le nouvel arrivé. Il paraissait assez calme, mais son facies était très altéré; les yeux étaient réfractés dans les orbites, les traits tirés, les pommettes congestionnées. Le ballonnement du ventre était déjà suffisant pour gêner l'examen. Du côté de la fosse iliaque droite, la paroi abdominale était le siège d'un œdème manifeste. Les pressions sur le ventre, et spécialement sur la moitié droite, provoquaient de vives douleurs. Des maxima occupaient la ligne de Mac Burney et la zone sous-hépatique ainsi qu'une partie du creux épigastrique. La palpation au niveau de la fosse iliaque droite ne permettait pas de sentir nettement une tumeur ni un simple empâtement; la sensibilité était moindre dans le flanc droit qu'au-dessus et au-dessous; dans la moitié gauche du ventre, les pressions étaient passablement tolérées.

La langue était rude, la soif vive. Des hoquets fréquents, des vomissements verdâtres, joints aux autres symptômes, caractérisaient nettement une *péritonite*. Le pouls était fréquent et de faible tension, la température axillaire de 37 degrés, la respiration un peu anxieuse et médiocrement accélérée. Le malade était allé à la selle et rendait des gaz par l'anus. Le toucher rectal était négatif. Il n'y avait de hernie nulle part. Donc il ne s'agissait ni d'une obstruction, ni d'un étranglement.

La veille, 12 novembre, il avait éprouvé une douleur subite dans le creux de l'estomac, qui avait gagné bientôt tout le reste du ventre; mais, en réalité, au moment de notre premier examen, il semblait que la douleur eût son siège principal dans la fosse iliaque droite. Les vomissements, d'abord alimentaires, étaient bientôt devenus bilieux et verdâtres. De la glace avait été appliquée toute la nuit.

Je n'étais pas absolument fixé sur la cause de cette péritonite. Néanmoins, il était évident que l'intervention s'imposait et qu'elle devait être immédiate. Je dis à M. Mauclaire, mon chef de clinique : « Agissez sans retard. Explorez d'abord la fosse iliaque, mais ne perdez pas de vue le creux épigastrique. » On va voir qu'il a très heureusement rempli le mandat que je lui confiai.

Opération. — Une incision dans la fosse iliaque droite donne issue à des gaz inodores et à une quantité considérable, qu'on peut évaluer à deux ou trois litres, d'un liquide d'aspect verdâtre et purulent dans lequel baignent des fausses membranes de coloration semblable. Une fois cette évacuation terminée, on peut se rendre compte de l'état de l'appendice; cet organe, tout à fait intact, plonge dans le petit bassin. Il faut donc chercher ailleurs.

La région épigastrique est incisée verticalement. La face antérieure de l'estomac, passablement aplatie, est congestionnée. On ne trouve pas de perforation sur cette face, ni sur la face postérieure explorée à travers une boutonnière du grand épiploon, ni au voisinage du cardia, ni sur la grande et la petite courbure; mais au moment où une main, introduite sous le foie, soulève cet organe, la pression sur l'estomac aplati provoque à trois reprises un véritable glouglou dans la région pylorique. Cette particularité attire l'attention de M. Mauclaire sur un foyer de fausses mem-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 524.

branes interposées à la face antérieure du canal pylorique et à la face inférieure du foie. La perforation était évidente. Restait à en découvrir le siège précis et à en suturer les bords; mais elle était trop éloignée, trop haut placée pour être atteinte sans trop de difficulté. D'un autre côté, le patient était tombé dans un collapsus inquiétant. Il fallait terminer rapidement. M. Mauclaire se contenta de nettoyer à sec, sans lavage, avec des compresses aseptiques, les deux foyers opératoires et placer jusqu'au fond de la région sous-hépatique deux drains longs et volumineux entourés de mèches de gaze iodoformée. La paroi abdominale fut suturée en masse au moyen de quelques fils de soie. Des injections sous-cutanées de sérum furent pratiquées immédiatement.

La journée fut mauvaise; mais la réaction commença à se faire et le malade put, sans les vomir, prendre 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

Les suites de l'opération furent simples et la guérison rapide.

Cette observation se signale par plus d'un point intéressant. L'intervention n'ayant pu avoir lieu que vingt-six heures après la perforation, il y avait à craindre qu'elle ne fût trop tardive; et, cependant, malgré la très grande quantité de liquide purulent contenu dans le péritoine, malgré le collapsus profond dans lequel s'est trouvé le malade après l'opération, malgré l'impossibilité de suturer la perte de substance de l'estomac, trop haut placée et trop cachée par les fausses membranes, la perforation, obturée et soutenue par les tampons de gaze iodoformée, s'est cicatrisée d'elle-même, si bien que seulement deux pansements ont été nécessaires jusqu'au dixième jour. N'est-ce pas un exemple encourageant de ce que peut donner l'intervention, dans ces circonstances où la mort est presque certaine, si la péritonite par perforation n'est traitée que par les moyens médicaux?

Pour obtenir le succès, deux conditions sont fondamentales : un diagnostic précis d'emblée et une intervention hâtive.

Deux signes peuvent être considérés comme presque pathognomoniques. C'est d'abord une sensation brusque de déchirure et une douleur intense dans la région qu'occupe l'estomac, douleur qui peut occasionner une syncope qui est suivie d'une période de collapsus caractérisée par la pâleur de la face, par la petitesse et la fréquence du pouls, par des sueurs froides.

C'est ensuite la disparition de la matité hépatique, qui est remplacée par de la sonorité. Cette particularité est due à l'irruption, dans la cavité péritonéale, des gaz venus de l'estomac.

Lorsque ces deux signes coexistent chez un malade, le diagnostic est fait. On peut hésiter sur le siège précis de la perforation, mais qu'importe, du moment que l'indication de l'intervention est assez nette! La laparotomie permet de rechercher la perforation, de la suturer ou de la tamponner suivant les cas.

Seulement, il s'en faut que ces deux signes soient constants. Parfois la brusquerie de la douleur initiale fait défaut; il existe seulement une douleur sourde, profonde, dont le malade ne se plaint guère et que des recherches attentives permettent seules de reconnaître.

D'autre part, la présence de gaz en avant et au-dessus du foie ne paraît pas absolument constante, d'après les observations. Elle peut manquer si la perforation s'est faite sur la face postérieure de l'estomac. Les gaz peuvent ne pas se répandre aussi loin, aussi superficiellement, si des adhérences leur ont de suite, après ou avant la perforation, barré la route dans cette direction. Sans compter que la tympanite peut être cause du refoulement en haut du foie et du diaphragme et changer la situation de la zone hépatique. Alors comment reconnaître la lésion et porter d'emblée un diagnostic précis? Dans ces cas obscurs, on se heurte aux mêmes difficultés que lorsque la perforation de l'appendice cæcal est en cause. Même variété dans les symptômes, même traîtrise de la part de l'inflammation ou de la septicémie péritonéale, dont les formes les plus graves sont quelquefois les moins caractérisées.

Qu'il s'agisse d'une rupture traumatique du tube digestif, d'une plaie par instrument tranchant ou par arme à feu, ou d'une perforation spontanée, la question est la même, en ce sens que, dans tous ces cas, les mêmes différences s'observent dans les formes symptomatiques de l'infection. Aussi bien n'est-ce pas toujours à un diagnostic complet, comprenant celui de la lésion, de son siège précis et de la complication péritonitique, qu'il faut s'attacher. Ce qu'il faut surtout, c'est déterminer, autant que possible, la signification de chaque symptôme envisagé isolément et sa valeur en tant qu'indication de l'intervention. Procéder ainsi, c'est faire, faute de mieux, de la chirurgie symptomatique; c'est chercher dans chaque symptôme l'indication ou la contre-indication de l'intervention.

S'il est facile de reconnaître une péritonite franche où aucun des signes classiques ne fait défaut, il n'en est plus de même des cas insidieux où tous les éléments du diagnostic ne résident plus que dans des nuances.

Il reste les caractères du pouls, de la respiration, de la voix, de la sécrétion urinaire, l'état de la paroi abdominale, le facies, la coloration et la température des extrémités, enfin les sensations et les allures du malade.

Le pouls est fréquent, avec une température normale. Il y a dissociation entre ces deux symptômes ordinairement connexes.

Le rythme de la respiration peut être modifié; elle est plus ou moins accélérée.

La sécrétion urinaire est diminuée, parfois supprimée. La voix est voilée ou éteinte.

La paroi abdominale offre assez souvent une rigidité particulière qui empêche le ballonnement. C'est un réflexe à peu près constant dans les contusions graves de l'abdomen, qui peut s'observer aussi dans les péritonites par perforation spontanée, sans doute surtout au début. Quelquefois, là où cette contracture est le plus accusée, existe une nappe d'hyperesthésie correspondant à un foyer de péritonite ou à un foyer hémorragique étendu.

Le facies est toujours plus ou moins modifié. Les yeux sont cernés, le teint pâle; il y a une particularité même plus importante, c'est le ton violacé des téguments de la face, que l'on retrouve aux mains et aux ongles et qui, tout en étant une des manifestations de l'algidité, n'est pas toujours accompagné par un refroidissement marqué des extrémités.

Le refroidissement des extrémités est toujours un indice de shock grave, même à un faible degré, et comme il coïncide souvent avec le maintien de la température centrale, il ne faut pas se laisser détourner des grandes déterminations par cette dernière circonstance.

Enfin, on en est réduit quelquefois à interroger les sensations des malades, à en étudier les allures.

La seconde condition fondamentale du succès, c'est la hâte dans l'intervention.

Ceci est devenu banal à force d'être vrai pour toutes les interventions d'urgence sur l'abdomen.

Il faut donc opérer le plus tôt possible, mais avec Pearce, Gould, je dirai qu'il est prudent de laisser passer la période de shock initial, et de combattre, au préalable, ce shock par des injections sous-cutanées d'éther, de caféine, de sérum artificiel et par des inhalations d'oxygène.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, d'une façon générale, plus on opère tôt et plus on a de chances de réussir. C'est ce que démontrent très clairement les statistiques de Comte, Pariser, Michaux, Chapt, Houzé, etc.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (1)

Par le docteur J.-L. FAURE, chirurgien des hôpitaux.

OBS. II. — *Péritonite diffuse par perforation appendiculaire. Laparotomie. Mort.* — L... Victor, neuf ans, opéré le 20 août 1895, aux Enfants-Malades.

Quarante-huit heures avant son entrée, l'enfant est pris de douleurs subites, d'abord péri-ombilicales, puis généralisées à tout le ventre. En même temps, il a cinq ou six selles diarhéiques auxquelles succèdent des vomissements, puis une constipation complète.

A son entrée à l'hôpital, facies grippé, pouls rapide, mais fort, céphalalgie, délire, température 39°6. Le ventre est partout douloureux, mais il semble y avoir un maximum de sensibilité dans la *fosse iliaque gauche.* Il est d'aspect normal, sans rétraction ni ballonnement, et la palpation n'y révèle rien. La fosse iliaque droite est absolument souple, sa sensibilité n'est pas plus exagérée que celle du reste du ventre, on la déprime avec la plus grande facilité, et l'on sent très bien, dans la profondeur, battre l'artère iliaque sur le détroit supérieur. En somme, à part une sensibilité diffuse, un peu exagérée, il n'y a, à l'examen du ventre, aucun signe pouvant expliquer la gravité évidente de l'état général.

Trois heures après son entrée, opération. Anesthésie généralisée à l'éther, sans incidents.

Incision médiane sous-ombilicale de 10 à 12 centimètres. Les anses intestinales sont rouges, injectées, recouvertes d'un léger exsudat et d'un peu de pus. Il y a donc une péritonite diffuse, mais sans collection purulente véritable.

Je vais immédiatement à la recherche de l'appendice qui est rouge, bosselé, et présente, à son extrémité, une perforation de quelques millimètres à peine. Cette extrémité perforée adhère à la fosse iliaque, derrière le cæcum. Résection de l'appendice qui contient une concrétion stercorale.

Lavage du péritoine à l'eau bouillie, drainage et sutures.

Mort, neuf heures après l'opération.

L'autopsie n'a pas été faite.

Je n'ai encore jamais vu, pour ma part, de lésions péritonéales aussi graves donner lieu à des phénomènes locaux aussi incertains : un peu de sensibilité générale du ventre, et c'était tout. C'est vraiment bien peu, et c'est le mode de début de l'affection, heureusement connue, cette douleur subite péri-ombilicale, rapidement suivie de phénomènes généraux graves, qui a décidé de l'intervention immédiate.

La laparotomie sous-ombilicale m'a parfaitement permis, dans ce cas particulier, d'explorer l'appendice, et j'ai pu, en outre, laver facilement, grâce à cette incision, la cavité abdominale tout entière. Il n'en est pas moins évident que j'aurais pu tout aussi bien faire mon incision dans la fosse iliaque droite. Si je l'ai faite sur la ligne médiane, c'est parce que, bien que je fusse convaincu de l'origine appendiculaire du mal, il y avait encore place pour un doute, doute qui s'étendait, d'ailleurs, jusqu'à l'existence même d'une péritonite généralisée. Les signes en étaient si frustes que je n'aurais pas été étonné, en ouvrant le péritoine, de n'y rien trouver d'anormal.

« Je ne voudrais pourtant pas, disais-je aux internes qui m'assistaient... et me poussaient,... je ne voudrais pourtant pas ouvrir le ventre à cet enfant pour une méningite. »

Si je n'avais pas été très exactement renseigné sur le début de la maladie, je me serais abstenu !

Le résultat de mon abstention n'eût certainement pas été pire, et ici, comme dans le cas précédent, le choc opératoire du à l'anesthésie, aux manœuvres intra péritonéales, au lavage, a sûrement hâté une mort que rien ne pouvait conjurer.

Je suis d'ailleurs persuadé que la simple ouverture à la cocaïne, en admettant qu'elle eût pu être faite chez cet enfant, n'eût pas, dans ce cas, donné un bien meilleur résultat. Il s'agissait d'une intoxication suraiguë, d'un empoisonnement massif, sans production sensible de pus. Et tout le monde sait que ce sont les plus mauvais cas. Ce sont ceux où le peritoine ne réagit pas, où la phagocytose est nulle et l'absorption toxique presque foudroyante.

Mais ce sont là des détails qu'il était impossible de connaître par avance, d'autant plus que cet enfant, très vigoureux, semblait lutter contre la maladie. Il avait de la céphalalgie, du délire, le pouls fort, la température voisine de 40 degrés ; et ce sont là des signes d'une intoxication certainement moins grave que celle qui accompagne la septicémie à forme dépressive, à pouls misérable, à température algide. L'enfant n'en est pas moins mort, et mort rapidement.

OBS. III. — *Occlusion intestinale avec péritonite. Laparotomie. Mort.* — Femme X..., trente ans, opérée le 21 août 1895, à l'hôpital Cochin.

Cette malade a été conduite à l'hôpital dans la soirée. Elle est malade depuis le 18. Ce jour-là, elle a été prise assez brusquement de douleurs abdominales. Les choses ont été en s'aggravant peu à peu.

Au moment où je l'observe, le ventre est très ballonné, très douloureux, les vomissements sont constants, porracés, le facies est grippé, le nez pincé, le pouls insensible, les membres supérieurs et inférieurs refroidis jusqu'à leur racine. Malgré ce refroidissement périphérique, la température vaginale est de 40 degrés.

La lucidité de la malade est complète. Elle raconte, avec beaucoup de clarté et de précision, l'histoire de sa maladie. Malgré l'état presque désespéré de la malade, je me décide à intervenir.

Demi-anesthésie avec un peu d'éther. Laparotomie médiane. Les anses intestinales congestionnées, recouvertes de quelques fausses membranes, sont absolument distendues. L'exploration du petit bassin permet de sentir les trompes malades et adhérentes. A ce moment, quatre ou cinq minutes à peine après le début de l'opération, la malade meurt sur la table.

A l'autopsie, occlusion intestinale déterminée par une bride fibreuse qui étrangle l'extrémité de l'iléon, près du cæcum.

L'événement a montré que j'eusse mieux fait de m'ab-

---

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 549.

stenir. La malade était mourante, je ne pouvais pas la sauver. C'est ici, avant tout, sa lucidité extraordinaire, son intégrité cérébrale absolue et aussi son exceptionnelle beauté qui m'ont forcé la main et fait opérer presque malgré moi. « Il n'est pas possible, disais-je aux internes, de laisser ainsi mourir une femme jeune, intelligente et belle, sans essayer de la sauver. » Ce sont là, je le répète, les seules raisons qui m'aient fait agir. Elles sont sans valeur aucune, je l'accorde, mais elles n'en existent pas moins, et elles ont suffi pour entraîner ma décision.

Il est certainement très facile de dire qu'il eût mieux valu n'y pas céder. Mais ceux-là seuls auraient le droit de me faire ce reproche qui peuvent avoir la certitude de ne s'être jamais laissé entraîner à un acte opératoire sans des raisons claires et précises, de ne jamais avoir connu cette sorte d'indifférence cérébrale qui fait que, dans certains cas douteux et difficiles, c'est une circonstance accessoire, une raison souvent inappréciable, une impression fugitive, parfois même une sorte de paresse intellectuelle à discuter des indications délicates, qui font que l'on opère ou qu'on n'opère pas.

Cette digression peut paraître oiseuse et déplacée. Elle me semble, à moi, des plus utiles, parce qu'elle montre admirablement combien, en face de certains malades, l'incertitude peut être grande, combien l'indécision peut être légitime, et comment, lorsqu'on se décide, c'est souvent pour des raisons qui n'ont rien de commun avec tous les beaux principes de la pathologie théorique.

Quoi qu'il en soit, j'ai opéré et mon opération a achevé une malade qui eût peut-être vécu quelques heures encore. Il eût, sans aucun doute, mieux valu la laisser mourir seule. La leçon m'a servi et quelques jours après, appelé auprès d'une malade à peu près dans le même état, je me suis abstenu. Quatre heures après, elle était morte. Elle aussi, vraisemblablement, fût restée sur la table d'opération.

La question de diagnostic dans cette observation est aussi des plus instructives. L'existence d'une affection péritonéale grave s'imposait au premier abord. Mais l'origine en était des plus obscures. Le ventre ouvert, le diagnostic fut même des plus hésitants. L'état des annexes malades, que je sentis en explorant le ventre, me fit penser à quelque rupture salpingienne. L'autopsie seule vint montrer qu'une occlusion intestinale avait causé ces divers accidents.

Il n'en faut pas davantage pour montrer combien ces diagnostics sont souvent précaires, et comment, dans bien des cas, on doit s'estimer très heureux lorsqu'on peut, à défaut de diagnostic, poser, avec quelque certitude, des indications thérapeutiques un peu nettes.

Obs. IV. — *Péritonite diffuse par perforation de l'estomac. Laparotomie. Mort.* — X..., vingt ans, opérée le 3 avril 1896, à l'hôpital Necker.

En pleine santé, la malade est prise de douleurs très vives dans la région de l'estomac; le ventre se ballonne très rapidement. Transportée à l'hôpital, son ventre est distendu, la pression est douloureuse partout, avec un maximum vers l'épigastre. Pouls 130, température 38°5. Pas de vomissements. Devant la gravité des phénomènes généraux, je l'opère immédiatement, à huit heures du soir.

Anesthésie générale au chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, une grande quantité de sérosité louche s'écoule, qui bientôt devient du pus véritable. Le petit bassin en est rempli. Cette abondance de pus dans le petit bassin me fait penser à quelque affection de cette région. L'appendice, l'utérus, les annexes sont sains. Ne trouvant rien, et pour ne pas prolonger l'opération qui a été rapide, mais commence à épuiser la malade, je renonce à chercher ailleurs, je lave à l'eau bouillie, je draine à la gaze stérilisée et je suture. Mort douze heures après.

A l'autopsie, on trouve sur la petite courbure de l'estomac deux ulcérations larges comme une pièce de 20 centimes, perforées à leur centre. Il s'agit certainement d'ulcères simples.

Ici j'aurais dû certainement pratiquer la laparotomie sus-ombilicale. Je n'aurais très certainement pas sauvé la malade, dont l'état était lamentable, je n'aurais peut-être même pas trouvé les ulcères, mais enfin j'aurais eu des chances de les trouver. Mieux vaut évidemment tomber sur le foyer du mal que de s'en éloigner. Si j'ai incisé au-dessous de l'ombilic, c'est parce que, au moment de l'opération, les symptômes s'étaient généralisés et le maximum de douleurs épigastriques n'était pas extrêmement net. Dans ces conditions, n'étant pas absolument certain d'un point de départ gastrique, je pensais pouvoir mieux explorer et mieux drainer en explorant en plein ventre. J'ai mieux drainé certainement, mais mon exploration a été tout à fait insuffisante.

Dans ces conditions, le point de départ de la douleur est évidemment le symptôme dominant, c'est celui sur lequel il faut se régler dans le choix de son incision. J'y reviendrai plus loin. Aujourd'hui, dans des circonstances identiques, j'inciserais certainement au-dessus de l'ombilic.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE

Préparations contre les morsures des punaises, des puces ou des cousins (Brocq et Jacquet).

Huile de camomille camphrée	100 grammes.
Baume styrax pur	20 —
Essence de menthe	5 —
Ou :	
Huile d'olive	20 grammes.
Onguent styrax	25 —
Baume du Pérou	5 —
Ou encore :	
Naphtol β . . . . 5 à	10 grammes.
Ether	q. s. pour dis.
Menthol. . . . 25 centigr. à	1 gramme.
Vaseline	100 grammes.

VARIÉTÉS

Dans une conversation que je tenais naguère avec un de nos plus distingués confrères, et où, contrairement à l'assertion du poète, je vantais ma profession pour l'indépendance qu'elle procure, la dignité de la vie qu'elle permet, le travail intellectuel auquel elle oblige, j'allai jusqu'à dire : « Dans la médecine, on ne vieillit jamais. » Un sourire imperceptible et aussitôt réprimé sur les lèvres de mon interlocuteur, qui est un homme de science et de savoir-vivre, m'avertit que mon expression avait dépassé ma pensée. La vieillesse impitoyable exige de nous tous son tribut, depuis celle à qui notre grand chansonnier disait :

« Vous vieillirez, ô ma belle maîtresse, » jusqu'à notre illustre Pasteur, qui vivait dans un repos forcé durant les dernières années de sa vie.

Mais s'il n'est plus permis à un praticien, déjà dans son quinzième lustre, de suivre d'un pas soutenu ceux qui ouvrent des voies nouvelles à la science, il ne lui est pas défendu de venir glaner derrière eux et leurs devanciers, ne fût-ce que pour obéir à ce besoin de connaître qui est comme la caractéristique de notre profession et que j'ai si mal traduit.

Or, parmi les maux qui affligent l'humanité et avec lesquels la médecine lutte avec le plus d'impuissance, la tuberculose est sans contredit au premier rang. Beaucoup, et je suis de ce nombre, se sont laissé tenter par l'étude de cette grande question qui est à l'ordre du jour.

Mais chacun, dans cette vaste entreprise, utilise les instruments qu'il a à sa portée. Pour ma part, n'habitant pas un grand centre scientifique, n'ayant pas de laboratoire à ma disposition, j'ai dû me priver des recherches bactériologiques et expérimentales et me contenter de la clinique et de la bibliographie.

C'est un champ d'observations qui n'est pas à dédaigner, comme j'espère le démontrer.

Deux cas de guérison de la phtisie pulmonaire (1).

Depuis les beaux travaux de l'École pastorienne, on peut dire que la lutte contre la tuberculose n'a pas cessé d'être à l'ordre du jour dans le monde médical. Malheureusement tous les efforts développés dans ce but sont restés infructueux, à part les améliorations obtenues par le traitement purement hygiénique. Les inoculations pratiquées dans un but préventif ou curatif l'ont été sans succès et nous en sommes à chercher le sérum qui fera disparaître ou atténuera cette terrible affection. Les espérances qu'avait fait naître la fondation de l'œuvre de la tuberculose n'ont pas été réalisées, peut-être parce que, dans l'enthousiasme du premier moment, on a fait la part trop large aux études expérimentales au détriment des études cliniques. Dix ans bientôt d'efforts exclusifs et infructueux nous ont démontré que la clinique n'avait pas perdu ses droits, qu'elle ne devait plus être reléguée au second plan et qu'elle devait marcher de pair avec l'expérimentation physiologique pour lui prêter son appui.

C'est pour ce motif que nous publions une observation de guérison de la tuberculose que nous avons trouvée dans nos recherches bibliographiques et qui nous a paru curieuse.

On trouve dans les « Observations de médecine » de Lazare Rivière (2e édition, 1688, p. 689), celle qui suit :

« UNE PHTHISIE

Un certain Catalan, âgé d'environ quarante-quatre ans, d'un tempérament sanguin et atrabilaire, ayant été atteint, il y a environ deux ans, ainsi qu'il racontait, d'une légère pleurésie, et soit que par son peu de soin, soit par celui du médecin qui le traitait, les remèdes requis à cette maladie furent négligez, il devint phthisique ; car pendant trois ans, par un crachement de sang mêlé de pus, il devint tellement maigre, que les os (comme on dit vulgairement) lui avaient percé la peau ; cependant la toux l'inquiétait si fort qu'il ne lui permettait pas de dormir tant soit peu, à raison de l'abondance de la matière purulente, que la nature chassait par la trachée artère, dans laquelle elle semblait boüillir et lui ôtait la liberté de respirer : m'ayant donc prié de lui donner mes avis, ainsi que MM. les médecins d'Avignon, et n'ayant rien obmis de tout ce qui semblait concourir au recouvrement de sa santé, par l'ordre donné de toutes les choses que peut fournir l'art, desquelles ne recevant aucun soulagement, je lui conseillai de consulter MM. Schiron et Rondellet, professeurs à Montpellier, pour en recevoir des avis favorables, comme de l'oracle d'Apollon, que sans doute ils lui enseigneraient quelques remèdes comme ayant non seulement l'esprit fort éclairé, mais aussi étant fort expérimentés à chasser les maladies et qu'enfin, s'ils ne le guérissaient pas entièrement du moins, il s'en trouverait mieux, afin de passer sa vie si misérable, laquelle ne lui permettait aucun repos : ny aucun appétit des viandes : car il disait qu'il aimait mieux mourir que de prolonger une vie qui lui était plutôt une mort. Doncques, ces scavants médecins de Montpellier, ayant examiné tout ce que nous lui avions ordonné : ils n'y ajoutèrent rien de plus, si ce n'est qu'il mangeât fort souvent des écrevisses de rivière, cuits dans l'eau d'orge et des tortues de forest, y ayant joint certaines formules de remèdes appelez pandaliones, renvoyèrent le malade au mont Tabias, c'est-à-dire en des lieux ayant du raport et de la ressemblance au tempérament du mont Tabias, proche de Rome : scavoir exposé à un air serain, région ou lieu élevé et sec.

Comme il était déjà dans un extrême ennuy de sa vie, l'ayant passée pendant quatre ans dans une semblable maladie, remplie de déplaisirs et d'inquiétudes, en me serrant la main droite : « Je vous conjure, au nom de Dieu, me dit-il, de me délivrer de cette fâcheuse maladie, ou en hazardant les derniers remèdes, ostez-moy la vie, je m'en attribueray toute la faute et vous en absoudray. — Puisque vous le désirez ainsi, lui réponds-je : j'expérimenterai en vous un remède recommandé par Galien, prince des médecins, car il décrit un certain parfum aux vieilles toux : scavoir les trochisques faits d'orpigment dont il faut recevoir la vapeur par la bouche, il ne me reste que ce seul remède par lequel plusieurs presque désespérez et abandonnez ont été rétablis et partant je vous exhorte d'en faire l'essay, puisque tous les autres remèdes vous ont été inutiles. J'avoüe à la vérité que cette sorte de remède est au-dessus de vos forces ; mais il faut que vous en usiez au commencement en si petite dose que par notre conjecture vous puissiez les y proportionner. » Enfin, il commença le soir de recevoir par la bouche, par un entonnoir, la fumée de ces trochisques mis sur les charbons ardens. Le lendemain que je fus le voir, il me protesta qu'il n'en voulait plus user, parce qu'il croyait que cette fumée le devait étouffer, s'il continuait ce remède. Mais je continuay de l'exhorter d'essayer encore un peu ce parfum : Qu'arriva-t-il la nuit suivante?

Quelque temps après avoir respiré cette vapeur des trochisques, il fut surpris d'un si grand tremblement que le lit dans lequel il était couché en était ébranlé comme si c'eût été un tremblement de terre : lui, croyant être au dernier moment de sa vie, m'envoya un petit garçon pour le venir voir au plutôt, je ne voulus pas l'abandonner dans un état si pressant et si pitoyable, et, comme il me vit entrer : « Parce que je n'ay pas voulu m'abandonner à mon propre sort, sans vous dire adieu, c'est pourquoi j'ai voulu vous appeler maintenant pour la dernière fois, afin de me voir dans ce misérable état. » Mais comme je luy eûs touché le poux au carpe, je le trouvai ondoyant avec beaucoup de forces vitales : je l'assurai, par mon prognostic, qu'il lui arriverait bientôt une sueur copieuse, laquelle vint véritablement et si grande que les matelas et les draps de son lit en furent aussi mouillez que si (comme dit le proverbe) l'on les eût plongé dans la rivière; ensuite de cela, il fut

(1) *Bull. de la Soc. méd. de l'Yonne.*

accablé d'un doux sommeil et du repos qu'il désirait depuis longtemps, sans toux, ni crachat; enfin il recouvra sa santé parfaite et a vécu dans cet état *plus de quinze ans après*. Au reste, il y a ici sujet de s'étonner d'où pût sortir tant de sueur d'un corps si sec, si maigre et si décharné. Cela est véritablement arrivé à l'Isle dans les premières années que je pratiquais la médecine. J'en ay fait le récit à M. Rondelet, comme la chose s'était passée; il a admiré une si prompte guérison d'une telle maladie et m'a promis qu'il rapporterait dans ses commentaires l'histoire de cette maladie. »

Si cette observation qui a été transcrite intégralement avec son style et son orthographe pouvait encore laisser des doutes chez certains esprits critiques portés à voir plutôt une pleurésie chronique avec perforation des bronches qu'une véritable phtisie pulmonaire, nous pouvons en citer une autre tirée du même auteur et où cette fois le diagnostic ne fait pas de doute.

Observations de Lazare Rivière (2e édition, *Centurie IV*, observation 92, page 512). — Guérison d'une phtisie communiquée par contagion.

« La malade, âgée de quinze ans, avait contracté sa maladie auprès de sa sœur, laquelle avait donné du lait pendant quelques jours à M. l'abbé de Saint-Paul qui était mort phtisique depuis deux mois. Or, ladite sœur, âgée de vingt-deux ans, d'une bonne habitude, mourut aussitôt après de la même maladie.

La jeune fille qui n'avait pas encore eu des menstrues avait fièvre lente depuis trois semaines avec une toux fâcheuse continuelle, dégoût, difficulté de respirer, maigreur universelle de tout le corps et veilles continuelles. On lui appliqua deux cautères à la partie postérieure du cou; après cela des bouillons durant quinze jours avec la racine de *squine*, les feuilles de buglosse, de tussilage, de pulmonaire et des raisins de Corinthe. »

Que prouvent ces observations?

Non pas seulement que la phtisie pulmonaire est susceptible de guérison — ce qui a été démontré il y a longtemps par les autopsies faites à la Salpêtrière et plus récemment par les *recherches* de Brouardel sur les sujets transportés à la Morgue et ayant succombé à une mort violente — mais qu'elle peut guérir encore par des moyens thérapeutiques trop délaissés aujourd'hui.

Avec un engoûment bien compréhensible par les succès éclatants de la doctrine pastorienne, la médecine, renonçant à la voie de l'empirisme, lui a demandé et lui demande encore un sérum efficace contre la tuberculose. Or, si on ne peut accuser la méthode expérimentale de nous avoir fait faillite, ce qui serait un sacrilège sous la plume d'un médecin, on doit convenir néanmoins qu'elle ne nous a pas encore donné, dans l'espèce, tous les résultats qu'on en espérait. En attendant cette heureuse découverte, nous ne pouvons rester dans l'inaction et il n'est pas défendu de suivre les anciennes voies tracées. L'empirisme est une de celles-là, la première et néanmoins la plus suivie encore, bien qu'elle aille en se rétrécissant chaque jour à mesure que la physiologie pathologique classe et coordonne ses découvertes et leur donne une explication scientifique.

Dans les deux observations citées plus haut, on vante l'efficacité des vapeurs arsenicales et des tisanes sudorifiques de squine et de gaïac. Pour ne parler que des premières, de l'arsenic administré à l'état de vapeurs, on sait qu'elles ont été appréciées de façons diverses. Le docteur Paris dit, en parlant des ouvriers des mines de cuivre du Cornouailles et du pays de Galles, qu'ils jouissent d'une assez bonne santé.

L'action des vapeurs arsenicales a été constatée par le docteur Walt qui, dit-il, s'étant exposé, dans une chambre close, aux vapeurs de six grains d'acide arsénieux, n'éprouva rien durant le jour; mais, la nuit suivante, après deux heures de sommeil, il se réveilla dans un état d'anxiété extrême, avec constriction à la trachée-artère et céphalalgie. Le pouls était irrégulier, mais fréquent. Le lendemain, *après avoir sué*, il conservait encore de la céphalalgie. Des phénomènes analogues, mais plus intenses, eurent lieu chez un autre expérimentateur, comme chez le malade de notre première observation; l'auteur en conclut que ces vapeurs ont une action spéciale sur les voies respiratoires.

Trousseau et Pidoux, qui y ont eu recours, mais d'une façon timide, en administrant ces vapeurs sous forme de cigarettes dont on aspirait quatre ou cinq gorgées deux ou trois fois par jour, disent n'avoir pas guéri, mais avoir obtenu une suspension des accidents *fort extraordinaire* dans une maladie dont rien ne retarde la marche fatale. Toutefois nous avons un vague souvenir d'avoir lu quelque part qu'ils recommandent avec instances de ne pas recourir aux fumigations d'orpiment. Ces auteurs ont-ils eu sujet de s'en plaindre? Ont-ils employé le remède d'une façon trop timide? Ils ne le disaient pas et, d'ailleurs, leur affirmation ne pourrait prévaloir contre une bonne observation. Tout homme, en effet, en matière d'observation, peut se tromper. Bien avant eux le vieillard de Cos a dit : *Judicium difficile* et les auteurs dont nous parlons n'ont-ils pas justifié l'aphorisme en proscrivant d'une façon absolue, dans le traitement de la phtisie, les préparations ferrugineuses dont beaucoup de praticiens de nos jours ne se font pas faute d'user?

Il est inutile d'insister sur ce sujet. Tous les médecins sont d'accord pour reconnaître à l'arsenic une certaine efficacité contre la maladie qui nous occupe et ils ne diffèrent que sur son mode d'action. Ils lui attribuent surtout un effet reconstituant qui procède des voies digestives. Mais à l'état de fumigation, s'il entre dans la composition des préparations anti-asthmatiques, nous ne le voyons pas employé contre la tuberculose et, pour ce motif, le fait que nous citons mérite bien d'être tiré de l'oubli.

Quant aux préparations de squine et de gaïac, autrefois très en honneur parmi les anciens, aujourd'hui délaissées ou inconnues de notre génération médicale et dont les effets ne nous semblent pas à dédaigner, si on en juge par le fait que nous citons plus haut et par un autre encore contenu dans le même auteur, rien ne contre-indique leur emploi aujourd'hui.

Les médicaments les plus préconisés contre la tuberculose, la créosote, les eaux sulfureuses, etc., ne produisent que de l'amélioration et chez certains malades ne sont pas exempts de tout reproche.

Puisque le sérum, efficace contre cette redoutable tuberculose, est encore à trouver, la médecine ne doit pas rester dans l'expectative. Elle doit lutter avec toutes les armes que l'expérience des siècles, disons le mot, que l'empirisme a mises à sa disposition. Les inhalations de vapeurs d'orpiment et les préparations des bois dits sudorifiques sont de ce nombre et elle doit d'autant plus y recourir que leur usage n'est pas incompatible avec le traitement dit hygiénique, le seul qui ait donné de bons résultats jusqu'à ce jour, comme on en peut juger par les statistiques des divers sanatoria.

En terminant, nous devons attirer l'attention sur les deux faits saillants qui ressortent de la première et principale observation : l'action instantanée des vapeurs arsenicales, la crise effroyable qui s'en est suivie et à laquelle a succédé rapidement un bien-être et une guérison qui s'est maintenue pendant quinze ans. La guérison ne se produit pas d'ordinaire avec cette rapidité ; elle se manifeste peu à peu et d'une façon si insensible qu'à la fin on ne sait plus à quelle médication l'attribuer, parmi toutes celles que le malade a suivies, abandonnées puis reprises.

Ces observations ne sont pas les seules, nous en sommes persuadé, qui se trouvent consignées dans les annales de la médecine. L'auscultation, la lithotritie ne sont-elles pas restées enfouies pendant des siècles dans les ouvrages des anciens? Pourquoi le remède contre la tuberculose ne s'y trouverait-il pas caché, soit dans ces ouvrages didactiques des siècles précédents et qui reflètent les idées des écoles dominantes à leur époque, soit dans quelqu'une de ces nombreuses revues périodiques qui, par leur multiplicité, nuisent à elles-mêmes et à la science ? Heureux le mortel qui découvrirait cette perle plus précieuse que le mercure ou le quinquina!

C'est un but que peuvent se proposer tous les praticiens, amis des progrès de la science, qui n'habitent pas les grands centres et n'ont pas de laboratoire à leur disposition. C'est en suivant cette voie que nous avons trouvé les observations qui précèdent et que nous avons jugées dignes d'être tirées de l'oubli.

DIONIS DES CARRIÈRES.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La messe célébrée en l'honneur de nos malheureux confrères, qui ont été si cruellement éprouvés par la catastrophe de la rue Jean-Goujon, a été dite, comme nous l'avons annoncé, samedi à la Madeleine, par M. l'abbé Fonssagrives, fils du professeur Fonssagrives. Un nombre considérable de médecins ont répondu à l'appel de ceux qui ont eu cette bonne pensée. L'Académie de médecine y était représentée par son bureau et beaucoup de ses membres. De même, la Faculté dont le doyen, absent de Paris, s'était fait excuser.

Puisse cette marque de touchante sympathie du corps médical tout entier apporter quelque adoucissement à la douleur de nos pauvres amis.

— *Concours de médecins des hôpitaux.* — Séance du 12 mai : MM. Dupré, 27; Triboulet, 25. — 13 mai : MM. Belin, 28; Méry, 27. — 14 mai : MM. Lion, 29; Hallion, 28.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 12 mai : MM. Launay, 19; Jayle, 18; Souligoux, 16. — 14 mai : MM. Guillemain, 19; Auvray, 18; Delbet, 15.

— *Concours d'accoucheurs des hôpitaux.* — 14 mai : MM. Demelin, 18 1/2; Schwab, 17; Chavanne, 16.

— Par décret, en date du 29 avril 1897, sont nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Lucas, en remplacement de M. Aubry, retraité; maintenu au 117e d'infanterie. — De Tastes, en remplacement de M. Tournade, mis en non-activité pour infirmité temporaire; maintenu au 92e d'infanterie. — Vilmain, en remplacement de M. Brégi, mis en non-activité pour infirmité temporaire; maintenu au 153e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Braün, en remplacement de M. Danjou, retraité; maintenu surveillant à l'école du service de santé militaire; — Labougle, en remplacement de M. Lucas, promu; maintenu au 33e d'infanterie; — Courtet, en remplacement de M. de Tastes, promu; maintenu provisoirement aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Zumbiehl, en remplacement de M. Vilmain, promu; maintenu au 64e d'infanterie.

— Par décret, en date du 10 mai 1897, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Ségard.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Cauvet.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Hutre.

— Par décision ministérielle, en date du 27 avril 1897, M. Coup, médecin aide-major de première classe, hors cadre, à l escouade de spahis soudanais, est réintégré dans les cadres à dater du 16 mai 1897 et désigné pour le 41e d'infanterie. — M. Muller, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, est affecté pour ordre à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 10 mai 1897, des témoignages officiels de satisfaction ont été décernés, pour le dévouement dont ils ont fait preuve au cours de l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi à la Martinique (1896-1897), à l'officier du corps de santé de la marine et aux hommes de troupe d'infanterie et d'artillerie dont les noms suivent :

M. le médecin de deuxième classe Palasne de Champeaux, aide-major au bataillon d'infanterie de marine, à la Martinique; les nommés Jauron, caporal infirmier, et Lemoine, soldat infirmier au même bataillon; Louis, canonnier infirmier à la 8e batterie du groupe d'Afrique et des Antilles.

— *Hôpitaux de Nantes.* — M. le docteur Heurtaux, atteint par la limite d'âge, est nommé chirurgien en chef honoraire. — M. le docteur Malherbe, directeur de l'École de médecine, est nommé chirurgien titulaire des hôpitaux. — M. le docteur Joüon est nommé chirurgien en chef des hôpitaux.

Le concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Ch. Mirallié.

— Lundi 28 juin, aura lieu, à l'hôpital Saint-Joseph, rue Pierre-Larousse, n° 5, un concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires et à cinq places d'internes provisoires. Pour les renseignements s'adresser à M. le docteur Tison ou aux autres chefs de service.

— M. le docteur Grasset est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Riom.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Champeaux (de Felletin); Guérault-Crozat (de Tours), décédé subitement à Châtellerault, le 9 mai courant; Oger (de Nanterre); Régent (de Guéméné-Penfao) et Rouvier (de Pignan).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fêtes de l'Ascension et de la Pentecôte.* — A l'occasion des fêtes de l'Ascension et de la Pentecôte, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés du 25 au 30 mai et du 4 au 8 juin 1897, seront respectivement valables jusqu'aux derniers trains des journées des 1er et 10 juin.

De la voûte plantaire et du pied creux congénital par malformations osseuses, par le docteur Achille Jeanne. Gr. in-8°, 67 pages avec 8 planches. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On connaît les beaux travaux de M. Ollier sur la régénération osseuse, sur les propriétés ostéogéniques du périoste. On sait le grand nombre de faits cliniques sur lesquels s'appuie M. Ollier pour défendre son opinion. Mais il était souvent difficile de se rendre un compte exact de la façon dont l'os se reconstituait. Cette lacune se trouve aujourd'hui comblée par la radiographie, qui permet de faire l'autopsie osseuse sur le vivant. Il était donc tout naturel que M. Ollier s'empressât de recourir à elle pour montrer, pour ainsi dire avec pièces à l'appui, les faits de régénération osseuse sur lesquels, depuis si longtemps, il appelle l'attention du monde savant. C'est cette confirmation qu'il est venu apporter à l'Académie, à laquelle il a montré de superbes radiographies qui permettent de reconnaître très nettement la forme, le volume des os reconstitués et de les comparer aux os similaires du côté sain. Cette intéressante communication de M. Ollier a été suivie d'un échange d'observations entre M. Péan et lui, sur les propriétés ostéogéniques du périoste et sur les avantages que peut présenter la prothèse osseuse immédiate, dont M. Péan a soumis à l'Académie de si beaux exemples.

M. Hayem a appelé l'attention sur une nouvelle maladie ou plutôt une nouvelle forme clinique de maladie stomacale qui intéresse à la fois le médecin et le chirurgien. Ce qu'il y a de particulier dans l'histoire de cette maladie, c'est que, jusqu'à ce que les chirurgiens intervinssent pour son traitement, elle manquait d'autopsies. Expliquons-nous, ne laissons pas croire qu'il s'agit ici d'autopsies *post-mortem* rendues possibles par l'intervention chirurgicale, et hâtons-nous d'ajouter que c'est en opérant et en guérissant ces malades par la gastro-entérostomie que la chirurgie a permis de faire la constatation anatomique de la lésion dont il s'agit, c'est-à-dire de la sténose incomplète pylorique ou sous-pylorique. C'est cette affection qui a fait l'objet d'études particulières de la part de M. Hayem.

Entrevue par plusieurs auteurs, désignée sous différents noms, souvent confondue avec d'autres états pathologiques, cette affection doit être nettement isolée et séparée d'autres états similaires. Symptomatologiquement, elle repose sur un fait capital, bien mis en lumière par M. Hayem : elle est caractérisée par la présence de débris alimentaires mélangés à la sécrétion gastrique, constatée par le lavage fait le matin à jeûn. Lorsque cette constatation a été faite d'une façon régulière et permanente pendant un certain temps, c'est qu'il s'agit d'une sténose pylorique, et il faut alors recourir à l'intervention chirurgicale. Mais est-il nécessaire d'attendre, comme l'a dit, sans doute par erreur, M. Hayem, que le malade en soit arrivé à la période cachectique? Une fois le diagnostic bien établi, n'y a-t-il pas tout avantage à opérer plus tôt que plus tard? M. Robin n'a pas laissé passer sans quelques objections les opinions émises par M. Hayem. Il doit prendre la parole sur le même sujet dans une prochaine séance.

M. Raphaël Blanchard a présenté un ver de 24 centimètres de longueur conservé dans l'eau, immobile pendant le jour, mobile pendant la nuit. C'est un gordius rendu par la bouche par un jeune homme qui, quinze jours auparavant, avait bu de l'eau d'un ruisseau.

Signalons encore une communication de M. Barré sur l'intoxication du sang par les brûlures. Ce travail est à rapprocher d'un article de M. Baardeen, paru récemment dans le *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* et dont la *Revue scientifique* a donné un résumé. D'après cet auteur, comme d'après M. Barré, des brûlures très légères, mais d'une grande étendue, entraînent la mort par empoisonnement du sang. Dans ces cas on trouve, à l'autopsie, des lésions des viscères analogues à celles que l'on observe dans les infections graves aiguës; des substances toxiques semblables aux ptomaïnes apparaissent dans le sang.

Parmi les présentations, nous mentionnerons celle que M. Laborde a faite de la deuxième édition de son livre sur les tractions rythmées de la langue comme le moyen rationnel le plus puissant de ranimer la fonction respiratoire et la vie.

L'Académie a élu, à une grande majorité, M. Rendu membre titulaire dans la section de pathologie médicale en remplacement de M. Straus.

DES STÉNOSES INCOMPLÈTES

PYLORIQUES ET SOUS-PYLORIQUES

Par le docteur Hayem,
Membre de l'Académie de médecine.

Reichmann a, pour la première fois, en 1882, attiré l'attention sur un fait sémiologique qu'il crut pouvoir considérer comme la preuve de la production, dans certains états pathologiques, d'une sécrétion de suc gastrique actif, se faisant à jeun, en l'absence de toute excitation alimentaire. Cinq ans plus tard, il proposa de désigner ce nouveau signe de gastropathie sous le nom de gastro-succorrhée. Il en admit deux variétés, la gastro-succorrhée périodique et la gastro-succorrhée continue. Même pour cette seconde forme, Reichmann n'eut pas la pensée d'en faire une maladie particulière. Ce sont MM. Bouveret et Devic qui ont proposé de donner le nom de « maladie de Reichmann » au syndrome que caractérise essentiellement une hypersécrétion protopathique du suc gastrique, c'est-à-dire une sécrétion continue, ne cessant pas, contrairement à ce qui a lieu à l'état normal, dans l'intervalle de deux périodes digestives.

Il est très fréquent d'observer en même temps une énorme dilatation de l'estomac. A ce sujet, MM. Bouveret et Devic admettent, avec Riégel, que les grandes ectasies gastriques, quand elles ne sont pas dues à la sténose pylorique, appartiennent à la forme permanente de la maladie de Reichmann.

A quel état anatomique correspond au juste ce syndrome? Chez tous les malades sur lesquels je l'ai observé et qui ont succombé, j'ai constamment trouvé un obstacle mécanique à l'évacuation de l'estomac, obstacle siégeant au niveau ou dans le voisinage immédiat de l'orifice pylorique. De même, chez les malades de la même catégorie, qui ont survécu après l'opération de la gastro-entérostomie, on a pu reconnaître pendant le cours de l'opération diverses causes d'obstacles au passage des aliments de l'estomac dans l'intestin. Aussi est-il impossible de distinguer la prétendue maladie de Reichmann de la sténose incomplète du pylore; tous les signes attribués à la première, y compris la gastro-succorrhée, sont précisément ceux de la sténose.

Les causes de rétrécissement incomplet du pylore sont intrinsèques ou extrinsèques (ou des deux ordres à la fois). Parmi les premières, la plus fréquente est l'ulcère qui, tantôt, agit seul (lorsqu'il siège au voisinage du pylore), mais qui, le plus souvent, détermine la sténose incomplète en provoquant une périgastrite; quelquefois aussi il s'agit d'un cancer consécutif à l'ulcère.

Le duodénum est tout aussi fréquemment que l'estomac le siège de lésions irritatives, et souvent ces lésions y sont plus profondes et plus franchement inflammatoires que dans l'estomac. Il me paraît être, en raison de sa situation, de ses rapports avec de nombreux organes, enfin, de sa forme coudée, très exposé à subir des constrictions d'origines diverses. Des faits anatomiques déjà nombreux confirment cette manière de voir. Ils me permettent de conclure à l'existence de deux causes de rétention gastrique par obstacle mécanique au passage des aliments dans l'intestin : la sténose incomplète pylorique (ou portant sur la partie du duodénum voisine du pylore) et la sténose incomplète sous-pylorique siégeant sur un des points de l'anse duodénale, au delà de l'ampoule de Water. Ces deux variétés de sténose donnent lieu, d'après mes observations, à deux affections très voisines l'une de l'autre, mais susceptibles cependant d'être cliniquement distinguées.

Ces faits connus et mis à part, trouvera-t-on, à titre d'exceptions, des cas de rétention gastrique protopathique, permanente, par spasme pylorique? Cela n'est pas impossible, mais pour établir l'existence de cette forme morbide il sera nécessaire de constater, à l'autopsie, l'absence de tout obstacle, non seulement au niveau du pylore, mais aussi au-dessous de lui, sur le trajet du duodénum.

Les sténoses incomplètes, pyloriques ou sous-pyloriques, sont d'un diagnostic facile. On s'appuiera surtout pour ce diagnostic sur la présence *constante*, le matin à jeun (dix à douze heures après la dernière ingestion d'aliments), de liquide stomacal renfermant des débris d'aliments. Quand le liquide de rétention sera abondant et souillé de débris grossiers, facilement reconnaissables sans le secours du microscope, et se rapportant parfois à des aliments déglutis plusieurs jours auparavant, on devra placer le siège de la sténose au voisinage du pylore. Lorsque, au contraire, le liquide résiduel sera peu abondant, coloré quotidiennement ou presque quotidiennement en vert par de la bile, lorsqu'il ne tiendra en suspension que des débris alimentaires assez ténus pour n'être reconnus qu'au microscope, on devra diagnostiquer une sténose sous-pylorique.

Ce qui est difficile dans ces cas, c'est le diagnostic causal. Cependant, il est généralement possible — et c'est de beaucoup le plus important — de reconnaître les sténoses non cancéreuses de celles qui sont dues au cancer, et cela même en l'absence de tumeur accessible à la palpation. En effet, dans le cas de sténose non cancéreuse, les liquides résiduels sont presque toujours pourvus d'acide chlorhydrique libre. Chez les cancéreux, au contraire, ces liquides sont presque invariablement dépourvus d'acide chlorhydrique et présentent, presque toujours aussi, une acidité anormale très élevée.

La connaissance de ces faits comporte des déductions pratiques qui ne me paraissent pas dépourvues d'intérêt.

Les deux formes de sténose incomplète, la pylorique et la sous-pylorique, tout en permettant une survie assez longue, sont certainement des affections graves. Elles rendent l'existence très pénible et entraînent une dénutrition plus ou moins rapide qui, trop souvent, ouvre la porte à une tuberculose secondaire.

Il importe de savoir qu'en raison de son origine mécanique, la maladie résiste à tous les traitements. Les malades, en proie à des douleurs souvent vives, tourmentés par un appétit développé qu'ils ne peuvent satisfaire, sont enclins à essayer les médicaments les plus divers. Ceux-ci ne peuvent qu'aggraver leur état et favoriser le développement de troubles nerveux qui viennent presque invariablement — et plus souvent encore dans les cas de sténose sous-pylorique — se superposer aux troubles gastriques.

Les sténosés ne sont réellement soulagés que par un régime très sévère, généralement assez restreint, et par le nettoyage fréquent de l'estomac. Beaucoup d'entre eux prennent l'habitude de la sonde gastrique et sont portés à en faire abus. C'est là, parfois, un des traits caractéristiques de la maladie.

Le véritable traitement est chirurgical.

A quel moment doit-il être conseillé ?

Il est inutile de se hâter. Dans un certain nombre de cas, surtout lorsque la sténose est d'origine ulcéreuse, on peut voir survenir une amélioration progressive qui, au bout

d'un certain temps, équivaut presque à une guérison. L'ulcère siégeant au niveau du pylore ou dans son voisinage produit, pendant qu'il est floride, un obstacle prononcé et des signes inquiétants de sténose. Plus tard, après la cicatrisation, les signes de sténose disparaissent entièrement ou s'atténuent au point de permettre une assez large alimentation.

Malheureusement ces faits ne sont pas les plus habituels. Dans les autres cas, il arrive un moment où les malades mènent une existence si misérable qu'ils demandent à tout prix un soulagement ou tombent dans un état d'inanition progressive.

L'opération chirurgicale est alors absolument indiquée. Il ne faut pas attendre que la tuberculose toujours menaçante soit déjà déclarée. Ce n'est pas à moi qu'il appartient de dire quelle est l'opération de choix; qu'il me soit permis cependant de déclarer que mes observations personnelles me paraissent favorables à l'emploi de la gastro-entérostomie.

SPASMES DE L'URÈTHRE SPONGIEUX

Par le docteur R. de Bovis,
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Reims.

Le point de séméiologie urinaire que nous voulons rappeler n'a pas en lui-même une bien grande importance pratique. Son seul intérêt est qu'il est discuté, même discutable, et plus souvent nié qu'admis. L'urèthre spongieux est-il susceptible de spasmes? Telle est la question que nous posons à nouveau et que deux faits cliniques nous paraissent résoudre en quelques cas dans le sens de l'affirmative.

Les recherches de la plupart des anatomistes, la clinique et l'expérimentation sont d'accord jusqu'ici pour refuser à la portion spongieuse de l'urèthre le droit aux spasmes : tout au moins à des spasmes appréciables. Robin et Cadiat (1) n'ont trouvé, en effet, que de rares faisceaux striés dans la région pénienne. L'exploration électrique du canal, l'observation clinique, entre les mains de M. le professeur Guyon et de ses élèves, ne font que confirmer la donnée anatomique. Dans les thèses de Guibal (2), Geffrier (3) et Janet (4), si riches en faits, nous n'avons trouvé aucune observation analogue aux nôtres.

Il faut remonter assez haut dans la littérature médicale pour trouver quelques auteurs admettant la possibilité ou citant des cas de spasmes de l'urèthre. Boyer (5), Lallemand (6), Velpeau (7), Bérard (8), Rodriguez (9), Chopart (10), Civiale (11), Bégin (12), Amussat (13), Reybard (14), Voillemier (15), sont de ce nombre. Mais si nous en exceptons Civiale et Reybard, les affirmations de ces auteurs sont vagues et à peu près gratuites; encore l'observation de Civiale est-elle plus que contestable! Quant à l'enclavement des corps étrangers dans l'urèthre, aux chutes des sondes soit à l'extérieur, soit dans l'intérieur de la vessie, etc., tous ces faits, invoqués en faveur du spasme, peuvent recevoir une interprétation différente.

A côté de ces affirmations, pour ainsi dire théoriques, nous trouvons toute la pléiade des pathologistes urinaires classiques, dont les travaux, surtout ceux de M. le professeur Guyon, localisent avec précision les spasmes uréthraux dans la portion membraneuse. Les spasmes de cette région sont en effet les plus importants, pour ne pas dire les seuls à connaître, et les quelques remarques que nous émettons laissent entière la doctrine du maître de l'École de Necker.

Les recherches de Robin et Cadiat, que nous rappelions tantôt, ont montré la pauvreté musculaire de la portion spongieuse. Hancock (1) cependant, se basant sur ses observations anatomiques, soutenait que le spasme pouvait se rencontrer partout et même au méat, autour duquel il décrivait des fibres circulairement disposées comme un véritable petit sphincter. Nous n'avons pu jusqu'ici retrouver la disposition de Hancock, mais les deux observations que nous allons rapporter nous portent à supposer qu'il existe parfois des urèthres dont la musculature dépasse la moyenne, et dont la contractilité se manifeste quand interviennent des conditions favorables.

Observation I. — H..., vingt-deux ans, entré à l'hôpital militaire de Saint-Martin (Paris) en mai 1893, pour fièvre typhoïde. Pendant la convalescence, alors qu'il se levait déjà, H... est pris de rétention d'urine : elle dura une dizaine de jours et nécessita le cathétérisme évacuateur. Nous eûmes l'occasion de le sonder plusieurs fois nous-même. En temps ordinaire, la sonde molle en caoutchouc rouge pénétrait facilement le long de l'urèthre jusque dans la vessie, après avoir subi un temps d'arrêt léger et normal dans la région membraneuse, en présence du sphincter. Mais, un jour, nous sommes fort surpris, le méat à peine franchi, de n'avancer qu'avec la plus grande difficulté; après un trajet de 2 ou 3 centimètres notre sonde s'arrêtait, en dépit des tractions opérées simultanément sur la verge. Pensant que notre sonde était insuffisamment lubréfiée, nous la trempons à nouveau dans l'huile phéniquée et, tendant bien la verge, nous essayons de nouveau d'introduire notre sonde. Celle-ci se reploie dans le canal, mais n'avance pas. Nous prenons alors notre sonde de trousse (métallique). Elle est introduite avec prudence, mais il nous suffit d'une pression modérée pour la faire cheminer jusque dans la vessie. L'urine s'écoula limpide avec une certaine force et non en bavant. Durant le trajet de la sonde, nous n'avons perçu aucun ressaut, aucun frottement, aucune résistance irrégulière. En la retirant, nous éprouvons une résistance légère qui se continue tout le long du canal, et il semblait que la verge voulût en quelque sorte venir après la sonde.

Pas de blennorragie. Pas de symptômes antérieurs de rétrécissement.

Cet incident fut d'ailleurs sans durée ni conséquences : le jour suivant le malade put être sondé à la sonde molle et, deux ou trois jours après, la rétention disparaissait.

Obs. II. — B..., sous-officier rengagé aux sapeurs-pompiers de Paris, trente et un ans.

Ce malade était entré avec des symptômes de myélite ou de méningo-myélite aiguë d'origine grippale, sans doute.

---

(1) Robin et Cadiat. *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1874 et 1877.
(2) Guibal. Th. d'agrég., 1880.
(3) Geffrier. Th. de Paris, 1883-1884.
(4) Janet. Th. de Paris, 1889-90.
(5) Boyer. *Traité des maladies chirurgicales*, 3e édit., t. X.
(6) Lallemand. *Maladies des organes génito-urinaires*, p. 472.
(7) Velpeau. *Traité de médecine opératoire.*
(8) Bérard. *Gaz. des hôpit.*, oct. 1841.
(9) Rodriguez. *Traité des rétrécissements de l'urèthre.*
(10) Chopart. *Traité des maladies des voies urinaires.*
(11) Civiale. *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, t. I, p. 38.
(12) Bégin. Cité par Reybard.
(13) Amussat. Cité par Reybard.
(14) Reybard. *Traité pratique des rétrécissements*, Paris 1853, p. 33
(15) Voillemier. *Traité des maladies des voies urinaires*, p. 379.

(1) Hancock. *Journal of medecine*, Londres 1851.

Des symptômes encéphaliques vinrent bientôt compliquer la situation.

Peu de jours après son entrée, cet homme était dans un état d'inconscience complète; il ne poussait plus que des gémissements ou des sons inarticulés, les membres inférieurs étaient paralysés et contracturés, les articulations des genoux présentaient un épanchement et des troubles trophiques du squelette; les membres supérieurs n'offraient que de la parésie. Rétention d'urine complète qui impose le cathétérisme. Il nous arrivait de le sonder fréquemment nous-même et chaque fois avec la plus grande facilité, au moyen de la sonde molle de caoutchouc rouge.

Dans les derniers jours de la maladie, nous ne fûmes pas peu surpris de ne pouvoir pénétrer *même dans le méat*, ou si faiblement qu'autant n'en pas parler. Il n'existait pas cependant d'atrésie du méat, mais ses lèvres étaient exactement accolées l'une à l'autre et il fallait exercer une pression sur le gland pour les éverser. La sonde molle se ployant dès le méat et n'avançant pas, nous introduisons une sonde métallique. Celle-ci entre à frottement et chemine ainsi tout le long du canal jusque dans la vessie. Les urines s'écoulèrent avec une certaine force : elles n'offraient aucune altération.

Cet état dura vingt-quatre ou trente-six heures et disparut; mais le malade succombait quelques jours plus tard. L'autopsie révéla simplement une légère injection des méninges, de l'encéphale et de la moelle. Il ne fut pas fait d'examen histologique.

Dans ces deux observations, le spasme nous paraît indéniable. Les replis valvulaires du canal peuvent bien arrêter une sonde à une certaine hauteur, mais ce point franchi on retrouve la « libre pratique ». Il en est de même du rétrécissement. Chez notre second malade l'arrêt de la sonde se produisit au méat même, mais il n'y avait pas d'atrésie, comme nous l'avons noté. En présence de cette résistance uniforme, survenant dans un canal libre jusque-là, l'hypothèse du spasme nous semble la seule vraisemblable et la seule acceptable.

Ce qui paraît la corroborer, c'est que, chez nos deux malades, la rétention d'urine semblait liée à un spasme sphinctérien et non à l'atonie vésicale. Geffrier cite un cas de spasme sphinctérien dans la fièvre typhoïde (1); dans les affections nerveuses centrales, accompagnées de phénomènes d'irritation médullaire, ou méningée, les rétentions par spasme du sphincter vésical ne doivent pas être rares.

Quant à la physiologie pathologique de ces petits accidents, elle reconnaît sans doute le même mécanisme que celui indiqué par Geffrier : l'excitation du centre génito-urinaire par le poison typhique, dans un cas, par l'irritation méningée ou spinale, dans l'autre cas. Cette excitation donne lieu en temps normal à une rétention d'urine par spasme du sphincter vésical; chez les sujets, prédisposés par la structure anatomique de leur canal, on pourra rencontrer dans les mêmes conditions un spasme de la portion spongieuse. La difficulté de trouver réunis ces différents facteurs explique la rareté des faits que nous venons de signaler.

D'ailleurs, en raison de leur fugacité et de la simplicité du traitement, ces spasmes ne comportent pas, au point de vue pratique, une thérapeutique bien spéciale. La sonde métallique triomphera toujours sans peine de la faible résistance qu'ils peuvent opposer. Et si nous avons tenu à signaler ces faits, c'est moins pour leur importance que pour le désir de compléter ce petit côté de la physiologie de l'urèthre.

(1) GEFFRIER. Loc. cit., p. 59 (en note).

L'ECTOPIE DU CŒUR A DROITE

CONSÉCUTIVE A LA PLEURÉSIE DROITE

Par le docteur A. COCHEZ,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger.

Depuis la rédaction de mon travail (mars 1897), M. Bard a donné, des déplacements du cœur, une interprétation différente de celle qui était admise jusqu'ici, au moins par les médecins français. Pour lui, le cœur ne se renverse pas de façon à ce que sa pointe se dirige vers la droite. C'est la base, ce sont les gros vaisseaux qui cèdent et sont entraînés à droite du sternum, soit par un épanchement de la plèvre gauche, soit par des adhérences pleurales droites, mais la direction du grand axe du cœur reste la même; la pointe, en réalité, se trouve constamment à gauche de la ligne médiane, et les battements constatés à droite sont produits par les oreillettes ou l'aorte qui se sont rapprochés de la paroi (1).

Je me rallie pleinement aujourd'hui à cette manière de voir que deux autopsies récentes viennent encore corroborer.

L'une est celle du malade de M. Moutard-Martin, atteint d'ectopie cardiaque consécutive à une pleurésie tuberculeuse droite. L'auteur fait remarquer que « le cœur a été simplement attiré à droite ainsi que les vaisseaux de la base sans aucun mouvement de rotation ou de torsion. La pointe correspond exactement au bord gauche du sternum, au niveau du quatrième espace intercostal... » (2).

L'autre constatation anatomique a été faite à l'hôpital de Mustapha, chez un sujet mort d'hydro-pneumothorax gauche. Le cœur, que l'on croyait fortement dévié à droite, était déplacé sans changement de direction, la pointe située au niveau du sternum.

THÉRAPEUTIQUE

Le régime lacté chez les diabétiques.

La fréquence de l'albuminurie, ainsi que des lésions gastriques et hépatiques chez les sujets atteints de diabète, conduit à se demander si le lait ne devrait pas être utilisé chez ces malades. D'autre part, on a soutenu que le sucre de lait, bien que différent de la glucose, pouvait augmenter la glycosurie. On voit, dès lors, quelle est l'importance de cette question au point de vue pathologique.

M. Guillemonat a poursuivi, dans le service de M. Charrin, une série de recherches qui établissent que le lait, pourvu qu'on ne dépasse pas certaines doses, non seulement ne provoque pas l'accroissement de la glycémie, mais en facilite même la diminution. Les recherches de MM. les professeurs Bouchard et Chauveau aboutissent aux mêmes enseignements. L'économie peut, dans les mesures fixées, consommer plus de sucre qu'à l'état normal, mais il ne faut pas dépasser certaines limites; il convient, par exemple, de ne pas donner plus de 3 litres de lait. (*Bull. de thérap.*)

(1) BARD. *Médecine mod.*, 24 mars 1897.
(2) MOUTARD-MARTIN. Soc. méd. des hôpit., séance du 2 avril 1897.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mai 1897. — Présidence de M. Caventou.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale en remplacement de M. Straus. Sur 76 votants, au premier tour de scrutin, M. Rendu obtient 56 suffrages, M. Troisier 9, M. Chauffard 3, M. Joffroy 1, M. Gaucher 1, M. Marie 1, 5 bulletins blancs.

En conséquence, M. Rendu est proclamé élu.

COMMUNICATIONS

Régénération des os. — M. OLLIER (de Lyon) fait une communication sur ce sujet. Grâce à la radiographie, dit-il, nous pouvons faire l'autopsie du tissu osseux sur le vivant. M. Ollier fait passer sous les yeux de l'Académie une série de radiographies représentant des membres opérés à côté du membre sain du côté opposé. On peut ainsi se rendre compte de ce qu'est devenu un os dont on avait enlevé une partie plus ou moins étendue. La première de ces épreuves a trait à une malade chez laquelle M. Ollier a enlevé, il y a huit ans et demi, les quatre cinquièmes du tibia gauche et l'astragale correspondant. On voit sur la radiographie qu'un tibia s'est reconstitué, plus gros, aussi solide, moins long seulement de 2 centimètres que le tibia sain du côté opposé. M. Ollier entre ici dans quelques détails sur la façon dont se reconstituent ces os. Pour le cas actuel, c'est par ascension de l'astragale que s'est opérée la reconstitution du tibia. M. Ollier communique plusieurs cas analogues et démontre ainsi, grâce à ces épreuves radiographiques, qu'ainsi qu'il l'a depuis longtemps soutenu, la reconstitution des os se fait de la façon la plus nette si l'on a eu soin de conserver le périoste.

M. PÉAN reconnaît tout d'abord qu'aucun chirurgien n'a plus fait que M. Ollier pour la chirurgie osseuse. C'est à lui que revient le grand mérite d'avoir montré les propriétés ostéogéniques du périoste. Les greffes osseuses ont également donné des résultats très intéressants. Mais M. Péan rappelle également l'attention de l'Académie sur les avantages de la prothèse immédiate. Il rappelle l'observation de ce malade chez lequel il a remplacé un humérus entier par un os artificiel en caoutchouc durci.

M. Péan rappelle également l'histoire de cette femme chez laquelle il a enlevé la presque totalité du tibia et l'a remplacé par un os artificiel.

M. OLLIER reconnaît les avantages de la prothèse osseuse immédiate, telle que l'a pratiquée M. Péan. Il rappelle, à ce sujet, les travaux de M. Martin (de Lyon), mais il fait observer que les corps étrangers ainsi introduits dans l'économie présentent l'inconvénient de s'user par les frottements, par les mouvements du membre ainsi réparé. Aussi qu'arrive-t-il? c'est qu'à un moment donné on est obligé de retirer ce corps étranger, alors qu'un os nouveau s'est formé. Toutefois, il faut reconnaître les grands avantages que dans certains cas, comme dans ceux de M. Péan, cette prothèse immédiate a pu fournir.

Sténose de l'estomac. — M. HAYEM désire appeler l'attention de l'Académie sur une affection qui intéresse à la fois la médecine et la chirurgie. Il s'agit des sténoses incomplètes pyloriques et sous-pyloriques. (Voir plus haut, p. 582.)

M. ROBIN répondra prochainement à M. Hayem sur la question du spasme pylorique. Il se contente aujourd'hui de ces réflexions :

1° La question des rapports existant entre la sténose pylorique et la maladie de Reichmann n'est pas nouvelle. Elle a été traitée, il y a déjà longtemps, par M. Doyen, dans son livre;

2° Pour ce qui est des sténoses sous-pyloriques, on possède également, et depuis longtemps aussi, des documents importants.

3° M. Hayem dit que la sténose pylorique ne guérit jamais. Cela est vrai, je le reconnais, dans la grande majorité des cas, c'est-à-dire pour les sténoses pyloriques vraies, mais, en revanche, la guérison s'observe habituellement chez les malades qui n'ont que du spasme pylorique d'abord, se transformant plus tard en véritable contracture.

Mais comment diagnostiquer les cas de spasme — dans lesquels il ne faut pas opérer — des cas de sténose vraie, par obstacle matériel, dans lesquels, au contraire, il faut opérer?

La chimie pathologique — et une chimie relativement simple — permet de trancher la difficulté. En effet, s'il s'agit d'un simple spasme pylorique, l'azote des matières fécales et des urines représente la totalité, si ce n'est plus, de l'azote des ingesta. Dans l'hypothèse d'une sténose vraie, organique, l'azote des fèces et des urines représente seulement la moitié environ de l'azote alimentaire. Même disproportion pour les matériaux inorganiques.

Le dosage de l'azote des fèces et des urines ne demande pas plus d'une heure. Pour ce qui est du dosage en azote des matières alimentaires, des tables toutes faites (celles de Kœnig, par exemple) donnent avec précision la quantité d'azote contenue dans une quantité donnée d'un aliment déterminé, le lait par exemple.

M. HAYEM dit que tout le monde admet le spasme pylorique intermittent, si fréquent chez les névropathes, mais il n'a rien de commun avec la sténose vraie dont il s'agit ici. Lorsqu'on trouve d'une façon habituelle, le matin à jeun, un liquide résiduel dans l'estomac d'un malade n'ayant rien pris depuis la veille, ce malade a sûrement une sténose. Or, cette affirmation est nouvelle. Elle n'a jamais été produite, avec preuves à l'appui, ni en France, ni à l'étranger.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'électrothérapie, galvanisation, voltaïsation sinusoïdale, faradisation, franklinisation, haute fréquence, électrophysiologie, électrodiagnostic et électrothérapie (1), par le docteur H. Bordier. Préface de M. le professeur d'Arsonval (de l'Institut).

Après avoir exposé les notions fondamentales sur la production et la propagation du courant électrique, l'auteur aborde l'étude des différentes formes de courant utilisées en électrothérapie et de leurs applications, c'est-à-dire la mesure du courant, la graduation du courant, la modification du sens et l'interruption des courants. Il passe ensuite en revue les phénomènes qui se produisent normalement dans l'organisme humain lorsqu'on le met dans le circuit de chaque source d'énergie électrique, c'est l'électrophysiologie.

L'électrodiagnostic comprend les maladies nerveuses, les variations de la résistance électrique, la gynécologie, etc.

Dans l'électrothérapie proprement dite, l'auteur classe les applications en prenant dans chaque appareil ou système les maladies justiciables de l'une des nombreuses formes d'électrisation, et il indique ce que l'on doit attendre du traitement électrique dans les affections de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, des organes de la digestion, des organes génito-urinaires, des organes génitaux de la femme, du système musculaire, du système articulaire,

(1) In-18, avec fig. Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

du système nerveux de la peau et des organes des sens.

Dans sa préface, M. d'Arsonval s'exprime ainsi : « L'école à laquelle appartient l'auteur le dispense de toute recommandation auprès des praticiens. Le docteur Bordier, en effet, est un des élèves distingués du professeur Bergonié (de Bordeaux) : auprès de ce maître éminent il a puisé, non seulement les connaissances théoriques aujourd'hui indispensables à tout électrothérapeute, mais il a suivi au lit du malade l'application de ces principes dans le service clinique modèle installé et dirigé par M. Bergonié.

Voici, maintenant, l'opinion de M. Bergonié : « Je suis un peu embarrassé pour donner de ce livre le compte rendu élogieux qu'il mérite, car M. Bordier a puisé, dans mon enseignement théorique et dans ma pratique hospitalière, beaucoup du fond et un peu de la forme de son livre. Il s'est occupé avant tout d'écrire un livre de thérapeutique.

La description des méthodes scientifiques et éprouvées, fait de ce livre un des meilleurs et des plus propres au progrès de l'électrothérapie. »

Des avantages de l'hydrothérapie hivernale avec observations à l'appui (1), par E. Duval, lauréat de l'Institut (Académie des sciences), etc.

Le travail de notre distingué confrère a été présenté à l'Académie de médecine par le docteur Joannès Chatin en des termes qui ne font que rendre justice aux travaux de l'auteur :

« Évoquant le souvenir des cures réalisées jadis à Grœfenberg par Priessnitz, les expliquant et les précisant par de nombreuses observations qui lui sont personnelles et dont l'ensemble se trouve annexé à son Mémoire, M. le docteur Duval met en pleine lumière les avantages de l'hydrothérapie pratiquée à des températures chaudes ou tièdes.

La médication n'agit efficacement qu'en portant à leur maximum les réactions qu'elle provoque sur l'enveloppe cutanée, les mouvements intimes qu'elle détermine dans les actes de nutrition et de dénutrition, les actions réflexes auxquelles elle donne naissance. Or, ces réactions, ces mouvements intimes, ces actions réflexes se manifesteront avec d'autant plus de rapidité et d'intensité que la différence sera plus considérable entre la température extérieure et celle du corps, parce que celui-ci devra dès lors dépenser plus d'activité pour ramener à la peau le colorique que l'application froide lui a instantanément enlevé.

Riche en faits nouveaux et pleinement démonstratifs, le travail de M. le docteur E. Duval sera lu avec autant d'intérêt par le physiologiste que par le clinicien. »

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1897 (2), par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de première classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le docteur Huchard, médecin des hôpitaux.

Les Formulaires ayant quelques années de date ne répondent plus aux besoins actuels, tant la matière médicale s'est transformée par de nombreuses acquisitions.

Le *Formulaire* de Bocquillon est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1897 contient un grand nombre d'articles nouveaux introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même des plus récents.

Citons, en particulier : Actol, Airol, Amygdophénine, Antinosine, Apolysine, Argonine, Benzacétine, Bismal, Bromure d'hémol, Caféine, Caféinate de fer, Chloralose, Citrophène, Cocaïne, Cuprohémol, Eosote, Eucaïne, Eudoxine, Ferripyrine, Ferrostypine, Gallicine, Gélante, Glutol, Glycérophosphates, Hémogallol, Hémol, Hypnoacétine, Icthyol, Iodates métalliques, Iodoformine, Itrol, Kola, Lysidine, Menthol, Myronine, Nosophène, Nutrose, Orphol, Phosphergot, Pipérosine, Pixol, Protogène, Pyrantine, Quinosol, Résorcine, Salantol, Salipyrine, Salithymot, Salophène, Sanoforme, Somatose, Strophantus, Sublimophénol, Tannalbine, Tannoforme, Tannigène, Trional, Thiosinnamine, Urotropine, Xéroforme, etc., et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, introduites récemment dans la thérapeutique.

Dans le *Formulaire des médications nouvelles*, que le docteur Gillet vient de faire paraître et qui est le complément nécessaire du *Formulaire des médicaments nouveaux*, on trouvera des détails complets sur l'Antisepsie, les Badigeonnages antifébriles, les Bains froids, les Enveloppements froids, les Injections d'extraits organiques (Sequardine, Suc thyroïdien, Suc capsulaire, etc.), les Injections sous-cutanées de sels mercuriels, la Sérothérapie, le Stypage, la Vaccination antirabique, etc.

(1) In-8°, 2e édit., revue et considérablement augmentée. — Paris, chez l'auteur, 15, rue Chateaubriand.

(2) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Lion (G.-C.), Le Noir et Mosny.

— Le jury du nouveau concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris est définitivement composé de MM. Delpeuch, Dieulafoy, Lancereaux, Landouzy, Hayem, Moissenet et Routier.

— Le jury du nouveau concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris est provisoirement composé de MM. Anger (Th.), Pozzi, Sée (Marc), Anger (B.), Humbert, Monod et Renault.

Les candidats, au nombre de vingt-huit, sont : MM. Auvray, Banzet, Benoît, Bernard, Bouglé, Brodier, Cazin, Chevalier, Chipault, Clado, Delbet, Demars, Genouville, Glantenay, Guillemain, Jayle, Launay, Longuet, Manson, Mauclaire, Michon, Morestin, Peraire, Reblaud, Regnauld, Reymond, Souligoux et Thiéry.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 17 mai : MM. Clado et Morestin, 19 ; Bouglé, 15.

— *Concours d'accoucheurs des hôpitaux.* — Séance du 18 mai : MM. Bouffe de Saint-Blaise, 18 ; Wallich, 17 ; Dubrisay, 16.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés : 1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Angeard (de Mareuil-sur-le-Lay) ; Brard (de La Rochelle) ; Desaivre (de Niort) ;

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Davillé (de La Caillère) ; Émerit (de Saint-Jean-d'Angély) ; Filhon (de La Roche-sur-Yon) ; Gilson (d'Angoulême) ; Godet (des Sables-d'Olonne) ; Noblen (de Pont-Château) ; Quinemant (de Niort) ; Vidal (de Mussidan).

— Par décision ministérielle, en date du 27 février 1897, M. Finot, médecin aide-major de première classe au 23e dragons, est mis à la disposition de M. le ministre des Colonies pour être affecté à l'escadron des spahis soudanais. M. Finot sera mis hors cadre à dater du jour de son embarquement.

— M. le docteur Bailly est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Chambly.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 59. — SAMEDI 22 MAI 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 22 MAI 1897. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'otite moyenne tuberculeuse chronique.

Par le docteur H. MONSCOURT.

La connaissance exacte de l'otite moyenne tuberculeuse est de date récente. Toutes les inflammations chroniques de l'oreille moyenne étaient confondues, sans aucune distinction d'origine, sous le nom général et vague d'otites moyennes suppurées ou chroniques, jusqu'au jour où Robert Koch découvrit le bacille de la tuberculose.

C'est seulement depuis cette époque (1882), et par les examens bactériologiques ou les études anatomo-pathologiques, qu'on distingue plusieurs espèces d'otites.

Elles ont, chacune, un microbe différent : streptocoque, staphylocoque, pneumocoque ; on y trouve aussi le bacille de Koch. L'otite moyenne *spéciale* des tuberculeux, comme l'on disait autrefois, est donc bien une maladie *spécifique*, l'otite moyenne tuberculeuse.

I

HISTORIQUE. — Eschlé (1) est le premier, en 1883, qui ait constaté le bacille de la tuberculose dans les sécrétions de l'oreille.

L'année suivante, en 1884, Nathan (2) constate 12 fois le bacille de la tuberculose dans 40 cas d'otorrhée ; et Gottstein (3) le trouve également dans les écoulements de l'oreille.

En 1885, Habermann (4) commence ses recherches anatomo-pathologiques sur la tuberculose de l'oreille ; il les continue en 1888 et 1889.

A la Société médicale des hôpitaux, Edgard Hirtz (5) signale, en 1887, plusieurs cas d'otite chronique, de nature tuberculeuse, qui ont débuté vers l'âge de cinq à six ans, et déterminé, à dix-huit ou vingt-trois ans, l'éclosion de méningite tuberculeuse, à forme insidieuse.

(1) ESCHLE. *Deuts. med. Wochens.*, 1883.

(2) NATHAN. *Inaug. Dissert.*, München 1884. — Du bacille tuberculeux dans l'otorrhée, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1884.

(3) GOTTSTEIN. Du bacille tuberculeux dans les écoulements de l'oreille, *Arch. of Otol.*, 1884.

(4) HABERMANN. *Zeits. f. Ohrenheilk.*, 1885 ; — *Id.*, 1888 ; — *Prag. med. Wochens.*, 1888 ; — *Berl. klin. Wochens.*, 1889.

(5) E. HIRTZ. Otite purulente chronique, Soc. méd. des hôpit., 1887.

Wolf [de Francfort] (1), puis Eitelberg (2), en 1888 ; Bobone (3), Lavrand (4), en 1889, rapportent des cas de tuberculose de l'oreille moyenne.

Krepuska (5), en 1891, observe un cas de tuberculose miliaire primitive du tympan avec carie consécutive du rocher, et, chez un autre malade, trouve, dans la caisse, des polypes dont les fragments contiennent des bacilles.

Nous citerons encore Moos (6), puis Cohnstadt (7), Umpfenbach (8), Prantois (9), 1892 ; Schwartze (10), Aslanian (11), 1893 ; Knapp (12), Guranowsky (13), Zaufal (14) qui décrit 2 cas de tuberculose primitive de l'oreille, Hartmann (15), 1894.

Enfin, en 1895, Macewen (16) trouve que, chez deux enfants morts de méningite tuberculeuse, le point de départ des

(1) WOLF. *Tageblatt der 60e Versammlung deutscher Naturforsche und Ærzte in Wiesbaden*, 1887.

(2) EITELBERG. Évolution lente de l'otite moyenne dans trois cas de tuberculose, *Arch. of Otol.*, 1888.

(3) BOBONE. Différentes formes d'otite moyenne purulente chez les tuberculeux, *Bollettino delle Malattie dell' Orecchio, della Gola e del Naso*, 1889.

(4) LAVRAND. Tuberculose récente de l'oreille moyenne, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1889.

(5) KREPUSKA. Tuberculose de l'organe de l'ouïe, Internationale klinische Rundschau, in *Pester med. chir. Presse*, 1891.

(6) MOOS. *Berlin. klin. Wochens.*, 1890. — Du rôle des micro-organismes dans les affections de l'oreille moyenne et leurs complications, *Deuts. med. Wochens.*, 1891.

(7) COHNSTADT. Contribution à l'étude de la tuberculose du labyrinthe, *Monats. f. Ohren.*, 1892.

(8) UMPFENBACH. Ueber die tuberkulösen Erkrankungen des Ohres, *Dissert. inaug.*, 1892.

(9) PRANTOIS. Paralysie faciale gauche..., carie tuberculeuse restreinte du rocher, *Rev. méd. de l'Est*, 1892.

(10) SCHWARTZE. *Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Ohres*, 1885 ; — *Handbuch der Ohrenh.*, 1893.

(11) ASLANIAN. Otite moyenne tuberculeuse..., *Marseille méd.*, 1893

(12) KNAPP. *Arch. of Otology*, vol. XXIII.

(13) GURANOWSKI. Un cas d'inflammation tuberculeuse de l'oreille moyenne, *Monats. f. Ohrenh.*, 1894.

(14) ZAUFAL. Les micro-organismes des otites, *Prag. med. Wochens.*, 1888 ; — Rapport des micro-organismes avec les maladies de l'oreille et leurs complications, *Monats. f. Ohrenh.*, 1890 ; — *Arch. f. Ohrenh.*, 1894.

(15) HARTMANN. *Handbuch der Ohrenh.*, 1890.

(16) MACEWEN. Complications cérébrales en rapport avec les otites, *Brit. med. Journ.*, 1895.

lésions était manifestement un foyer tuberculeux de l'oreille moyenne; Milligan (1), sur 10 cas, constate, après inoculation, que 8 sont de nature tuberculeuse, et Hegetschweiler (2) publie 39 cas de tuberculose de l'oreille.

Si, à ces cas nombreux de tuberculose de l'oreille, nous ajoutons nos 9 observations personnelles dont nous relatons l'histoire ailleurs (3), nous pouvons dire, à juste titre, que la tuberculose de l'oreille est fréquente, ou beaucoup plus, du moins, qu'on ne pense généralement. Il suffit, pour s'en convaincre, de faire, d'une façon systématique l'examen, bactériologique de toutes les otites que l'on rencontre : l'otite tuberculeuse veut qu'on la recherche.

II

Tuberculose primitive et secondaire. — Puisqu'il y a des tuberculoses locales primitives, par exemple dans le larynx ou la vessie, on ne peut se refuser à admettre l'existence d'une otite moyenne tuberculeuse primitive; d'ailleurs, la tuberculose primitive de l'oreille a été observée par Schwartze, Knapp, Zaufal, etc.

Fréquemment, il est vrai, dans le cours de l'otite moyenne tuberculeuse, le poumon se prend à son tour et la tuberculose de la caisse se complique de tuberculose pulmonaire.

Mais, plus souvent, l'otite moyenne tuberculeuse est secondaire à la tuberculose pulmonaire ou à toute autre tuberculose viscérale.

Sur les 12 malades de Nathan, 8 avaient des lésions pulmonaires.

Sur nos 9 malades atteints de tuberculose de l'oreille moyenne, 4 avaient de la tuberculose pulmonaire, 2 de la tuberculose laryngée, il y avait des granulations tuberculeuses dans le pharynx d'un, un autre portait des traces d'adénopathie cervicale, enfin, chez une enfant de quinze mois, l'auscultation n'a pas été pratiquée. D'ailleurs, à l'autopsie, il n'est pas rare de rencontrer des lésions du péritoine, des méninges, et des tubercules dans le foie, la rate, les reins. Dans ce cas, on peut considérer que la tuberculose auriculaire a eu, comme point de départ, la tuberculose viscérale.

D'autres fois, c'est une inflammation chronique de la caisse, consécutive à une grippe, à une scarlatine ou à une rougeole antérieure, qui appelle, pour ainsi dire, les bacilles tuberculeux et facilite le développement de la tuberculose auriculaire.

Age, sexe, otites unilatérales et bilatérales. — La tuberculose de la caisse, en général, se rencontre chez des sujets âgés de seize mois à quarante ans (Habermann), de un à dix ans, et de vingt à quarante ans (Hegetschweiler). Dans nos observations personnelles, nous en avons 3 de quinze mois à onze ans, et 6 de vingt-deux à trente-neuf ans. La tuberculose de l'oreille nous paraît plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

Dans 4 de nos observations, l'affection tuberculeuse était bilatérale, 3 fois elle siégeait à gauche et 2 fois à droite. Dans les 12 observations de Nathan, 7 fois l'affection était bilatérale, 4 fois elle siégeait à gauche et 1 fois à droite. Au contraire, dans les 8 cas de Habermann, l'affection était 1 fois bilatérale, elle siégeait 5 fois à gauche et 2 fois à droite.

III

Pathogénie. — Une question intéressante à connaître est de savoir comment se fait l'infection tuberculeuse de l'oreille moyenne.

La voie vasculaire sanguine ou lymphatique peut être mise en cause : les bacilles venus par les vaisseaux déterminent des follicules périvasculaires, puis une infiltration diffuse dans les tissus voisins; plus tard, les follicules subissent la dégénérescence caséeuse, s'éliminent, et laissent à leur place une ulcération de la muqueuse. Ce mode d'infection a été invoqué parce que la trompe est quelquefois indemne (Valtolini).

D'autres fois, c'est par l'os lui-même, par le rocher, que l'infection a débuté; les altérations tuberculeuses primitives du rocher se propagent ensuite à la muqueuse de la caisse, qui n'est envahie que secondairement (Nélaton).

Ce mode d'invasion de la muqueuse auriculaire mérite d'être rapproché du mode d'invasion des synoviales articulaires dans les tumeurs blanches. Là aussi, la tuberculose envahit la surface osseuse d'abord, et l'extension à la synoviale se fait ensuite, comme l'a montré le professeur Lannelongue, par effraction brusque, par ulcération ou par voie lymphatique.

Mais, comme pour les autres micro-organismes, streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, la trompe d'Eustache semble être le lieu de passage le plus fréquent pour les bacilles de Koch (Habermann, Gruber, Schwartze, Moos). D'ailleurs, chez les tuberculeux, la trompe est souvent dilatée, perméable, en contact par son extrémité pharyngienne avec les crachats et les mucosités venant des bronches et des poumons; et ce contact est d'autant plus prolongé que le pharynx ne peut en être facilement débarrassé. Puis cette cavité, riche en bacilles de toutes sortes, renferme un assez grand nombre de bacilles de Koch : Habermann les a rencontrés dans les deux cas où il les a recherchés. Frænkel les a rencontrés 10 fois sur 50 tuberculeux. Sur 64 cadavres de l'Institut anatomo-pathologique de Varsovie, Dmochowski (1) a trouvé 21 fois des lésions tuberculeuses de la cavité naso-pharyngée. Faut-il encore rappeler que le professeur Straus (2) a réussi « à mettre en évidence la présence de bacilles tuberculeux virulents à l'intérieur de la cavité nasale d'individus sains, fréquentant des locaux habités par des phtisiques ».

En disant plus haut que les inflammations chroniques de la caisse, consécutives à la rougeole, à la fièvre typhoïde, à la grippe, etc..., appellent, pour ainsi dire, les bacilles tuberculeux et facilitent leur développement, nous montrons que c'est souvent aussi par une véritable inoculation que la caisse devient malade. Les bacilles s'arrêtent alors à la surface de la muqueuse irrégulière et altérée, dont la nutrition et la vitalité sont déjà compromises en partie, se greffent sur la muqueuse et y font apparaître des lésions spécifiques; c'est la tuberculisation de l'organe de l'ouïe.

A l'inflammation tuberculeuse de l'oreille moyenne, peut

(1) Milligan. Tuberculose de l'oreille moyenne, *Brit. med. Journ.*, 1895; — *The med. Chronicle*, 1896.
(2) Hegetschweiler. *Die phtisische Erkrankung der Ohres...*, 1895.
(3) Monscourt. *L'otite moyenne tuberculeuse*, Th. de Paris, 1896.

(1) Dmochowski. Sur les affections de la cavité naso-pharyngée chez les tuberculeux, d'après la *Rev. des sc. méd.*, 1894.
(2) Straus. *La tuberculose et son bacille*, 1895.

alors faire suite la carie du rocher, l'ostéite tuberculeuse du rocher, avec tous les accidents dont elle peut devenir le point de départ, à cause des rapports de la caisse avec les organes voisins. Car il n'y a pas, comme le disait Toynbee, « dans l'organisme humain, une seule cavité qui, dans un espace aussi petit, touche à tant d'organes importants et pour laquelle on doit redouter, autant que pour la caisse du tympan, les suppurations et leurs conséquences. »

IV

Formes. — L'otite moyenne tuberculeuse revêt plusieurs formes :

1° La forme *subaiguë*, *catarrhale*, *inflammatoire*, qui, dans certains cas, passe inaperçue, dans d'autres, au contraire, présente l'aspect d'une otite catarrhale moyenne banale, jusqu'à ce qu'un jour on s'aperçoive qu'elle est causée et entretenue par la diathèse tuberculeuse. Comme elle précède presque toujours la forme chronique, elle en constitue, pour ainsi dire, la première étape, la première période;

2° La forme *chronique* succède à la forme subaiguë. Dans certains cas, elle a un début si insidieux qu'elle paraît chronique d'emblée ; elle est caractérisée par de l'otorrhée et par les lésions caractéristiques de l'évolution tuberculeuse, infiltration, végétations, ulcérations, carie des osselets et du rocher.

3° Enfin la forme *aiguë* apparaît brusquement à la manière d'une infection aiguë, frappant d'emblée tout l'organe de l'ouïe.

Mais cette forme est rare et nous la négligerons dans cette Revue où nous préférons décrire seulement l'otite moyenne tuberculeuse chronique qui est d'un intérêt beaucoup plus général.

V

Otite moyenne tuberculeuse chronique. Symptômes. — L'*otorrhée* est la première manifestation clinique de la tuberculose chronique de l'oreille moyenne. Elle peut durer longtemps pendant dix, quinze et même vingt ans; mais son abondance est variable, car tantôt il s'agit d'un suintement léger qui apparaît et disparaît à la moindre occasion, tantôt c'est un véritable écoulement de pus qui se produit. Il est de couleur jaunâtre, quelquefois grisâtre, comme du fromage blanc; dans certains cas, il est séreux, fluide, sanieux, grumeleux; dans d'autres, au contraire, il est épais, crémeux et forme de véritables membranes grisâtres couenneuses qui tapissent les parois de la caisse. Presque toujours, il exhale une odeur fade, nauséeuse, repoussante. Dans la suppuration, on trouve des débris épithéliaux, des fongosités, de la matière caséeuse et surtout le bacille de la tuberculose.

Douleur. — Tandis que dans les otites à streptocoques, à staphylocoques ou à pneumocoques, l'ulcération du tympan et l'apparition de l'écoulement purulent sont précédées de douleurs très intenses, dans l'otite moyenne tuberculeuse chronique, il n'y a pas de douleur, ou, s'il y en a, elle n'a aucun rapport avec l'otorrhée, ni avec les altérations quelquefois considérables de l'organe auditif.

Dans certaines circonstances, cependant, la douleur apparaît : quand il y a stagnation du pus ou quand un séquestre, par sa présence dans la caisse, détermine une inflammation des parties voisines. Elle apparaît surtout quand des infections secondaires s'ajoutent à la tuberculose de l'oreille moyenne. C'est à ces infections surajoutées et aux streptocoques ou staphylocoques qui les produisent, qu'il faut alors attribuer les douleurs et les phénomènes aigus qui surviennent au cours de l'otite moyenne tuberculeuse chronique (Moos).

Les *bruits subjectifs* sont d'intensité variable. Dans la forme catarrhale subaiguë, les sifflements et les bourdonnements sont quelquefois aussi forts que dans l'otite scléreuse; dans la tuberculose chronique de l'oreille moyenne, ils atteignent tous les degrés. Tantôt, ils existent à peine, malgré quelquefois de graves lésions de la paroi labyrinthique, tantôt ils assaillent le malade sans cesse, d'une façon continue, sans qu'il y ait parfois de bien grandes altérations de la caisse; mais quand ces bruits subjectifs acquièrent une certaine intensité, il faut craindre quelque participation de l'oreille interne à la tuberculose de l'oreille moyenne.

Les *vertiges* semblent survenir dans trois cas principaux :

1° Quand l'infiltration de la muqueuse de la caisse ou des adhérences entrave la mobilité des osselets, amène l'ankylose, la dépression du tympan, et, par suite, l'enfoncement de l'étrier dans la fenêtre ovale.

2° Quand des végétations tuberculeuses remplissent la caisse, au point de comprimer les osselets et de les repousser vers la fosse ovale.

3° Enfin quand il y a destruction de la fenêtre ovale ou de la fenêtre ronde, carie de la paroi labyrinthique et extension du processus tuberculeux au labyrinthe.

L'*audition* est généralement altérée. Chez certains malades, dont la muqueuse de la caisse est infiltrée ou même plus ou moins ulcérée, l'audition est diminuée. Chez d'autres, au contraire, où la muqueuse est sclérosée, ou chez qui la paroi interne est détruite en partie, elle est absolument abolie. Elle dépend, en somme, de l'étendue des lésions, des altérations des osselets et de la paroi labyrinthique; mais, d'ordinaire, elle est perdue quand il y a carie de l'oreille interne.

Otorrhée gutturale. — La tuberculose chronique de la caisse, *véritable abcès froid de l'oreille moyenne*, peut amener, dans le naso-pharynx, des affections importantes à connaître, parce qu'elles sont quelquefois la cause d'erreurs faciles pourtant à éviter; nous voulons parler des affections secondaires à l'otorrhée gutturale. Elles ne sont pas constantes, il est vrai, mais comme elles constituent, en somme, des manifestations dépendant de la tuberculose chronique de la caisse, il ne nous est pas permis de les passer sous silence.

Le malade qui présente de l'otorrhée gutturale se plaint d'angines fréquentes et de pharyngite chronique; des mucosités tapissent sa gorge, qui se détachent plus ou moins facilement du pharynx et déterminent chez lui de la toux. D'autres fois, il se plaint de sécheresse, d'une sensation de constriction qui lui causent une certaine gêne pendant la déglutition. L'haleine est fétide, le goût désagréable, l'odorat généralement altéré. Certains malades ont de la rhinite catarrhale, quelquefois bilatérale, quelquefois localisée au méat moyen ou au niveau des choanes. Souvent les parties latérales du pharynx sont rouges et enflammées (pharyngite hypertrophique latérale). La muqueuse laryngée se prend parfois à son tour et détermine de la raucité de la voix; des troubles dyspeptiques peuvent également survenir.

Ces affections du rhino-pharynx, causées par l'otorrhée gutturale, viennent de l'abcès froid de l'oreille moyenne,

dont la suppuration s'écoule au dehors par la trompe et par le conduit auditif externe, qui sont transformés, ici, en de véritables fistules.

Adénopathie péri-auriculaire. — A l'extérieur, tout autour du pavillon peuvent se voir quelques ganglions volumineux. On les rencontre principalement au-devant du tragus, dans le creux rétro-maxillaire et au niveau de la région mastoïdienne.

Paralysie faciale. — Les causes de la paralysie faciale sont multiples : la compression du nerf par l'hypertrophie des parois du canal de Fallope, la carie de ce même canal ou de la caisse, le contact du nerf avec le pus et son inflammation, la présence des tubercules sur le nerf lui-même, telles sont les plus fréquentes qui font parfois de la paralysie faciale un signe précoce de la tuberculose de l'oreille moyenne.

VI

Examen otoscopique. — Le *tympan* paraît macéré, épaissi, pâle, quelquefois grisâtre; mais, il présente toujours à sa surface une ou plusieurs petites perforations grosses, chacune, comme une tête d'épingle. D'ordinaire, il y en a trois ou quatre qui siègent n'importe où, à la périphérie ou au centre, car, des tubercules miliaires seulement dépendent le siège, le nombre, la petitesse de ces perforations. Elles paraissent, pourtant, avoir un lien d'élection dans le quadrant antéro-inférieur de la membrane tympanique (Hegetschweiler).

Quand il y a plusieurs perforations, elles ne tardent pas généralement à s'étendre en surface, à se réunir et à n'en plus former qu'une seule. A ces vastes perforations, le manche du marteau donne la forme d'un rein, dont le hile correspondrait à ce manche du marteau (Moos), ou encore la forme d'un cœur de carte à jouer (Habermann). Le tympan n'est cependant pas envahi par le processus ulcéreux jusqu'à son insertion, car tout autour de l'anneau osseux, et même le long du manche du marteau, on voit des débris festonnés de la membrane. Tantôt ils flottent librement, dans la cavité de la caisse, tantôt ils sont réunis par des adhérences à la paroi labyrinthique, accolés au promontoire, et pour peu que cette paroi soit recouverte d'une fausse membrane couenneuse, les débris du tympan se confondent avec cette paroi et ne présentent plus, à l'œil, rien qui puisse les différencier de la paroi osseuse. Y a-t-il perforation du tympan ou simplement accolement du tympan au promontoire? Telle est la question à laquelle l'otologiste le plus expérimenté hésite quelquefois à répondre.

Mais ce qu'il observe toujours, c'est l'indolence de ces perforations; aussi quand il les aperçoit pour la première fois, le médecin fait comme une découverte, le malade n'ayant rien ressenti jusqu'alors.

Caisse. — A travers la perforation du tympan, on peut encore voir sur toute la caisse des granulations tuberculeuses. Plus souvent, la muqueuse est hyperémiée, gonflée, quelquefois dépouillée de son épithélium, recouverte de matière caséeuse, elle est épaissie et infiltrée. Parfois, l'infiltration de la muqueuse est surtout prononcée au niveau de la paroi labyrinthique dont les différents reliefs disparaissent, ou bien, au niveau de la paroi postérieure, qui, vue de profil, à l'examen otoscopique, semble déjetée en avant, et bombée; elle rétrécit l'espace qui s'étend entre la paroi et la chaîne des osselets. Au niveau du marteau, l'infiltration de la muqueuse se présente sous l'aspect d'une masse plus ou moins volumineuse qui comble en partie la cavité de la caisse, et masque, à la vue, le manche du marteau et son apophyse externe (malléite tuberculeuse).

La muqueuse peut, en outre, se couvrir de granulations et de fongosités qui lui donnent un aspect bourgeonnant et muriforme; ou bien ce sont de grosses végétations que l'on rencontre sur les osselets et sur les parois osseuses, labyrinthique et postérieure principalement, où nous les avons remarquées. Ces végétations, souvent prises pour des polypes, n'ont des polypes que l'apparence, car ce sont de véritables productions dues au processus tuberculeux, ce sont des végétations tuberculeuses polypoïdes.

Il n'est pas rare de voir aussi se produire des ulcérations. Elles sont minces, à bords déchiquetés, recouvertes de matière caséeuse sous laquelle on peut voir quelques petites granulations tuberculeuses. Elles s'étendent en surface et en profondeur; quand elles ont dépassé la muqueuse et atteint la surface osseuse de la caisse, elles en amènent la destruction par carie, d'autant plus facilement que la muqueuse joue, ici, le rôle de périoste.

Dès lors, le rocher envahi par les tubercules se raréfie, se détruit et la carie provoque la nécrose. De petits séquestres se détachent qui sont entraînés dans le pus où l'on peut retrouver quelques fragments du promontoire, ou des parois osseuses de la caisse.

Les osselets sont souvent frappés de carie. A cause de l'ulcération du tympan, le manche du marteau est le premier atteint : on ne voit plus, à l'examen otoscopique, que son apophyse externe ou, s'il est absent, l'enclume. La carie de la tête du marteau et du corps de l'enclume peut entraîner des lésions du côté de l'attique, où, par l'ulcération de la membrane de Shrapnell, on aperçoit des granulations, des fongosités et même de la carie. Les articulations des osselets, leurs ligaments, les muscles du marteau et de l'étrier subissent des altérations telles que ces diverses parties sont à peine reconnaissables à la vue.

VII

Auscultation. — La sortie de l'air accompagnée de sifflement par le conduit auditif révèle, en même temps que la perméabilité de la trompe, une perforation du tympan. S'il y a suppuration de l'oreille moyenne, on entend des râles muqueux dus aux mouvements de l'air et des mucosités dans la caisse. Mais si les débris du tympan sont accolés ou adhérents à la paroi labyrinthique, il peut en résulter quelques craquements secs, dus aux déplissements de quelques-unes de ces adhérences.

VIII

Marche. Durée. — La marche de cette forme d'otite tuberculeuse est, comme son nom l'indique, essentiellement chronique. Elle n'a pas toujours la même intensité, car à plusieurs reprises, pendant des périodes assez longues, la suppuration disparaît, la muqueuse se sèche, il y a rémission. Mais au bout d'un certain temps, le processus tuberculeux reprend presque toujours sa marche et poursuit son évolution ulcéreuse plus ou moins rapidement.

Aussi, bien que le début précis de la maladie ne soit pas toujours facile à déterminer, peut-on fixer la durée de l'affection à dix, quinze et même vingt ans.

IX

Terminaison. — Toutes les fois que le processus fibreux l'emporte sur le processus caséeux, on peut espérer sinon la guérison, du moins une longue rémission et, malgré un certain degré de surdité, une amélioration notable dans l'état de la caisse.

La guérison, ou plutôt une rémission, peut encore survenir après l'élimination de séquestres venant des parois osseuses ou des osselets. Il en est de même quand on fait le curetage qui enlève les fongosités qui, par leur présence dans la caisse, entretiennent souvent la suppuration.

Meilleur est l'état général du sujet, meilleur est le pronostic de l'affection. Mais comme la plupart de ces malades sont des tuberculeux avérés porteurs de lésions pulmonaires caractéristiques, on conçoit que le pronostic soit généralement défavorable. S'il ne succombe pas à sa tuberculose pulmonaire ou viscérale, le malade peut être emporté par son affection auriculaire ou par une des complications qui surviennent généralement au cours de la maladie.

X

Complications. — Nous avons déjà dit qu'il se faisait, dans la tuberculose chronique de l'oreille moyenne, de longues rémissions.

Or, sous une influence quelconque (le froid, la fatigue, ou toute autre cause), la suppuration peut réapparaître de nouveau, de nouvelles fongosités se produire, des ulcérations se former, et la maladie reprendre son cours. Le plus souvent cette nouvelle poussée précipite la marche de l'affection et aggrave les lésions déjà existantes.

D'autres fois, la tuberculose auriculaire est le point de départ d'une tuberculose miliaire généralisée, ordinairement fatale.

Il n'est pas rare non plus, de voir se produire des infections secondaires : les microbes pathogènes de l'inflammation pénètrent à leur tour dans la caisse et se surajoutent au bacille de la tuberculose, d'autant plus facilement que les lésions tuberculeuses de l'oreille fournissent un terrain de développement excellent à tous les microbes qui, s'ils trouvent une brèche, si petite soit-elle, créeront des processus mixtes, et feront naître, pour leur compte, des inflammations plus ou moins aiguës, différentes par leur origine, leur évolution, leur caractère anatomique.

Ces infections secondaires amènent avec elles des poussées aiguës caractérisées par des douleurs, de la fièvre, une suppuration plus abondante, une destruction plus rapide des tissus, et, quelquefois même, l'extension de la maladie aux méninges ou à l'apophyse mastoïde qui, jusqu'alors, étaient intactes.

L'indolence est, à ce point, un des caractères pathognomoniques de l'otite moyenne tuberculeuse chronique qu'à l'apparition de la moindre douleur dans la caisse, on peut affirmer qu'il vient de se produire une infection secondaire et qu'à côté des bacilles de Koch, il y a des streptocoques, des staphylocoques, etc... Tous les auteurs s'accordent à le reconnaître, mais de ce qu'il y a des associations microbiennes, il ne s'ensuit pas qu'il n'y ait pas aussi de formes pures d'otites moyennes tuberculeuses. L'otite moyenne, avec le seul bacille de Koch, existe plus fréquemment qu'on ne le croit ; il faut seulement la rechercher.

Il nous faudrait encore parler, à propos des complications, de celles qui résultent de l'extension de la tuberculose de la caisse aux différentes parois osseuses et aux organes voisins qu'elles protègent.

L'étude de ces différentes complications nous entraînerait beaucoup trop loin ; nous nous contenterons seulement de les indiquer ici en quelques mots.

La propagation de la tuberculose de l'oreille moyenne à l'oreille interne amène une augmentation des bruits subjectifs, des vertiges et des nausées, la surdité est presque complète et la paralysie faciale est la règle.

La méningite tuberculeuse consécutive à l'otite tuberculeuse n'a pas de signes propres. Ses symptômes : céphalalgie, vomissements, ralentissement du pouls, etc., ne diffèrent en rien de ceux de la méningite tuberculeuse ordinaire ; elle est seulement d'origine otitique.

Les lésions de la tuberculose dominent-elles sur la paroi antérieure de la caisse, on peut voir survenir des altérations de la trompe d'Eustache, la carie de sa partie osseuse, du canal carotidien et même l'ulcération de la carotide.

L'apophyse mastoïde est souvent lésée : l'antre mastoïdien et les cellules avoisinantes peuvent se détruire, et une collection purulente refouler en avant le pavillon de l'oreille.

Les autres complications sont rares. Cependant, on a signalé la carie du conduit auditif externe, la tumeur blanche de l'articulation temporo-maxillaire et la phlébite de la jugulaire interne.

XI

Diagnostic. — D'après l'ensemble de ces symptômes et l'examen otoscopique de l'oreille moyenne, le diagnostic se fera assez facilement.

Toutes les fois que paraît une otorrhée, dont le début a été torpide ou même ignoré, mais qui est rebelle à tout traitement ; quand, à l'examen otoscopique, on trouve une vaste ulcération du tympan, à bords déchiquetés, pâles et comme macérés, quand la muqueuse de la caisse est infiltrée, fongeuse ou ulcérée, quand les osselets sont cariés, qu'en un mot, la caisse et les osselets présentent de vastes lésions, sans qu'il y ait eu, en même temps, de vives douleurs ou une fièvre élevée ; mais quand, au contraire, cette otite a été insidieuse, sans réaction inflammatoire, on peut affirmer qu'il s'agit de la tuberculose et rechercher le bacille de Koch dans le pus et les débris qui sortent de la caisse ; on le trouvera presque toujours.

Diagnostic différentiel. — Puisque l'otite moyenne tuberculeuse chronique est la seule qui, malgré de graves lésions, malgré une suppuration quelquefois abondante, ne présente aucune douleur, il nous semble qu'il n'y a pas à la confondre avec l'otite streptococcique qui survient pendant ou après une maladie aiguë (rougeole, scarlatine, grippe, etc.), ou avec l'otite staphylococcique qui succède aussi à une maladie aiguë.

Ces deux variétés d'otites ont un début brusque, avec fièvre élevée, douleurs violentes, céphalalgie intense, tous signes aigus qui disparaissent généralement après la perforation du tympan et l'apparition d'un écoulement purulent ; alors la guérison se fait au bout de trois, quatre ou cinq semaines.

Dans l'otite pneumococcique, le début est peut-être encore plus brusque et plus douloureux.

Quant à l'otite moyenne purulente chronique, non tuber-

culeuse, soit qu'elle ait succédé, sans cause appréciable, à une otite aiguë à streptocoques, à staphylocoques ou à pneumocoques; soit que le traitement de cette otite ait été défectueux; soit que le tympan largement ulcéré, comme cela se voit dans les maladies exanthématiques où la guérison est quelquefois longue à obtenir, ait facilité l'introduction de nouveaux bacilles pyogènes et leur développement dans la caisse; elle suit toujours une otite à début brusque et douloureux et, de plus, renferme généralement des staphylocoques.

L'évolution clinique et l'examen bactériologique permettent donc de diagnostiquer, d'une façon certaine, l'otite moyenne tuberculeuse chronique.

XII

Anatomie pathologique. — La perforation du tympan résulte de la caséification des tubercules qui s'étaient déposés dans sa couche muqueuse et dans sa membrane propre : les lésions ulcéreuses débutent dans la couche muqueuse et se propagent ensuite à la couche cutanée qu'elles perforent. Il ne faut donc pas invoquer ici, comme dans les otites à streptocoques, la présence du pus dans la caisse. Le siège des perforations du tympan, leur nombre, leur étendue varient avec le siège, le nombre, l'abondance des granulations tuberculeuses, comme nous l'avons dit plus haut.

A l'examen otoscopique, on peut, dans la forme chronique, apercevoir ces granulations, mais le plus généralement, lorsqu'on est appelé à faire l'examen d'une pareille otite, le tympan est, en grande partie, déjà ulcéré, et les débris qui en restent sont pâles, épaissis, macérés.

La muqueuse de la caisse est recouverte de matière caséeuse, elle est ferme, rénitente, épaissie, mais elle est surtout le siège d'une infiltration cellulaire diffuse, renfermant, disposées en foyers, de petites masses jaunâtres à leur centre, qui sont des tubercules miliaires avec cellules géantes et bacilles. La plupart de ces petits foyers sont en voie de caséification mais, dans certains cas, la muqueuse a, dans sa profondeur, une tendance à évolution scléreuse; elle offre alors l'aspect d'un tissu scléreux parsemé de follicules tuberculeux. Si le processus fibreux l'emporte, la caséification s'arrête et la guérison peut se produire.

Dans les fongosités qui recouvrent parfois la muqueuse, on trouve des tubercules miliaires. Les végétations polypoïdes, recouvertes d'épithélium et constituées par du tissu conjonctif, contiennent aussi des cellules géantes et des bacilles.

Les ulcérations résultent de la caséification des tubercules miliaires qui infiltrent la muqueuse, mais tandis que sur le tympan ils amènent sa perforation, dans la caisse ou sur les osselets ils déterminent la destruction des surfaces osseuses, la carie avec toutes ses conséquences.

Dans la tuberculose chronique de l'oreille moyenne, la carie frappe généralement l'une quelconque des parois; c'est dans la forme aiguë qu'elle les envahit toutes en même temps.

Chaque paroi offre donc un intérêt particulier, en ce sens que chacune d'elles présente une complication spéciale.

Ainsi la carie de la paroi labyrinthique de la caisse peut amener la propagation de la tuberculose à l'oreille interne.

Par la paroi supérieure, elle peut amener des complications méningées; par la paroi antérieure, envahir la portion osseuse de la trompe, le canal carotidien, et déterminer des lésions de la carotide.

L'attique et l'antre mastoïdien facilitent l'extension de l'affection aux cellules mastoïdiennes.

Enfin, le plancher peut être cause de phlébite de la jugulaire interne et des lésions du conduit auditif et de l'articulation temporo-maxillaire.

Les osselets, souvent atteints de carie, s'éliminent sous forme de séquestres, d'autant plus facilement qu'au niveau de leurs articulations, la synoviale est détruite et les surfaces articulaires sont érodées et fongueuses.

Les muscles subissent la dégénérescence graisseuse.

Enfin, le nerf facial présente toutes les lésions, depuis les granulations tuberculeuses qu'on peut constater à sa surface, et s'altère même jusqu'à disparaître complètement.

XIII

Traitement. — Le traitement de l'otite moyenne tuberculeuse chronique varie selon les lésions observées : les injections doivent être employées si la suppuration, loin de s'écouler facilement, est au contraire épaisse, forme des masses concrètes, ou s'il y a des débris épithéliaux, des masses fongueuses, des petits fragments nécrosés capables d'entretenir la suppuration et de favoriser les infections secondaires.

La sécrétion tarie, ou à peu près, il faut chercher, si possible, à modifier la muqueuse : l'eau oxygénée, les bains d'alcool boriqué, l'iodoforme, l'acide borique, les pansements à la glycérine iodée ou phéniquée, au naphtol camphré, etc., répondent assez bien à cette indication.

Les caustiques, le chlorure de zinc, par exemple, peuvent être employés dans certains cas.

Si ces divers moyens échouent, il faut recourir aux interventions chirurgicales; au serre-nœud pour enlever les végétations polypoïdes; au curetage de la caisse, dans le cas d'ulcérations et de fongosités. L'extraction d'un ou de plusieurs osselets, et de séquestres venant des parois osseuses, s'impose dans certains cas.

Selon la présence de telle ou telle des complications que nous avons indiquées précédemment, il faudra peut-être enfin recourir aux interventions chirurgicales déjà connues : celle de Stacke, celles de Schwartze, ou de Zaufal; ou à celles qui ont pour but de remédier à une paralysie faciale, à un danger imminent du côté de la carotide ou de la jugulaire.

Le traitement médical sera celui de la tuberculose.

DE LA PROTHÈSE OSSEUSE (1)

Par M. Péan,
Membre de l'Académie de médecine.

Depuis de longues années, nous avions nous-même constaté tout le parti que l'on peut tirer de la conservation du périoste pour reproduire des portions étendues des os longs lorsque parurent les travaux de Gluck.

Au lieu de se contenter, comme Ollier et nous-même, de conserver des portions de lames osseuses empruntées à l'os malade, à des os voisins ou même à des animaux pour combler des pertes de substance plus ou moins étendues, ce

(1) Communication à l'Académie de médecine.

chirurgien pensa qu'il serait possible d'utiliser des appareils prothétiques pour reconstituer les portions du squelette, même étendues, qui auraient été réséquées, telles que des extrémités articulaires. C'est ainsi qu'il présenta, en 1890, au Congrès de Berlin, une série de pièces, en ivoire poli, dont il s'était servi pour remplacer des portions d'os excisées.

Entrant à mon tour dans cet ordre d'idées, je pensai qu'il serait préférable, pour obtenir de bons résultats, d'employer, pour la prothèse osseuse, des substances moins poreuses que l'ivoire et plus susceptibles que lui de résister à l'action des liquides de l'organisme. Je priai alors M. Michaëls de préparer à l'avance des pièces en caoutchouc durci, bouilli dans la parafine, destinées à remplacer tous les os longs, les membres, ainsi que leurs articulations.

Parmi les malades que je traitai de la sorte, il en est un en particulier que vous vous rappelez sans doute parce que je vous le présentai dans la séance du 13 mars 1894 (1). Il m'avait paru tout spécialement digne de votre intérêt. C'était un homme d'une trentaine d'années, qui était entré mourant dans mon service. Il portait depuis plusieurs mois, au niveau de l'épaule gauche, de vastes collections purulentes qui étaient causées par une inflammation tuberculeuse très étendue de l'humérus et de l'articulation scapulo-humérale. L'état général et l'état local étaient si fâcheux que plusieurs de mes collègues, après l'avoir examiné, avaient déclaré qu'il n'y avait d'autre chance de salut que la désarticulation immédiate de l'épaule. Le malade refusant formellement ce mode d'intervention vint me trouver. Après avoir largement ouvert les foyers purulents, je vis que la moitié supérieure de l'humérus, ainsi que les parties constituantes de l'articulation voisine, étaient presque entièrement détruites par la tuberculose, je les excisai aussi complètement que possible, en ayant soin de conserver toutes les portions du périoste qui n'avaient pas encore été détruites ou envahies. Je remplaçai la portion réséquée de l'humérus par une portion d'humérus de même longueur et de même volume, qui avait été construite par M. Michaëls. Cette pièce prothétique fut reliée d'une part à la portion d'humérus conservée par un mécanisme fixe, d'autre part à la portion glénoïdienne de l'omoplate par une articulation non moins ingénieuse qui permit à l'épaule de conserver tous ses mouvements.

A cette époque, la radiographie était inconnue. Il nous fut donc impossible de suivre, autrement que par le palper, les ressources que la nature emploie pour reconstituer un os nouveau autour d'un semblable appareil prothétique.

Malgré les dimensions de cet appareil, la plaie guérit si bien que, quelques mois après, le malade se servait sans difficulté de son bras et de son épaule pour tous les usages ordinaires de la vie.

Un an après (20 juillet 1895), le malade, qui exerce la profession dangereuse de marchand de vin, nous consulta de nouveau parce qu'il avait vu reparaître quelques orifices fistuleux sur le trajet de l'ancienne incision. J'en profitai pour mettre l'appareil prothétique à nu et pour l'extraire, pensant, non sans raison, qu'un nouvel os, suffisamment long et résistant, s'était produit. L'événement justifia ces prévisions. Quelques jours après, la plaie s'était réunie par première intention, le malade reprenait ses occupations, et soulevait sans difficulté, avec le bras opéré, les poids de 100 kilos.

Lorsque Röntgen fit son admirable découverte, j'en profitai pour prier M. Mergier, de rechercher, par la radiographie, comment l'humérus nouveau était constitué. L'épreuve fut des plus satisfaisantes.

Elle fut reproduite par l'héliogravure, en même temps que d'autres épreuves radiographiques, qui ont été également faites par M. Mergier, pour vous montrer le parti que j'avais pu tirer de la prothèse pour reconstituer, à l'aide de mastics spéciaux ou de pièces d'os décalcifiés, des portions plus ou moins étendues d'os longs et d'os courts.

Depuis cette époque, je suis parvenu à reconstituer des portions non moins importantes du squelette du membre inférieur, fémur, tibia. Parmi ces dernières, l'une d'elles mérite une mention spéciale. Chez un malade qui portait une ostéomyélite suppurée totale sus-condylienne du fémur, propagée à l'articulation du genou et à la moitié inférieure de la diaphyse, le tissu osseux avait été détruit, si bien qu'une fracture spontanée s'était produite et que des fragments s'étaient fait jour à travers les muscles et la peau mortifiés par la suppuration.

Dans le but d'épargner à ce malade (opéré le 18 avril 1896) l'amputation sous-trochantérienne de la cuisse, je réséquai la moitié inférieure du fémur et je la remplaçai par une pièce prothétique de même forme, un peu moins grosse, que je fixai en haut à la portion restante de la diaphyse, en bas à l'extrémité supérieure du tibia, par un appareil de platine confectionné avec art, par M. Michaels, pour permettre à l'articulation de conserver ses mouvements. J'espère que prochainement un os nouveau, produit autour de cette pièce prothétique, sera assez solide pour permettre au malade de reprendre la station debout, indispensable à ses travaux quotidiens. Actuellement nous pouvons, grâce aux épreuves radiographiques habilement faites par M. Mergier, suivre les progrès de cette réfection ostéo-articulaire, bien que l'expérience nous ait démontré, dès le début de nos recherches, que les tissus qui entrent dans la constitution de l'os nouveau sont plus translucides aux rayons X et ne donnent pas des épreuves aussi foncées, ce qui ne permet pas de les distinguer aussi facilement que l'os ancien des tissus ambiants.

Ces recherches permettent-elles d'affirmer que la reconstitution de l'os nouveau se fait exclusivement par le périoste, et de dire si les vaisseaux de tissus voisins, grâce à l'irritation incessamment entretenue au milieu d'eux par la présence du corps étranger, concourent également à sa néoformation? Ces questions exigent encore de nouvelles recherches. Quant à moi, je pense, comme Ollier, que c'est au périoste et à ses vaisseaux que sont dues les propriétés ostéogéniques les plus importantes et c'est pour ce motif que, dans toutes les opérations de ce genre, je mets le plus grand soin à le conserver. Mais il me semble également démontré que les vaisseaux des tissus qui l'entourent et même ceux des fongosités qui se développent à son niveau, sont également doués de ces propriétés ostéogéniques, ce qui explique comment un os nouveau, de même volume, de forme analogue à l'os ancien, peut se produire au contact des appareils prothétiques.

Ajoutons que ces derniers, mieux que la simple conservation du périoste, mieux que les greffes, permettent de reproduire les os longs sans qu'il y ait besoin d'appliquer des appareils extérieurs, compliqués, difficiles à maintenir, pour

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 289.

empêcher le raccourcissement du membre qui est toujours si défavorable au point de vue de ses fonctions surtout quand il s'agit d'un membre inférieur.

DU ROLE DU CANAL DENTAIRE

DANS LA PROPAGATION DES INFECTIONS D'ORIGINE DENTAIRE

Par le docteur Moty,

Médecin principal de deuxième classe de l'armée, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Le nommé H..., détenu militaire, entre à l'hôpital de Lille le 12 novembre 1896, pour fistule de la région parotidienne droite.

La lésion remonte au mois de décembre 1895, elle a eu pour cause la carie de la première grosse molaire inférieure et a débuté par un gonflement fluctuant qui a été ouvert à cette époque au bistouri. Quelques mois plus tard, une autre incision a été faite au niveau de l'angle de la mâchoire et, depuis, les deux incisions, devenues fistuleuses, se ferment et se rouvrent alternativement.

Un stylet engagé dans la fistule supérieure conduit sur le maxillaire dénudé sur une assez grande surface; un gonflement dur et qui paraît osseux environne cette fistule et s'étend jusqu'à l'angle de la mâchoire.

L'écartement maximum des arcades dentaires ne dépasse pas 1 centimètre et demi; les dents conservées sont saines, sans mobilité et sans modifications de son à la percussion.

Aucun symptôme du côté de l'audition ni du côté du goût ou des réflexes pupillaires; la salivation est plutôt exagérée du côté de la parotide droite.

Après insuccès de l'iodure de potassium à hautes doses, je me proposai de mettre l'os à nu pour mobiliser et enlever, si cela était possible, les parties nécrosées.

Le 8 décembre 1896 après chloroformisation, je fis une incision de 6 centimètres de l'angle de la mâchoire au voisinage du menton, en sectionnant d'emblée la faciale; puis ayant sectionné au détache-tendon la face antérieure de la branche montante, je tombai sur une surface rugueuse remontant jusqu'au voisinage du condyle, d'une part, et du tiers supérieur de l'apophyse coronoïde, de l'autre; cette surface était limitée en bas par un rebord osseux situé un peu au-dessus de l'angle du maxillaire, mais il était impossible, même après évidement superficiel de l'os, de trouver une ligne de démarcation apparente entre l'os sain et l'os malade; toute tentative de mobilisation d'un séquestre était dès lors prématurée, et comme il n'y avait pas de gonflement pharyngien du côté de la branche montante, je crus pouvoir attendre encore pendant quelque temps la mobilisation d'un séquestre et me contentai de réunir et de drainer en prévenant le malade à son réveil que tout serait à recommencer plus tard.

Deux interventions du même genre furent faites le 27 janvier et le 26 mars; dans cette dernière, le canal dentaire fut largement ouvert, et devant l'impossibilité de mobiliser autre chose que des parcelles osseuses insignifiantes, je fus sur le point de sacrifier la branche montante, mais sur le désir du médecin traitant, je me bornai encore à une cautérisation au thermocautère et à un drainage.

Ces trois interventions n'ayant eu d'autre résultat que de soulager un peu le malade, sans faire cesser la suppuration, je revins à la charge le 12 mai, dans le dessein d'en finir. Refaisant donc, une quatrième fois, mon incision du bord inférieur de l'os, je dénudai le maxillaire, je le sectionnai obliquement en remontant de l'angle de la mâchoire au tiers moyen du bord antéro-interne de la branche montante, en me servant de la pince à crâne, et saisissant le fragment supérieur avec de fortes pinces, je le dénudai sur ses deux faces avec les détache-tendons et l'enlevai suivant la méthode usuelle.

La dureté des tissus à récliner rendit le détachement du tendon du temporal très difficile, les ciseaux ne purent me servir et je dus le poursuivre avec le détache-tendon courbe.

Je laissai dans la plaie deux pinces et un tamponnement jusqu'au lendemain, et depuis lors, bien que la muqueuse buccale ait été déchirée, la plaie se rétrécit rapidement, et tout fait prévoir une cicatrisation prochaine.

L'examen de la pièce présente un intérêt particulier, parce qu'il montre que la seule voie de propagation de l'infection a été le canal dentaire inférieur; en effet, on trouve l'os tout à fait normal entre la dent malade et l'angle de la mâchoire, tandis qu'il était complètement dénudé de l'épine de Spix à l'échancrure sigmoïde, de sorte qu'à ce niveau le détache-tendon parut tomber dans une véritable cavité, se perdant en haut du côté du col et du côté de l'apophyse coronoïde.

On remarque, en outre, que le canal dentaire, qui a été ouvert par évidement de la face externe de l'os dans la troisième intervention, est atteint d'ostéite pariétale, surtout marquée au niveau de son orifice supérieur, qui paraît en même temps fortement élargi. L'infection paraît avoir atteint la face externe de l'os en contournant le bord postérieur du maxillaire, d'une part, et en franchissant, d'autre part, l'échancrure sigmoïde, comme dans un cas rapporté par M. Marchant à la Société de chirurgie dans la discussion de 1892 sur les phlegmons sus-hyoïdiens.

Quel que doive être le résultat fonctionnel ultérieur de la résection, cette observation tire son principal intérêt de la pièce anatomo-pathologique qui la résume. Le rôle du canal dentaire dans la propagation de l'infection est évident sur cette pièce et cette donnée anatomique nouvelle trouve son application dans tous les phlegmons rétro-maxillaires dus à une carie dentaire, qui viennent s'ouvrir en général derrière le voile du palais à la face interne de la branche montante du maxillaire et, par conséquent, en un point inaccessible à l'examen direct.

Cette catégorie de phlegmons est due, le plus souvent, à une carie des dents de sagesse, car ces dernières dents présentent cette particularité d'avoir l'apex de leurs racines très profondément inclus dans l'os; il en résulte que les fongosités développées à ce niveau perforent difficilement les parois de l'alvéole et que l'infection n'a plus d'autre voie vers l'extérieur que le canal dentaire auquel elle confine.

Il y aurait beaucoup à dire sur l'infection du canal dentaire qui se manifeste tantôt (quand il s'agit de dents antérieures) par une nécrose plus ou moins étendue de la portion alvéolaire de l'os, tantôt par une ostéo-myélite chronique d'emblée, comme dans notre cas, tantôt par un simple phlegmon rétro-maxillaire; mais je me contenterai de remarquer que le maxillaire offre une résistance particulière aux progrès de l'infection et que l'on voit souvent cette dernière arrêtée dans l'intérieur même du canal; on comprend donc que mille causes diverses, l'état général du sujet particulièrement, doivent jouer un rôle important dans l'évolution de ces phlegmons.

Il y aurait également beaucoup à dire sur l'intervention à choisir dans ces cas, mais ce choix ne pouvant résulter que d'un diagnostic approché doit nécessairement varier, suivant la nature et l'âge de la lésion; dans notre observation, l'ouverture du canal a échoué, il en aurait été de même de la trépanation totale de l'os, parce qu'il y avait ostéite diffuse; force a donc été de se résoudre au sacrifice de la

partie supérieure de la branche montante que l'on sentait dénudée sur une large surface et qui paraissait nécrosée. Une trépanation précoce aurait eu peut-être des résultats plus heureux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai 1897. — Présidence de M. Delens.

COMMUNICATIONS

Du rôle du canal dentaire dans la propagation des infections d'origine dentaire. — M. MOTY fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 596.)

M. ROUTIER communique un fait analogue à celui que vient de présenter M. Moty. Il s'agissait d'une jeune femme enceinte auprès de laquelle il fut appelé pour une énorme périostite du maxillaire inférieur. Il fit une incision et l'os fut mis à nu jusqu'aux dents. Il y eut consécutivement une nécrose d'une portion considérable du maxillaire du côté gauche. M. Routier n'eut qu'à séparer le mort du vif.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PÉRITONITE PURULENTE

M. ROUTIER rappelle que la malade qu'il a présentée constitue un fait exceptionnel. Il l'a guérie d'une péritonite purulente généralisée; cela n'est pas douteux pour lui, et c'est pour cela que M. Routier a jugé cette observation assez intéressante pour faire l'objet d'une présentation à la Société. M. Reynier conteste la généralisation de la péritonite dans ce cas, comme dans les cas de MM. Peyrot et Marchant; mais sur quelles raisons peut-il appuyer cette opinion contraire à celle de ses collègues?

M. Routier signale un autre fait. Il s'agissait d'un enfant atteint de péritonite généralisée; M. Routier fait la laparotomie. L'enfant était guéri, lorsqu'au vingt-cinquième jour, il fut pris d'étranglement interne et, malgré une nouvelle laparotomie, il succomba. Et M. Routier put ainsi avoir la preuve, à l'autopsie, que la péritonite pour laquelle il avait opéré cet enfant était parfaitement bien généralisée.

M. Reynier, dans son argumentation, a beaucoup insisté sur la mort de certains de ces malades par le cœur. Mais nous sommes tous d'accord sur ce point. M. Reynier fait, dans ces cas, des injections de strophantus, M. Routier préfère les injections de caféine et de sérum.

Mais, une fois pour toutes, M. Routier maintient que les malades dont il a parlé étaient bien atteints de péritonite généralisée et il n'admet pas qu'on le mette en doute. Il maintient donc qu'on peut guérir, par la laparotomie, certains cas de péritonite purulente généralisée, à condition qu'on intervienne de très bonne heure.

M. QUÉNU communique un nouveau cas de péritonite purulente. A propos de ce fait, il déclare qu'il ne faut pas se hâter de conclure à la généralisation de la péritonite purulente. Dans bien des cas où toutes les apparences sont en faveur de la généralisation, la péritonite purulente est localisée à un seul côté du péritoine.

Il y a une dizaine de jours, un confrère, à la suite d'une pneumonie grippale, d'une pleurésie purulente avec vomique, est atteint d'accidents peu graves du côté de l'abdomen, douleurs dans le ventre, ballonnement, ascite, etc. M. Quénu fait une incision dans la fosse iliaque gauche et il donne issue à 3 ou 4 litres d'un pus infect. Toute la cavité pelvienne était remplie de pus. A l'aide d'une pince courbe dont l'extrémité est portée contre la paroi du côté opposé, M. Quénu fait une petite incision de la paroi sur la pince et passe ainsi un tube à drainage. Il fait passer 10 à 12 litres d'eau bouillie dans la cavité abdominale. Ce malade va jusqu'ici très bien. Voilà un nouveau cas d'intervention heureuse pour une péritonite purulente extrêmement étendue.

M. BOUILLY apporte un nouvel exemple de péritonite à pneumocoques généralisée. Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans qui tombe malade et présente des accidents péritonitiques. Le médecin appelé fait une ponction et tire 7 litres de liquide purulent. Très peu de temps après, M. Bouilly fait l'incision et trouve du liquide purulent remplissant la cavité abdominale, depuis le petit bassin jusque sous le diaphragme. La masse intestinale était agglutinée derrière un paquet de fausses membranes. Après l'incision et l'évacuation du pus, M. Bouilly fait un lavage et draine en faisant une ouverture par le cul-de-sac vaginal postérieur. Cette malade, au bout de vingt et un jours, était complètement guérie après avoir expulsé toutes ses fausses membranes. M. Bouilly croit que ce que l'on appelle péritonite généralisée, quand elle est curable, se présente sous cette forme.

M. CHAPUT communique le cas d'une femme de trente et un ans, dont l'enfant avait été atteint d'oreillons à forme maligne et qui fut prise elle-même, après, de parotidite suppurée. Le pus contenait des streptocoques. Cette malade fut atteinte, quelques jours après, de phénomènes abdominaux avec signes d'épanchement. Une ponction donne issue à un pus fétide. M. Chaput fait la laparotomie; il trouve 4 litres de liquide. L'intestin était collecté dans un sac formé par le grand épiploon. On fait un lavage et on referme le ventre. L'examen histologique du pus y a montré la présence de staphylocoques et de streptocoques. Cette malade est morte au quatrième jour dans une profonde adynamie. Il s'agissait d'une infection dont le point de départ avait été la parotidite suppurée.

M. WALTHER a observé trois cas de péritonite à pneumocoques. Dans un premier cas, observé en 1892, il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans qui avait été atteint d'une péritonite suppurée. Le pus contenait des pneumocoques; M. Walther incisa, lava et draina. La malade a parfaitement guéri; dans un second cas, il s'agissait d'un enfant de seize ans, qui avait été soigné dans le service de M. Comby. On avait hésité, pendant quelques jours, entre le diagnostic de fièvre typhoïde et celui de péritonite tuberculeuse. M. Walther fit la laparotomie, trouva 7 litres de pus épais. La suppuration partait du cul-de-sac rétro-vésical et remontait jusqu'aux côtes. Cet enfant a très bien guéri. Il s'agissait encore ici d'une péritonite à pneumocoques généralisée. Dans un troisième cas, la généralisation de la péritonite à pneumocoques a pu être vérifiée à l'autopsie.

M. RICHELOT croit qu'il faut établir une grande différence entre les péritonites suppurées très étendues et les péritonites suppurées généralisées. Ce sont surtout les premières qui guérissent; dans l'observation de M. Malapert, au sujet de laquelle M. Richelot a fait un rapport, c'était surtout la nature de la péritonite qui offrait de l'intérêt.

RAPPORT

Fracture simultanée des deux rotules. — M. CHAPUT fait un rapport sur une observation de M. Lafourcade (de Bayonne), dans laquelle il s'agit d'une fracture simultanée des deux rotules, guérie par la suture. Une dame de trente-cinq ans, très forte, se tourne le pied et tombe sur les deux genoux. M. Lafourcade constate une fracture des deux rotules. Il fait, dans la même séance, la suture des deux os, en mettant pour chacun un seul fil d'argent. La réunion a été obtenue et le résultat définitif très satisfaisant.

M. Chaput fait suivre cette observation de réflexions sur les fractures simultanées des deux rotules et leur traitement par la suture. Contrairement à l'opinion avancée par M. Lucas-Championnière, il se montre partisan du massage

et des mouvements communiqués précoces au cours du traitement de ces fractures.

PRÉSENTATION

Cathétérisme cystoscopique des uretères. — M. ALBARRAN présente une malade qui a été guérie d'une fistule rénale, consécutive à la néphrotomie, par le cathétérisme uretéral à demeure. En février 1896, il pratiqua chez cette malade la néphrotomie lombaire pour des accidents très graves, consécutifs à une pyonéphrose. Il resta à la suite une fistule, l'uretère n'était pas perméable, et chaque fois que la fistule ne donnait pas libre cours à l'urine, la malade avait des accès fébriles très intenses. En novembre 1896, il fit le cathétérisme uretéral par la vessie et il laissa à demeure la sonde pendant vingt-huit jours : la fistule se ferma dès le premier jour et la malade allait très bien lorsqu'il retira la sonde à demeure. Il survint alors de la fièvre et de graves accidents qui lui firent rouvrir la fistule lombaire : dans le rein il trouva deux drains en caoutchouc.

En mars 1897, il fit de nouveau le cathétérisme de l'uretère par la vessie : une première sonde n° 10 resta en place onze jours, et fut remplacée par une autre n° 11, qui resta pendant vingt-deux jours. Lorsque M. Albarran retira la sonde, il y a vingt-cinq jours, le rein se vidait par l'uretère. La fistule était guérie complètement et cette malade est actuellement tout à fait bien ; le rein sécrète encore du pus, aussi tous les deux ou trois jours M. Albarran lave le bassinet avec de l'eau boriquée et du nitrate d'argent au millième.

Ce cas, unique, présente un grand intérêt à plusieurs points de vue. M. Albarran note en passant la valeur fonctionnelle du rein qui paraissait détruit, valeur démontrée par les analyses. Il est intéressant aussi de constater qu'une même sonde peut rester en place pendant vingt-deux jours dans l'uretère, sans déterminer aucun accident.

C'est en se servant du nouveau cystoscope qu'il a fait construire, que M. Albarran a pu faire chez cette malade le cathétérisme uretéral. Le mécanisme de cet instrument est essentiellement différent de ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour, et c'est grâce à lui que M. Albarran pratique couramment ce cathétérisme, aussi bien chez l'homme que chez la femme : la manœuvre est très facile et plusieurs des élèves du service de M. Guyon l'ont très rapidement apprise. M. Albarran publiera bientôt de nombreuses observations intéressantes au point de vue du diagnostic et du traitement. Il a tenu à montrer une de ses malades et à faire connaître un procédé facile de cathétérisme uretéral. Il ajoute encore que, en se servant de mandrins particuliers qu'il présente, il est facile d'introduire dans le bassinet des sondes jusqu'au n° 12 et même 14 de la filière Charrière : c'est dire qu'on a là un moyen efficace de traitement contre un grand nombre de rétentions rénales.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'accoucheurs des hôpitaux. — Épreuve orale. Séance du 18 mai : « Distocie par vices de conformation congénitaux et acquis de la vulve et du vagin. » MM. Demelin, 18 ; Chavanne, 16 ; Wallich, 15.

— M. le docteur Auvard est nommé accoucheur à Saint-Louis ; — M. le docteur Bonnaire est nommé accoucheur à Tenon.

— Par décision ministérielle, en date du 17 mai 1897, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Oberlin, pour ordre à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris ; Annequin, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon ; Boppe, adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

MM. les médecins-majors de première classe Forgues, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble ; Gils, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; Cluzant, pour l'hôpital militaire de Toulouse ; Malinas, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes ; Chopard, pour le 1er d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Courtot, pour le 81e d'infanterie ; Fix, pour le 137e d'infanterie ; Malgat, pour le 6e bataillon de chasseurs à pied ; Nabona, pour le 16e escadron du train ; Villiers, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; Delahousse, affecté au 32e d'artillerie pour être détaché aux batteries à cheval de la 7e division de cavalerie ; Barthélemy, pour le 24e bataillon de chasseurs à pied ; Couturier, pour le 2e tirailleurs algériens ; Courtet, pour le 4e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Chambaud, pour le 4e zouaves ; Beaumevielle, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Cadet, pour le 3e génie ; Jolly, pour le 10e cuirassiers.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Romary, pour le 147e d'infanterie.

— La ville de Saint-Brieuc se propose d'honorer la mémoire de l'un de ses enfants, — M. le docteur Jules Rochard, ancien inspecteur général du service de santé de la marine, ancien président de l'Académie de médecine, grand-officier de la Légion d'honneur, — en érigeant, sur l'une de ses places publiques, un buste pour perpétuer le souvenir du savant qui illustra le corps de santé maritime, de l'hygiéniste éminent qui, par sa parole et ses écrits, exerça une si puissante action sur les progrès de la santé publique, et de l'homme de bien qui, durant toute sa carrière, mit, avec un désintéressement absolu, sa science et ses talents au service des humbles et des infortunés.

Les amis de Jules Rochard, ses anciens confrères et collègues du corps médical de la marine, de l'Académie, des Sociétés savantes, ainsi que des institutions de bienfaisance publique ou privées auxquelles il collabora, ont manifesté le désir de s'associer à cette pensée.

Un comité s'est, en conséquence, formé en vue de grouper toutes les bonnes volontés.

Ce comité est composé de : M. le docteur Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; — M. le vice-amiral Lafont ; — M. Siegfried, ancien ministre du Commerce et de l'Industrie, député ; — M. Delarbre, ancien conseiller d'État, ancien directeur au ministère de la marine ; — M. le docteur Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine ; — M. le docteur Vallin, médecin-inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine ; — M. le docteur Lucas, directeur du service de santé de la marine, en retraite ; — M. le docteur Napias, inspecteur général des établissements de bienfaisance, membre de l'Académie de médecine ; — M. le baron Nielly, chef de division à l'Administration générale de l'Assistance publique, secrétaire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Curtillet, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé du cours de clinique des maladies des enfants.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Voisenet, licencié ès sciences physiques et ès sciences mathématiques, est institué chef des travaux physiques et chimiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Anagnostakis (d'Athènes), et de M. G. Vanhaech (de Roubaix), étudiant en médecine de la Faculté de médecine de Lille.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

LE SAMEDI 26 JUIN 1897

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de *pansement*, *gazes* et *cotons antiseptiques*, *mackintosh*, *protective*, etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er juillet 1897.

Ces fournitures sont évaluées approximativement à :

1er et 2e lots. *Gazes iodoformées et au salol, mackintosh, protective, lint borique*. . . . . 80300 fr.
3e et 4e lots. *Coton hydrophile, coton au salol boriqué*. . . . . 69000 fr.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de ladite Administration, avenue Victoria, n° 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 11 heures à 4 heures.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 24 mai 1897.

Séance assez courte à la Société médicale des hôpitaux, le 21 mai. M. Comby donne lecture d'une observation du docteur Crespin (de Mustapha supérieur), qui relate un cas de pyo-pneumothorax avec épanchement putride sans fétidité de l'haleine, semblable à celui que M. Comby a fait connaître récemment.

Encouragé par le succès de cette méthode dans le traitement des brûlures, M. Gaucher a eu l'idée d'appliquer l'acide picrique au traitement de l'eczéma aigu. Il s'est servi d'une solution à 1 p. 100. Les résultats ont été excellents; il se propose donc d'employer ce même procédé dans des cas de lésion de la peau avec dénudation épidermique, comme le pemphigus. Sa communication actuelle est du reste faite pour prendre date. Dans quelque temps, il fera connaître les résultats obtenus sur un nombre de malades plus considérable.

Récemment, MM. Gilbert et Garnier ont signalé chez des chlorotiques un bruit de rouet se passant dans le tronc brachio-céphalique veineux, sous la clavicule. M. Galliard a observé ce même bruit dans deux cas de pneumothorax du côté droit : il l'attribue à la compression du tronc veineux par la plèvre distendue. Ce bruit n'appartient donc pas exclusivement à la chlorose; c'est, du reste, un phénomène fort rare.

M. Jacquet a, dans ces dernières années, étudié le rhumatisme blennorragique avec un soin particulier. Il rapporte un cas dans lequel, à des douleurs musculaires dans la région lombaire et les aines, succéda une gêne douloureuse de la déglutition. Or, il n'y avait aucune rougeur du pharynx, la douleur n'était pas due à l'inflammation de la muqueuse; n'était-elle pas attribuable au rhumatisme des plans musculaires du pharynx? L'origine du rhumatisme ne serait-elle pas quelquefois du rhumatisme musculaire du pharynx propagé à la muqueuse? Quoi qu'il en soit, M. Jacquet tend à penser que le rhumatisme blennorragique peut être purement musculaire.

M. Comby rapporte six cas de rein mobile observés chez des enfants. Dans trois cas, il s'agissait de fillettes de treize à quatorze ans, qu'on peut déjà considérer comme des jeunes filles; dans un autre, d'une petite fille de cinq ans, qui dut être opérée pour des accidents d'hydronéphrose intermittente. Enfin, dans deux cas, le rein mobile a été constaté à l'autopsie chez des enfants nouveau-nés.

M. Guinon en a également observé deux cas chez des petites filles. L'une présentait des accidents très nets d'entérite muco-membraneuse.

Le rein mobile peut donc exister chez les enfants, et il est possible que l'on doive faire remonter à une véritable malformation congénitale la prédisposition à la néphroptose, qui atteint son maximum de fréquence entre vingt-cinq et trente ans.

On sait qu'on la constate à peu près exclusivement chez les femmes.

HOPITAL TENON (Service des voies urinaires du docteur Bazy).

Des corps étrangers ignorés de la vessie.

J'ai eu l'occasion d'observer, dans l'espace d'un an, deux cas de calculs phosphatiques développés autour de poils qu'il m'a paru intéressant de rapporter.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de soixante-dix-sept ans, que je vis pour la première fois en consultation avec le docteur Vinache, au mois de décembre 1895.

Je trouvai ce vieillard alité, avec une sonde à demeure en permanence, maigri, mangeant peu et souffrant énormément toutes les fois qu'il ôtait sa sonde à demeure. C'est le seul moyen qu'il avait trouvé avec le repos au lit pour adoucir ses souffrances. Il n'avait pas quitté le lit, et on peut dire sa sonde, depuis six mois.

Il me raconta l'histoire suivante : trois ans auparavant, il avait été pris de rétention d'urine, pour laquelle il avait été sondé par notre collègue Broca, qui jugea utile de lui mettre une sonde à demeure, parce que le cathétérisme avait été difficile; il la fixa, comme d'habitude, aux poils du pubis.

La sonde fut retirée au bout d'un certain temps, et le malade dut se sonder.

A quelque temps de là, il commença à souffrir et dut se sonder plus souvent. Ultérieurement, il trouva à plusieurs

reprises, accrochées au bec de la sonde, des concrétions blanchâtres, cylindriques, longues d'environ 1 centimètre à 1 centimètre et demi, ayant 2 ou 3 millimètres de diamètre, recourbées plus ou moins en croissant.

Cette forme intrigua le docteur Vinache qui, soupçonnant un corps étranger, et, en particulier, un poil au centre de ces concrétions, en cassa une : les deux fragments restèrent reliés l'un à l'autre au moyen d'un poil.

Les souffrances augmentant, on pensa qu'elles pouvaient tenir à la présence d'un calcul ou de calculs développés autour de poils ; on fit appeler M. Guyon qui explora la vessie et ne trouva rien. Les souffrances continuèrent et devinrent telles que le moindre mouvement était très douloureux, insupportable, et que le malade s'alita, se relevant à peine pour aller à la garde-robe ; les envies d'uriner étaient tellement fréquentes que le malade n'avait trouvé d'autre moyen pour se soulager que de mettre à demeure une sonde, qu'il ne quittait que lorsqu'il quittait son lit, qu'il remettait aussitôt couché, et qu'il laissait constamment ouverte dans son urinal.

C'est dans cet état qu'il était, depuis six mois, quand je le vis : je jugeai utile une exploration, que je fis séance tenante, malgré les craintes du malade qui redoutait pour sa vessie tout contact d'instrument.

Il ne me fut pas difficile d'y trouver un énorme calcul phosphatique : je proposai la lithotritie qui me paraissait possible, malgré le volume, à cause de la friabilité de la pierre.

Il entra à la maison de santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu où je l'opérai, le 20 décembre 1895, avec le concours du docteur Vinache.

J'eus des prises de 5 et 6 centimètres.

Je n'insiste pas sur les suites qui furent simples, quoique l'état général fût lent à se remonter ; néanmoins, il put quitter bientôt la maison de santé. Ses forces revinrent rapidement : il prit des forces, des couleurs, put faire de longues promenades à pied. J'ai dû le réopérer de nouveau en décembre dernier ; mais cette fois-ci, il n'avait pas attendu longtemps pour réclamer mon concours.

Quelques semaines après avoir constaté des phénomènes anormaux du côté de sa vessie, il me faisait appeler, je l'opérai à Saint-Jean-de-Dieu, où il passa huit jours.

Deux mois après cette deuxième opération, une affection aortique dont il était atteint et qui ne l'avait pas empêché de supporter très bien le chloroforme, s'aggravait subitement et l'emportait au bout de quelques jours.

L'intérêt, au point de vue qui nous occupe, réside dans ce fait que le calcul s'était bien développé autour de poils. En effet, le docteur Vinache a eu la curiosité de chercher dans les débris de pierre de la première opération, et il n'a pas eu de peine à me faire voir deux poils longs de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, auxquels étaient encore appendus des fragments de graviers, ce qui prouvait qu'ils avaient servi de noyau à ce calcul.

Nous n'eûmes pas l'idée de rechercher ces poils après la deuxième lithotritie. Peut-être y en avait-il.

D'où venaient ces poils ?

Leur couleur grise, leur épaisseur, étaient absolument celles des poils du pubis, de sorte qu'il est impossible d'admettre l'existence d'un kyste dermoïde ouvert dans la vessie ; il faut dire aussi que l'ouverture du kyste, s'il eût existé, eût été bien tardive, et que ces poils eussent été bien courts, bien peu nombreux, et auraient eu une coloration bien anormale.

C'était donc bien des poils qui avaient été introduits dans la vessie pendant des cathétérismes, faits sans beaucoup de précautions et probablement pendant la nuit.

L'autre cas, je l'ai observé dans mon service de voies urinaires à Tenon.

Observation résumée :

T... Constant, interprète, soixante-six ans, entre salle Montyon (salle des voies urinaires), le 5 mai 1896.

Souffre de la vessie depuis cinq ans. Se sonde depuis quatre ans et demi et ne peut uriner qu'en se sondant.

Soigné à l'hôpital Necker (service de M. Horteloup) par des lavages avec sondages.

Il y revient et entre dans le service de M. Guyon où on lui fait le même traitement.

L'an dernier a été lithotritié deux fois, à cinq ou six mois d'intervalle, pour des calculs phosphatiques ; la dernière opération eut lieu en septembre 1895.

Actuellement, se plaint d'envies pressantes d'uriner (toutes les heures) et de douleurs prémictionnelles.

Se sonde avec une sonde 12 ou 13.

Rétrécissement n° 14 à la partie postérieure de la région périnéale du canal (la boule est sentie par le périnée).

Vessie très sensible à l'injection.

On la dilate.

Un jour, il nous montre un poil long, semblable à ceux de son pubis, incrusté de phosphates, qu'il avait retiré avec la sonde de sa vessie.

A l'exploration vésicale, je sens un calcul que je suppose développé autour de poils restés dans la vessie. L'urine contient du coli-bacille et du streptocoque.

25 juin 1896. Lithotritie. Calcul peu volumineux, très friable, facilement écrasé et broyé.

En retirant le lithotriteur, je trouve pris entre le mors trois poils.

J'avais oublié cette particularité de mon diagnostic : la vue de ces poils me la rappelle. Sonde à demeure.

Suites opératoires très simples.

La sonde est enlevée le troisième jour.

On fait ensuite des instillations de nitrate d'argent à 1/50.

Le malade sort le 1er juillet, n'urinant que toutes les trois heures, ayant encore des douleurs prémictionnelles, mais très atténuées.

L'urine est encore trouble.

L'introduction des corps étrangers dans les voies urinaires peut être ignorée, et cela dans des conditions où elle paraîtrait devoir être connue. En voici un exemple :

M. B... [de Ham (Somme)] est un vieillard de soixante-dix-neuf ans qui a été pris de rétention d'urine, il y a quatre ans ; il a été soigné à ce moment par M. Guyon, qui l'a sondé et lui a appris à se sonder.

Il y a dix mois environ, il fut pris de difficultés de miction et fut soigné par son médecin qui ne put, dit-il, arriver à le sonder. Après beaucoup de tentatives, il allait partir pour Paris quand il parvint à introduire sa sonde.

Bientôt des douleurs surviennent ; il a des envies plus fréquentes d'uriner ; ses urines sont beaucoup plus troubles et bientôt même elles deviennent sanguinolentes.

Il part alors pour Paris consulter de nouveau son chirurgien qui, après avoir exploré la vessie au moyen de la sonde métallique, déclare qu'il n'y a pas de corps étranger et conseille des lavages plus fréquents, des injections de nitrate d'argent.

Il repart pour Ham ; mais comme son état ne s'améliore pas, il revient à Paris et me consulte.

Je constate l'existence d'un calcul phosphatique et décide la lithotritie. Mais auparavant je calme la vessie, le sang disparaît, les envies d'uriner et les douleurs diminuent considérablement, et je l'opère, après un retard causé par les

fêtes franco-russes, le 14 octobre dernier, à la maison de santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu.

L'opération ne présente pas d'autres particularités, qu'à certains moments j'avais la sensation de tenir dans les mors du lithotriteur un corps un peu mou. Mais comme quelques calculs phosphatiques ont une consistance pâteuse, je n'y attachai pas d'importance.

En regardant dans la cuvette à bidet où était projetée l'eau des lavages sortant de la vessie par la sonde, je vis flotter de petits corps que, tout d'abord, sous le jour un peu sombre de la chambre, j'avais pris pour des fragments de bouchon tombés dans la cuvette, et j'allais faire, au Frère qui m'assistait, l'observation qu'il ajoutait de singuliers corps étrangers aux graviers que j'avais extraits de la vessie, quand, en en pressant un dans les doigts, je m'aperçus que c'était un fragment de sonde en caoutchouc rouge : il y avait ainsi un grand nombre de fragments du volume d'une lentille, et nous en vîmes sortir encore d'autres par la sonde, de même que j'en recueillis dans l'aspirateur.

Evidemment, la pierre avait eu comme noyau un fragment de sonde cassée dans la vessie.

Il nous a été impossible de savoir à quel moment cette sonde avait été introduite; il est probable que c'est au moment des tentatives infructueuses de cathétérisme faites quelque temps auparavant. Le malade accusait son médecin d'avoir cassé cette sonde dans sa vessie ou dans son canal et il ne pouvait cependant pas l'affirmer.

Je l'en ai dissuadé en lui disant que si un bout de sonde était entré dans la vessie, il aurait uriné quand son médecin l'a sondé. Ce n'était pas le fond de ma pensée, car la sonde pouvait s'être cassée dans l'urèthre prostatique avant d'avoir pénétré dans la vessie, et le fragment y avoir été refoulé par le malade quand il a réussi à se sonder.

Voilà donc des cas de corps étrangers servant de noyaux à des calculs.

Ce dernier était ignoré jusqu'à l'opération : l'introduction et le séjour ont été ignorés au moins du malade.

Dans les deux autres cas, leur introduction a été méconnue et ils ont pu faire des corps étrangers dont on pu reconnaître l'origine avant l'opération.

Pour que leur existence ait pu être soupçonnée avant l'opération, il a fallu les particularités que j'ai indiquées : dans le premier cas, la sortie de ces calculs en croissant, dans le second cas, celle d'un poil incrusté de phosphates.

Mais les choses ne se passent probablement pas toujours de cette façon, et n'est-il pas permis de penser que ces poils peuvent être introduits sans qu'on s'en doute, devenir sans qu'on s'en doute, avant et après l'opération, des noyaux de calcul, et ne serait-ce pas avec l'état alcalin de l'urine, avec la cystite, avec la phosphaturie, une des causes efficientes de la formation des calculs phosphatiques? Il est difficile de l'affirmer, mais en tout cas, il est bon d'être prévenu de ces faits pour recommander aux malades les plus grandes précautions en se sondant.

Je ne peux pas croire que ces faits soient isolés. Jusqu'alors, sur plus de deux cents opérations pour calculs phosphatiques (je ne parle pas des opérations plus nombreuses pour calculs uriques) que j'ai faites, je n'avais pas rencontré de faits semblables; mais ce n'est pas une raison pour croire qu'ils sont exceptionnels. Il est si facile d'introduire avec sa sonde un poil dans la vessie, que je croirais volontiers le fait plus fréquent : si je ne l'ai pas signalé, si d'autres ne l'ont pas signalé, c'est qu'il m'a échappé, c'est qu'il leur a échappé.

Les faits inverses peuvent se présenter : j'ai opéré, il y a trois ans, avec le docteur Gioux [de Chamboulive (Corrèze)], un malade, âgé de soixante-cinq ans environ, qui n'urinait plus qu'avec la sonde. Ce malade s'était cassé, six mois auparavant, une sonde en caoutchouc rouge dans la vessie. Après avoir attendu un certain temps, il s'était décidé à venir à Paris pour la faire extraire. Les symptômes qu'il éprouvait n'étaient pas de nature à faire admettre d'emblée l'existence d'un calcul qu'on devait supposer plutôt que diagnostiquer, d'après les symptômes fonctionnels qui étaient très anodins ; dans tous les cas, il était convaincu qu'il n'avait dans la vessie qu'un fragment de sonde, et il fut bien surpris quand je lui annonçai qu'il avait un calcul, et de fait, il avait un calcul énorme : car j'eus des prises de 5 et 6 centimètres.

Ce malade a, du reste, rapidement guéri. J'ai dû le lithotritier depuis, car, malgré ma recommandation, il fait des sondages peu aseptiques.

Je reviens aux premiers faits pour justifier le titre de ce travail qui ne paraît légitime que pour la troisième de mes observations. En réalité, dans cette observation de même que dans la dernière, la présence de la sonde dans la vessie était connue : mais elle n'était connue ni du malade, ni de l'opérateur.

Dans les deux premiers cas, elle pouvait être soupçonnée, mais elle n'était pas démontrée. La difficulté que l'on a eue à trouver les poils après la première opération, parce qu'ils étaient petits et courts, pourrait bien nous amener à conclure qu'on en trouverait peut-être plus souvent si on les cherchait. Et c'est à ces cas que s'applique le titre de ce travail.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (1)

Par le docteur J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

Obs. V. — *Péritonite diffuse d'origine appendiculaire. Laparotomie. Mort* (publiée par Termet, Société anatomique, 1896, p. 338). — V... (Eugène), quarante-cinq ans, employé de bureau, opéré le 4 avril 1896, à l'hôpital Saint-Antoine.

Entré à midi avec des phénomènes d'occlusion intestinale.

Le jeudi 2 avril (avant-veille), en allant à la selle, douleur brusque dans l'abdomen, sans localisation précise, peut-être, cependant, un peu plus accentuée à droite. Ensuite coliques violentes persistant jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

Facies grippé, état général mauvais, respiration courte et pénible, ventre très ballonné, douloureux dans toute son étendue, avec maximum au niveau du cæcum. Température 38°5.

Pas de vomissements, ni selles, ni gaz.

Malgré l'absence de vomissements, on pense à une occlusion intestinale, non sans réserves, et la laparotomie est pratiquée.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale, sur une longueur de 15 centimètres environ. Le péritoine est inondé par un liquide séro-purulent d'odeur fétide. Du côté du cæcum, il y a quelques adhérences. Le jour étant insuffisant, je fais tomber à angle droit sur la première une incision horizontale qui se prolonge jusque dans la fosse iliaque droite. Je recherche l'appendice qui est perforé et est comme enfoui dans des franges épiploïques infiltrées de sang. Près de l'appendice, je trouve une masse stercorale dure, ayant le volume et l'aspect d'un

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 574.

pépin d'orange. C'est elle qui, évidemment, a provoqué la perforation de l'appendice. Celui-ci est lié à sa base par un gros catgut et réséqué. Le cæcum présente une plaque verdâtre et semble en partie sphacélé et prêt à se perforer. Par crainte de cet accident, il est fixé dans l'angle de la plaie. Large drainage à la gaze stérilisée.

Le soir, état général assez bon. Le pouls est à 90, assez bien frappé, le malade se sent très soulagé.

Vers onze heures du soir, agitation. Morphine.

5 avril : état général assez bon. Pouls ferme, nausées, injection intra-veineuse de sérum. Température 37°2. Affaiblissement progressif. A six heures du soir, 36°8. Vomissements verdâtres, météorisme, gêne respiratoire. Le malade s'affaiblit de plus en plus. Mort le 6 avril, à six heures du matin, en vomissant.

Autopsie. — Péritonite diffuse dans tout l'abdomen, pus brunâtre fétide. Près du cæcum est un foyer d'où s'écoule beaucoup de pus. Le catgut qui oblitérait l'appendice réséqué est résorbé. Les deux chefs du catgut qui avaient été conservés et sortaient par la plaie sont toujours là, mais la partie intermédiaire où se trouvait le nœud a disparu. L'ouverture de l'appendice est ainsi béante.

Le liquide péritonéal donne une culture pure de *bacterium coli commune.*

La survie a donc été ici d'environ trente-six heures.

La résorption du catgut qui oblitérait l'appendice et a permis sa béance ultérieure est un accident des plus regrettables. Je suis persuadé que le malade aurait succombé quand même, à cause de la gravité de l'infection au moment de l'opération. Mais enfin cette résorption rapide du catgut n'a pu, en ouvrant de nouveau l'intestin, que précipiter les événements. J'avoue que j'ai peine à l'admettre, malgré la rigueur de l'observation, et que je ne conçois guère comment un catgut, qui était énorme, a pu ainsi, dans un péritoine enflammé, purulent, et par conséquent absorbant mal, disparaître en si peu de temps. Quoi qu'il en soit, il peut être prudent, dans des conditions analogues, de mettre un fil de soie.

Voilà encore un cas où le diagnostic pré-opératoire était des plus ardus. La preuve en est dans mon incision médiane. Si j'avais cru fermement à une appendicite, j'aurais incisé dans la fosse iliaque. Mais malgré la douleur un peu plus nette à droite, c'est encore à une occlusion intestinale que je pensais devoir rattacher cet ensemble de phénomènes péritonéaux alarmants. Et c'est pourquoi j'ai incisé au milieu. Ce n'est qu'en constatant l'inondation purulente du péritoine que j'ai immédiatement pensé, à cause de la prédominance de la douleur du côté du cæcum, à une appendicite et que j'ai circonscrit mes recherches du côté de la fosse iliaque droite.

Quant à la gravité de l'opération, je ne puis, sous peine de redites incessantes, que renvoyer à ce que j'ai déjà dit à ce sujet au cours des observations précédentes.

Obs. VI. — *Péritonite diffuse par perforation intestinale. Laparatomie. Mort.* — R..., soixante et un ans, opéré le 11 avril 1896, à la Pitié.

Depuis environ trois mois, cet homme a beaucoup maigri; troubles intestinaux, diarrhée, constipation. Depuis le 30 mars, il a des vomissements fréquents, et peu à peu son état général s'est aggravé.

A son entrée à l'hôpital, l'état général est très mauvais, la maigreur excessive, le ventre très ballonné. A la percussion, tympanisme généralisé; la région du foie elle-même est sonore. En secouant le malade, on perçoit un bruit hydro-aérique. Il est donc très vraisemblable, qu'à la suite d'une perforation intestinale, du liquide et des gaz remplissent le péritoine.

Le 11 avril, laparotomie médiane. Le malade étant très faible, cette ouverture de la cavité péritonéale est faite à la cocaïne, sans aucune difficulté.

Dès l'incision du péritoine, des gaz s'échappent en sifflant, bientôt suivis d'un liquide séro-sanguinolent, mêlé de matières intestinales. Il est évident qu'une exploration plus importante est nécessaire et le malade est immédiatement endormi au chloroforme. La cavité péritonéale est alors lavée à l'eau bouillie et explorée avec soin.

Au niveau de l'S iliaque existe une large plaque de sphacèle par où sortent des gaz et des matières intestinales.

Comme il ne saurait être question, vu l'état du malade, de pratiquer une entérectomie, l'intestin est abouché dans la plaie, au niveau de la plaque sphacélée, qui est excisée. Il est fixé par quelques sutures.

Mort le 12 avril, trente-six heures après l'intervention. A l'autopsie, on trouve le long de l'S iliaque et du rectum de nombreuses ulcérations tuberculeuses. L'ulcération trouvée pendant l'opération était la seule qui fût perforée.

Je ne trouve dans cette observation rien à redire à la conduite que j'ai tenue. C'est celle que je suivrais encore en pareil cas. Il est vrai de dire qu'ici le diagnostic était relativement facile, le météorisme généralisé, la sonorité de la région hépatique, le bruit hydro-aérique imposaient avec une sorte d'évidence le diagnostic de perforation intestinale et les antécédents du malade permettaient de soupçonner, avec beaucoup de vraisemblance, que cette perforation était due à une ulcération tuberculeuse. Cependant — et ceci montre bien comment, même dans les cas qui semblent les plus clairs, il y a toujours place pour l'erreur et le doute — j'ai cru devoir faire l'ouverture du péritoine à l'aide d'une simple injection de cocaïne, afin de ne pas faire courir au malade, en cas d'erreur de diagnostic, les chances inutiles du choc chloroformique. Dès l'ouverture de l'abdomen, j'ai vu que des recherches et des manœuvres plus prolongées seraient nécessaires, et c'est alors seulement que j'ai eu recours à l'anesthésie générale. Celle-ci a, d'ailleurs, été très légère et l'opération, aussi rapide que possible, a été faite dès que le malade a commencé à perdre la conscience nette de ce qui se passait autour de lui. Aussi le choc opératoire a-t-il été relativement faible et le malade a-t-il survécu trente-six heures, malgré l'état lamentable dans lequel il se trouvait au moment de l'opération.

Obs. VII. — *Occlusion intestinale, péritonite. Laparotomie. Mort.* — X..., trente-cinq ans, opéré le 7 juin 1896, à l'Hôtel-Dieu.

Bonne santé antérieure.

Début subit le 5 juin, à huit heures du matin, par une douleur très vive, comparable à une torsion, localisée surtout vers l'ombilic et la fosse iliaque gauche.

Dès le soir, vomissements abondants, arrêt des gaz et des matières, distension abdominale, météorisme, pas de fièvre. Les symptômes persistent et s'accentuent dans les journées des 6 et 7. Le 7, à dix heures du soir, je pratiquai d'urgence la laparotomie.

Anesthésie générale à l'éther.

Incision médiane de 15 centimètres à cheval sur l'ombilic. Dès l'ouverture du péritoine, un liquide trouble, séro-purulent, avec des fausses membranes, s'écoule au dehors. Il y a donc une péritonite manifeste.

Immédiatement les anses intestinales, extrêmement dilatées, font irruption au dehors. L'intestin grêle est dévidé en entier. L'extrémité de l'iléon est normale, non dilatée. Il est donc évident que l'étranglement siégeait au-dessus du point où finit la distension intestinale et que je n'ai pas ren-

contré l'agent de l'étranglement. Celui-ci a été levé inconsciemment pendant l'exploration, puisqu'on voit la partie vide de l'intestin grêle se remplir peu à peu.

Mais il m'est alors absolument impossible de rentrer dans l'abdomen les anses intestinales qui débordent de tous côtés.

Tous les moyens, y compris le procédé de la serviette, sont vainement tentés. Au moment où j'essaie d'enlever la compresse stérilisée, sous laquelle j'ai réintégré les intestins dans la cavité péritonéale, ils ressortent de nouveau en presque totalité. Après de longues tentatives infructueuses, je me décide à pratiquer la ponction de l'intestin. J'évacue avec un trocart une grande quantité de gaz et de matières presque complètement liquides. Le petit orifice ainsi formé est suturé, et les intestins sont alors rentrés assez facilement. Mais le malade s'affaiblit, son état devient inquiétant. Pas de lavage, drainage à la gaze aseptique, suture en masse de la paroi abdominale. Mort une heure après.

L'autopsie n'a rien révélé sur la nature de l'obstacle. Il est donc probable qu'il s'agissait d'un volvulus qui a été déroulé au cours des manœuvres de dévidage et d'exploration de l'intestin.

Le diagnostic d'occlusion intestinale, qui avait été porté, était exact. Il n'en est pas moins vrai qu'il était incomplet, puisque cette occlusion était compliquée d'une péritonite manifeste. Et c'est encore un cas qui montre combien il est difficile de préciser la nature du mal dans ces affections péritonéales graves.

La mort, ici encore, était fatale, car en admettant que le volvulus, puisque c'en était un, se fût réduit soit spontanément, soit sous l'influence d'un lavement électrique, par exemple, la péritonite concomitante eût suffi à emporter le malade.

L'opération a cependant précipité la fin, puisque le malade est mort une heure à peine après avoir été rapporté dans son lit. Il est vrai que les manœuvres de réduction de l'intestin distendu ont été particulièrement longues et graves, puisqu'il a même été nécessaire de le ponctionner. Ce sont là des complications opératoires vraiment terribles et dont il faut tout faire pour se préserver. Et cela n'est pas toujours commode, car, dans un cas d'obstruction intestinale, il est impossible d'explorer sérieusement un ventre par une boutonnière de quelques centimètres, et d'autre part, dès que l'incision est un peu grande, il peut être très difficile d'empêcher les intestins de s'échapper au dehors.

(A suivre.)

REVUE DE LA PRESSE

De la pathogénie des paralysies brachiales chez le nouveau-né. — On sait, depuis les recherches de Erb, que, dans la paralysie obstétricale du membre supérieur chez le nouveau-né, les muscles atteints d'impotence fonctionnelle (deltoïde, biceps, coraco-brachial, brachial antérieur) sont sous la dépendance des cinquième et sixième paires cervicales. La paralysie obstétricale du membre supérieur est une paralysie radiculaire portant sur les cinquième et sixième racines cervicales.

Mais pourquoi la lésion se trouve-t-elle limitée aux deux racines supérieures du plexus brachial, alors que les autres échappent à tout froissement? C'est à la compression du point d'émergence de ces deux racines entre les deux chefs des scalènes (point de Erb), que, jusqu'ici, on rapportait la cause unique de la paralysie (Roulland, Budin). — Telle n'est point l'opinion de M. Fieux (de Lyon), qui vient de consacrer à cette question un intéressant article.

Passant en revue les diverses manœuvres obstétricales à la suite desquelles la paralysie du membre supérieur a été observée, il démontre par le contrôle anatomique que le traumatisme du point de Erb au cours de ces manœuvres est tout à fait imaginaire. Puis il cherche à donner une explication basée sur l'observation des faits et sur la disposition du plexus brachial.

A remarquer tout d'abord que, dans les accouchements compliqués de paralysie du membre supérieur, on retrouve constamment des tractions du cou, et, non pas tant les tractions directes, que celles qui se font tout en inclinant la tête vers une des deux épaules. Or, l'examen de la région explique comment ces tractions peuvent déterminer la paralysie des nerfs provenant des deux racines supérieures du plexus brachial.

Le plexus brachial, en effet, a la forme d'un cône, dont la base répond à la colonne cervicale et dont le sommet file vers le creux de l'aisselle; c'est dire que les deux racines supérieures montent plus haut sur la tige cervicale que les trois racines inférieures. Si, dès lors, on incline la tête sur une épaule, l'autre épaule étant fixée, la tige cervicale, en s'incurvant, tiraillera d'autant plus les nerfs du plexus brachial, que ceux-ci émanent de plus haut : ce que démontre la sensation perçue par le doigt sur le fœtus disséqué de tension grande des deux branches supérieures, alors que les trois autres restent relativement souples; ce que démontre encore la mensuration, après section, de la distance qui sépare de la colonne cervicale chacune des branches; ce que démontre, enfin, la rupture des cinquième et sixième racines cervicales, lorsqu'on exagère la traction inclinée du cou, tandis que les trois autres racines demeurent parfaitement intactes.

La paralysie obstétricale du membre supérieur doit donc être expliquée non par la compression du point de Erb, mais par les tiraillements des deux racines supérieures du plexus brachial au cours des tractions asynclitiques du cou.

Cette pathogénie cadre bien d'ailleurs avec les faits cliniques : dans les paralysies obstétricales, le deltoïde est toujours le muscle le plus atteint, parfois même le seul atteint. Or, le deltoïde, muscle le plus élevé du groupe musculaire innervé par le plexus, en reçoit les filets les plus élevés (loi de Forgue), ceux justement qui se trouvent exposés à être les plus tiraillés. D'autre part, en se reportant aux observations, on voit que le bras atteint de paralysie correspond au côté du cou qui, au cours des tractions pour dégager la tête dernière ou le tronc, a subi les tiraillements les plus considérables. (Fieux, *Ann. de gynécol.*, janvier 1897.)

Dr P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 31 MAI AU 5 JUIN 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 31 MAI. — 3e examen (2e partie) : MM. Fournier, Chauffard et Marie.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Poirier et Sebileau. — M. Retterer, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie) *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Ricard et Lejars; — (2e série) : MM. Delens, Humbert et Tuffier; — (2e partie) : MM. Potain, Hayem et Widal; — M. Jalaguier, suppléant.

MARDI 1er JUIN. — 3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Debove, Charrin et Thoinot; — (2e série) : MM. Raymond, Marfan et Roger.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Poirier et Gley; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Brun et Nélaton. — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Gilbert et Ménétrier; — (2e série) : MM. Proust, Chantemesse et Achard; — M. Hartmann, suppléant.

MERCREDI 2 JUIN. — 3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Landouzy, Marie et Gilles de la Tourette; — (2e série) : MM. Joffroy, Chauffard et Widal.

4e examen : MM. Potain, Pouchet et Wurtz.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Ricard, Retterer et Sebileau; — M. Humbert, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Peyrot et Walther; — (2e série) : MM. Tillaux, Marchand et Delbet; — (2e partie) : MM. Fournier, Netter et Gaucher; — M. Broca, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. Tuffier, suppléant.

JEUDI 3 JUIN. — 3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Charrin et Ménétrier; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Wurtz et Thoinot; — (3e série) : MM. Debove, Raymond et Achard.

4e examen : MM. Proust, Pouchet et Gilbert.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Farabeuf, Gley et Thiéry; — M. André, suppléant.

VENDREDI 4 JUIN. — 3e examen (2e partie) : MM. Landouzy, Chauffard et Marie.

4e examen : MM. Pouchet, Thoinot et Netter.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Marchand, Poirier et Sebileau; — M. Gaucher, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Peyrot, Jalaguier et Broca; — (2e série) : MM. Delens, Humbert et Delbet; — M. Walther, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. Lejars, suppléant.

SAMEDI 5 JUIN. — 4e examen : MM. Pouchet, Chantemesse et Gilbert.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Quénu et Poirier; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (2e partie, 1re série), *Hôtel-Dieu* : MM. Dieulafoy, Letulle et Roger; — (2e série) : MM. Raymond, Hutinel et Achard; — M. Brun, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Hartmann; — (2e série) : MM. Berger, Polaillon et Albaran; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Marfan et Ménétrier; — M. Nélaton, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar; — M. Chassevant, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 2 JUIN. — M. Dupeu. Sur la néphrite aiguë bénigne chez les enfants (MM. Laboulbène, président; Guyon, Pozzi et Marfan). — M. Gouzonnet. De la cystite et, en particulier, de la cystite dans les maladies infectieuses (MM. Guyon, président; Laboulbène, Pozzi et Marfan).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de chirurgiens des hôpitaux. — Séance du 19 mai (médecine opératoire) : « Ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. Désarticulation tibio-tarsienne. » — MM. Auvray et Launay, 29; Mauclaire, 28; Glantenay, Guillemain et Thiéry, 27; Chevalier et Souligoux, 26.

— Le jury du nouveau concours de chirurgiens des hôpitaux de Paris est définitivement composé de MM. B. Anger, Th. Anger, Chaput, Monod, Renault, M. Sée et Terrier.

— *Concours d'accoucheurs des hôpitaux.* — Séance du 21 mai : MM. Bouffe de Saint-Blaise, 18; Schwab, 15; Dubrisay, 14.

— Par décret, en date du 20 mai 1897, M. Chantemesse (André), agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pathologie expérimentale et comparée à ladite Faculté.

— Parmi les membres de la famille médicale qui ont reçu des distinctions honorifiques pour leur dévouement pendant la catastrophe de la rue Jean-Goujon, nous relevons les nominations suivantes :

Médailles d'argent de première classe : Mlle Adrienne Péan; M. Farjas de Lamothe, interne aux ambulances urbaines.

Médailles d'argent de deuxième classe : MM. les docteurs Selle, Socquet et Vibert; MM. Mortagne, Rudaux, Véron et A. Desjardins, internes à Beaujon; M. Roussel, interne au service médical de l'Exposition.

Mentions honorables : M. le docteur Ménard; MM. Bize, Decloux, Termet et Turner, internes à l'hôpital Beaujon; MM. Bouzanquet, Gosselin et Léon Goujon, externes des hôpitaux; MM. Moinet, étudiant en médecine, et Le Brun, interne des ambulances urbaines.

A ces noms il convient d'ajouter ceux de MM. Juramie, directeur de l'hôpital Beaujon; Lepagny, infirmier audit hôpital, et Broca, pharmacien.

— Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Albertin.

— Sont nommés membres des comités départementaux de l'Exposition de 1900, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Signoret (de Saint-Paul); Guilhaume (de Manosque); Domergue (de Marseille); Bonneau (de Courçon); Marianelli (de Rochefort; Affre (de Beaune); Vesoux (de Beaune); Sirot (de Flavigny); Moulinier (d'Excideuil); Peyrot (de Paris); Rabaud (d'Excideuil); Michaux (de l'Isle-sur-le-Doubs); Fesquet (de Sumène); Samalens (d'Auch); Domec (d'Arbis); David (de Montpellier); Wolff (de Tours); Sentex (de Saint-Sever); Le Bouteiller (de Valognes); Gueilliot (de Reims); Jacquelin (de Nully); Ducluzaux (de Stenay); Banteignie (de Berlaimont); Deltour (de Consolre); Goulard (de Solre-le-Château); Vauclin (de Chalange); Barré (de Passais); Guerlain (de Boulogne-sur-Mer); Druène (de Luz); Parès (de Rivesaltes); Calmon (de Céret); Carrère (de Prats-de-Mollo); Sévène (de Montlouis); Richard (de Termignon); Gisclard (d'Alby); Sudre (de Carmaux); Belletrud (de Pierrefeu); Blanc (de La Garde); Mesnard (de Saint-Gervais); Houpert (de Usson-du-Poitou); Simonin (de Limoges); Duché fils (d'Ouanne) et Lordereau (de Saint-Florentin).

— Un concours pour deux places de médecin suppléant des hospices et hôpitaux d'Amiens, s'ouvrira le lundi 16 août 1897, à midi, dans une des salles des hospices d'Amiens. Le registre d'inscription sera clos définitivement le 1er août 1897.

Un concours pour une place de chirurgien suppléant des hospices et hôpitaux d'Amiens, s'ouvrira le jeudi 19 août 1897, à midi, dans une des salles des hospices d'Amiens. Le registre d'inscription sera clos définitivement le 3 août 1897.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue de Beauvais, n° 127, à Amiens.

— Un cours et travaux pratiques de bactériologie médicale commenceront le vendredi 28 mai, à deux heures, à l'École de médecine, au laboratoire de M. le professeur Cornil, sous la direction de MM. Chantemesse et Bezançon. — Se faire inscrire à l'École pratique (laboratoire de bactériologie) de deux à cinq heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'importante communication faite dans la dernière séance par M. Hayem sur le syndrome de Reichmann, ou la sténose pylorique ou sous-pylorique, est devenue le point de départ d'une nouvelle discussion dans laquelle les orateurs paraissent, jusqu'ici du moins, bien loin de s'entendre. Le malentendu tient surtout à ce qu'ils désignent, sous le même nom, des états différents. Qu'a voulu démontrer M. Hayem? C'est que, lorsqu'on trouve d'une façon constante, après douze heures de jeûne, dans certains estomacs dilatés, du liquide avec des débris alimentaires, il s'agit d'une sténose pylorique ou sous-pylorique, que ces malades ne sont plus justiciables des moyens médicaux, mais bien de l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire de la gastro-entérostomie, seul moyen de les guérir. Telle est la proposition qu'a développée M. Hayem, telle est la conclusion pratique à laquelle l'ont conduit ses recherches sur ce point. M. Robin a pris la parole après M. Hayem et lui a fait surtout cette objection que, dans tous les cas connus aujourd'hui des pathologistes sous le nom de maladie de Reichmann, il ne s'agissait pas toujours de sténose vraie, comme le soutient M. Hayem, mais bien plus souvent de simple contracture du pylore. Pour soutenir cette affirmation, M. Robin se base sur les interventions chirurgicales, véritables autopsies sur le vivant, pratiquées chez un grand nombre de ces malades par M. Doyen. Comme conclusion thérapeutique, M. Robin, contrairement à M. Hayem, estime qu'un bon nombre de ces malades peuvent guérir par un traitement purement médical. Tel est aussi l'avis de M. Debove, qui pense que les malades atteints de gastro-succorrhée simple peuvent guérir sans opération. La discussion n'est pas close, et nous aurons à revenir sur cette importante question de pathologie gastrique encore bien obscure.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Nocard pour répondre, au nom de la commission des sérums, à une question du ministre de l'Intérieur relative à l'autorisation de vendre en France la nouvelle tuberculine de Koch.

M. Ehrmann (de Mulhouse) a fait une communication sur les fistules latérales consécutives à l'urano-staphylorraphie.

Enfin, M. Laborde a présenté un nouveau modèle du microphonographe Dussaud, perfectionné par MM. Jaubert et Berthon. Ce nouvel appareil, fort ingénieux, remplit toutes les conditions désirables pour les exercices auditifs nécessaires à la récupération et à l'apprentissage de la parole chez les sourds-muets.

REVUE GÉNÉRALE

Le syndrome de Reichmann; exposé critique des travaux récents sur l'hypersécrétion chlorhydrique continue.

Par M. Jean Ch. Roux,
Interne en médecine à l'hôpital Andral.

Sous le nom de maladie de Reichmann, on a décrit un syndrome morbide qui se rencontre fréquemment chez les dyspeptiques : le phénomène capital de cet ensemble de symptômes, c'est la présence dans l'estomac, le matin à jeun, d'un suc gastrique acide et capable de digérer les substances albuminoïdes.

D'après la théorie classique, la muqueuse stomacale ne sécréterait du suc gastrique que pendant la phase de digestion; dans la maladie de Reichmann il y aurait, au contraire, hypersécrétion chlorhydrique continue, c'est-à-dire se prolongeant dans l'intervalle des périodes digestives, et, en raison même de ce trouble des fonctions sécrétoires de l'estomac, se développeraient une série de phénomènes secondaires; l'ensemble clinique ainsi constitué est encore désigné sous le nom d'hypersécrétion continue ou gastro-succorrhée, ou encore, d'après A. Mathieu, sous le nom de syndrome de Reichmann.

Sa description a été reprise avec soin par de nombreux auteurs et, après les travaux de Reichmann, il faut citer ceux de Riegel et de ses élèves; de Boas, d'Ewald, en Allemagne; ceux de Bouveret et Devic, en France. Nous nous bornerons à rappeler les traits principaux de ce tableau.

La maladie de Reichmann s'observe, en général, sur des adultes de quarante à soixante ans, plus fréquemment chez l'homme que chez la femme; le plus souvent on trouve dans les antécédents du malade, des signes d'hyperchlorhydrie simple, sans hypersécrétion continue en dehors des périodes digestives et sans stase permanente. Pour la plupart des auteurs qui se sont occupés de ce sujet, la maladie de

Reichmann serait un chaînon intermédiaire dans cette évolution morbide, qui va de l'hyperchlorhydrie à l'hypersécrétion, et de l'hypersécrétion à l'ulcère.

D'après Bouveret et Devic, on doit reconnaître deux formes à la maladie de Reichmann, l'une intermittente, l'autre permanente. Dans la forme intermittente, plus rare et moins bien connue, l'hypersécrétion continue apparaît pendant une période qui peut être de quelques jours ou de plusieurs semaines. Puis l'estomac se calme, la sécrétion n'apparaît plus qu'au moment des repas, le malade entre dans une période d'accalmie, jusqu'à la crise prochaine. Pendant cette période d'accalmie, le malade présente en général des signes d'hyperchlorhydrie simple, mais les crises se rapprochent de plus en plus et le malade arrive à la deuxième forme de la maladie de Reichmann, la forme permanente, qui est celle que l'on connaît le mieux.

Voici, dans un cas typique, les caractères que présente l'hypersécrétion continue : le malade est un homme adulte, amaigri, un peu pâle, à la peau sèche, rude, un peu plus pigmentée qu'à l'état normal. Dans le courant de la journée apparaissent divers symptômes caractéristiques; le matin à jeun, l'estomac contient une quantité variable de liquide mélangé à des débris alimentaires; si la veille au soir on a eu la précaution de faire un lavage soigneux de l'estomac, de façon à faire disparaître toute trace d'aliments, la sécrétion continue pendant la nuit et le matin on trouve encore une quantité notable de liquide riche en acide chlorhydrique.

La matinée se passe, en général, sans grande douleur, l'appétit est bien conservé, et le malade mangerait volontiers, plus qu'il ne fait, s'il ne craignait d'augmenter les souffrances, qu'il sait devoir se produire à une phase plus ou moins avancée de la digestion. Après le repas de midi, vers trois heures, apparaissent des douleurs au niveau de l'estomac; d'abord légères, elles augmentent rapidement au point de devenir intolérables; c'est en général une sensation de brûlure à l'épigastre avec pyrosis et régurgitations acides; au bout d'une heure ou deux de souffrances parfois atroces, survient assez souvent un vomissement de liquide acide et la crise se termine. Il n'est pas rare que le malade provoque volontairement ce vomissement libérateur. L'après-midi s'achève tranquillement; mais après quelques heures de sommeil, apparaissent les mêmes douleurs qui amènent parfois un vomissement abondant vers le matin. La palpation de l'estomac n'est pas douloureuse, sauf au niveau de la région épigastrique, en un point assez localisé, qui paraît correspondre au pylore. En général, l'estomac est dilaté, sa limite inférieure descend au-dessous de l'ombilic; dans les cas où la maladie est de longue date et la dilatation accentuée, on peut voir, à travers la paroi abdominale, des ondulations péristaltiques se produire, qui rappellent celles que l'on perçoit assez souvent dans les ectasies stomacales, dues à une sténose pylorique. Le repas d'épreuve permet de constater l'existence de l'hyperchlorhydrie. Les fonctions de l'intestin sont plus ou moins troublées; le malade souffre d'une constipation opiniâtre, il a souvent de l'entérite muco-membraneuse. L'eau éliminée par les vomissements est quelquefois si abondante que la sécrétion urinaire diminue, le chiffre des chlorures baisse beaucoup, en même temps la soif est exagérée. La maladie évolue ainsi lentement, s'améliore sous l'influence du traitement, mais ne guérit jamais, et le malade reste exposé à de redoutables complications, la tétanie, l'hématémèse et l'ulcère.

Tel est, résumé en quelques mots, le tableau de la maladie de Reichmann : cette description correspond à des faits bien réels, c'est un ensemble de symptômes que l'on observe souvent chez les dyspeptiques, et tous les auteurs reconnaissent l'existence de ce syndrome. Mais l'entente cesse lorsqu'il s'agit d'interpréter ces phénomènes et de les attribuer à leur cause pathogénique.

Les auteurs à qui nous devons la description de cet ensemble symptomatique le rattachaient à un processus pathogénique univoque et en faisaient une maladie autonome. Une cause première, l'hypersécrétion continue, dominait la situation et entraînait à sa suite tous les autres symptômes.

Plusieurs travaux récents se sont élevés contre cette façon de voir les choses; ils n'ont vu, dans la maladie de Reichmann, qu'une forme particulière d'une affection déjà décrite, l'ectasie gastrique pour Schreiber, la sténose pylorique pour Hayem; mais ces deux auteurs, tout en niant l'autonomie de la maladie de Reichmann, sont peut-être trop absolus en ne reconnaissant chacun qu'une seule cause, toujours la même, à cet ensemble symptomatique.

Il nous semble que, s'il convient, dans le mécanisme du syndrome de Reichmann, d'attribuer un rôle pathogénique important à la stase permanente et à la sténose pylorique, cause fréquente de cette stase, il convient également de reconnaître une certaine importance à l'hypersécrétion chlorhydrique.

II

C'est Riegel (1) qui a, le premier, considéré la maladie de Reichmann comme une maladie autonome et qui a essayé d'en donner la pathogénie. Ces travaux ont paru en 1892 et 1893 Son explication repose tout entière sur la physiologie pathologique; l'hypersécrétion chlorhydrique continue est le trouble primitif qui tient sous sa dépendance tous les autres symptômes.

Sous une influence nerveuse mal déterminée, à la suite de l'hyperchlorhydrie simple, c'est-à-dire n'apparaissant que pendant les périodes digestives, s'établit la sécrétion continue : au début, c'est le seul trouble que l'on observe, l'estomac n'est pas dilaté, mais, le matin à jeun, on trouve un liquide acide et déjà les digestions sont ralenties.

Ce ralentissement de la digestion va s'accentuer; il dépend de la forte teneur en acide chlorhydrique du liquide sécrété : en effet, la salive n'agit plus dans ce milieu acide, comme l'a montré Ewald : et tandis que les matières albuminoïdes sont rapidement transformées par le suc gastrique, les substances amylacées restent dans l'estomac, sans être digérées; elles s'accumulent dans le grand cul-de-sac ou, plus exactement, dans l'antre prépylorique; elles le chargent et peu à peu le distendent par leur poids.

En même temps, dans cette bouillie, qui stagne dans l'estomac, se développent des fermentations. La présence d'acide chlorhydrique en excès ne suffit pas, en effet, à détruire les germes qui pullulent dans ce milieu; les travaux récents de Lesage (2), de Kuhn (3), de Hoppe-Seyler (4), de Bial (5) sont unanimes sur ce point. Malgré

(1) Riegel. *Deuts. med. Wochens.*, 1892 et 1893.
(2) Lesage, cité par Hayem. *Leçons de chirurgie*, 4e série, 1893, p. 201.
(3) Kuhn. *Zeits. f. klin. Med.*, 1892, et *Berl. klin. Wochens.*, 1892.
(4) Hoppe Seyler. *Prag. med. Wochens.*, 1892.
(5) Bial. *Arch. f. exper. Pathol. und pharm.*, t. XXXVIII.

l'hyperacidité, par suite de la stagnation des liquides stomacaux, et plus particulièrement des hydrates de carbone, des fermentations se produisent avec une grande intensité. Certaines d'entre elles donnent naissance à des gaz.

Les gaz ainsi produits vont distendre mécaniquement la grande courbure de l'estomac et concourir à augmenter l'ectasie gastrique qui existe dans presque tous les cas de maladie de Reichmann. Désormais l'insuffisance motrice et la rétention vont compléter le syndrome de Reichmann, tel que nous l'avons décrit plus haut.

Pour être complet, il nous faut ajouter qu'un certain nombre d'auteurs (Jaworski, Bouveret, Doyen) font entrer en jeu un troisième facteur qui vient accroître encore la dilatation de l'estomac : c'est la contracture du pylore : le contenu trop acide de l'estomac exciterait la muqueuse et amènerait un état spasmodique habituel du pylore : c'est un nouvel obstacle à l'évacuation de l'estomac, d'où rétention encore plus marquée des résidus alimentaires et distension consécutive. Bien que cette hypothèse soit parfaitement logique, nous devons reconnaître qu'on ne peut invoquer à son appui aucun fait : nous ignorons à peu près complètement la physiologie normale du pylore, et à plus forte raison sa physiologie pathologique. Ce troisième facteur hypothétique n'est donc pas comparable aux deux raisons invoquées par Riegel pour expliquer l'ectasie gastrique, la rétention des amylacées et les fermentations gazeuses.

Il est, en effet, facile de donner la preuve que ce processus n'est pas une simple vue de l'esprit, mais qu'il correspond à un fait réel d'observation.

Chez ces malades, l'examen du repas d'épreuve est caractéristique : il ne faut pas employer le repas d'Ewald composé de thé et d'une petite quantité de pain, mais le repas de Riegel qui se compose d'une assiette de soupe, d'un gros beefsteak et d'un petit pain blanc. Tout d'abord on constate que l'évacuation de l'estomac est retardée ; c'est une première différence entre la maladie de Reichmann et l'hyperchlorhydrie ; dans cette dernière affection, compliquée ou non d'ulcère, l'estomac est vide au bout de deux heures et demie à trois heures. Chez le malade atteint d'hypersécrétion continue, la sonde ramène une quantité de matières, 1 litre et plus, cinq et même six heures après le repas. Cette masse de liquide se divise en trois couches : une inférieure composée de fins fragments de substances amylacées non digérées, toutes les particules de viande ayant disparu ; une couche moyenne, composée d'un liquide trouble et jaune ; une couche supérieure écumeuse et due aux fermentations gastriques. Si on laisse à l'air le vase qui contient ce liquide, on voit des bulles gazeuses se dégager de la couche profonde, monter à travers le liquide qui forme la couche moyenne et venir se perdre dans l'écume de la surface.

Si, en se servant du procédé de Kuhn, on mesure la quantité de gaz produite, on constate que 1 litre de ce contenu gastrique fournit en une heure plusieurs litres de gaz inflammable. Ainsi, avec un seul examen de repas d'épreuve, nous prenons connaissance de deux phénomènes qui dérivent de l'hypersécrétion continue et qui complètent la maladie de Reichmann, la rétention des amylacées et les fermentations gazeuses.

Tout en admettant les idées de Riegel, Bouveret s'est efforcé de les préciser sur plusieurs points. Il faut, d'après lui, reconnaître quatre degrés dans la marche de la maladie de Reichmann et, à chaque degré, correspond une altération de l'estomac et de sa muqueuse.

Dans le premier degré, l'affection est constituée par un simple trouble fonctionnel de l'appareil sécréteur. L'hypersécrétion est continue, mais elle peut présenter des périodes de rémission : elle n'est pas très abondante : le matin à jeun, on ne retire de l'estomac que 60 à 150 centimètres cubes de liquide. Ce liquide est dépourvu de résidus alimentaires, car il n'y a pas encore de trouble moteur.

La gastrite secondaire n'est pas encore développée. « Somme toute, l'appareil sécréteur subit une excitation exagérée ; cette excitation porte soit sur les centres nerveux, soit sur la muqueuse gastrique elle-même ; elle est centrale ou périphérique. Ce premier point est établi par l'étude des causes ordinaires de la maladie (mastication imparfaite, habitude de manger vite, alimentation grossière, usage de mets excitants, usage de boissons alcooliques et stimulantes). A une excitation excessive, l'appareil sécréteur répond par une sécrétion exagérée, passagère ou durable, intermittente d'abord, permanente plus tard. »

Ce qui caractérise le deuxième degré, c'est le commencement de la rétention gastrique. Le liquide du matin contient des résidus alimentaires. La perte des forces et l'amaigrissement commencent à paraître ; les vomissements sont plus abondants. Il est très vraisemblable qu'à ce moment la gastrite s'établit. L'excès de la fonction entraîne, bientôt, l'hypertrophie et l'hyperplasie de l'organe : les cellules bordantes augmentent de volume et de nombre, et existent même jusque dans le voisinage du pylore. C'est la gastrite parenchymateuse, telle que Hayem l'a trouvée « à l'autopsie de deux malades qui avaient présenté les symptômes de l'hypersécrétion ».

Le troisième degré est ce que l'on pourrait appeler la période d'état de la maladie de Reichmann : la dilatation est plus marquée et l'hypersécrétion plus active. La malade présente le type que nous avons décrit comme caractéristique de la maladie de Reichmann. « Le processus anatomique s'est complété par l'adjonction à la gastrite parenchymateuse hyperpeptique de la gastrite interstitielle, c'est-à-dire de l'infiltration lymphoïde et de la prolifération des cellules du tissu conjonctif inter-glandulaire et sous-muqueux. »

Enfin, le quatrième degré comprend les cas très graves et très anciens, dans lesquels les glandes gastriques sont épuisées, et ne sécrètent plus qu'une moindre quantité d'un liquide pourvu en acide chlorhydrique et en ferments digestifs. C'est l'atrophie de la muqueuse consécutive à l'organisation fibreuse du tissu interstitiel de nouvelle formation et à l'atrophie des éléments glandulaires.

Voilà donc la maladie de Reichmann constituée de toutes pièces, avec la série de lésions organiqnes secondaires qui viennent se surajouter à l'hypersécrétion chlorhydrique continue, trouble fonctionnel primitif.

III

Cette systématisation, un peu trop hâtive peut-être, n'a pas été sans rencontrer de nombreux adversaires. Les plus redoutables et les plus acharnés sont, en Allemagne, Schreiber, en France, Hayem : nous allons étudier leurs arguments et passer en revue les explications qu'ils opposent à celles de Riegel et de Bouveret.

L'argumentation de Schreiber repose sur les deux faits suivants :

1° A l'état normal, la sécrétion de l'estomac est continue ;

entre les repas, entre les phases de *sécrétion vraie* existe toujours une *sécrétion fruste*, peu abondante, il est vrai, due aux excitations permanentes qu'exercent sur l'estomac la salive déglutie, les débris épithéliaux et les résidus alimentaires. Schreiber conclut que la sécrétion continue ne peut pas caractériser un état morbide puisqu'elle existe à l'état physiologique;

2° D'autre part, dans tous les cas de maladie de Reichmann il existe une insuffisance motrice de l'estomac; les résidus alimentaires abondants, par l'excitation constante qu'ils exercent sur la muqueuse, exagèrent la sécrétion fruste et provoquent une hypersécrétion continue. L'hypersécrétion est la conséquence de la stase; si l'on supprime la stase, l'hypersécrétion s'arrête. Voilà donc la maladie de Reichmann compromise dans son essence même.

Pour établir ces deux idées et pour les défendre, Schreiber a publié de nombreux travaux (1) que nous allons résumer.

La théorie de la sécrétion intermittente de l'estomac a été empruntée à la physiologie. Haidenhain écrit, en effet (1) : « Bien que, dans certaines circonstances, il puisse y avoir une petite sécrétion dans un estomac vide, cette sécrétion est nulle en comparaison de la sécrétion abondante qui accompagne la digestion. » Mais, il faut remarquer que Haidenhain parle d'un *estomac vide*, c'est-à-dire d'un état artificiel qui n'existe jamais spontanément; pour arriver à cette vacuité absolue, il lui fallait soit arracher les glandes salivaires des animaux en expérience, soit isoler une partie de l'estomac.

Ce qui se passe à l'état normal est tout différent : si l'on prend un animal *à jeun*, son estomac contient toujours des substances étrangères qui excitent la sécrétion. Haidenhain reconnaît lui-même « que les chiens et les chats, tués à jeun, ont souvent une plus ou moins grande quantité de liquide acide dans l'estomac ». Spallangari avait déjà fait la remarque que les animaux à jeun ont toujours des résidus alimentaires, et qu'il fallait prendre les poulets au sortir de l'œuf pour ne rien trouver dans l'estomac.

Dans le même ordre d'idée, à l'appui des idées de Schreiber, on peut citer les observations de Frémont (2); cet auteur a réuni directement l'œsophage au duodénum, sur un certain nombre de chiens ; l'estomac isolé était ouvert à la paroi par une fistule : « J'ai constaté, dit-il, que l'estomac de mes animaux fonctionnait d'une manière permanente et sécrétait continuellement un suc acide et capable de digérer. » On peut même noter que cette sécrétion continue se produisait sur l'estomac complètement vide ; toutefois, on peut objecter, non sans quelque apparence de raison, que l'estomac du chien, ainsi « isolé », n'est pas dans les conditions physiologiques en ce qui concerne, sinon la qualité de la sécrétion, mais tout au moins sa répartition dans le temps, même lorsque les pneumogastriques n'ont pas été sectionnés.

Au reste, d'après Schreiber, la preuve la plus solide est donnée par l'exploration avec l'aide de la sonde. C'est donc le procédé auquel il a eu recours. Sur quinze individus bien portants, il a introduit la sonde dans l'estomac, le matin à jeun.

(1) Schreiber. *Arch. f. expérim. pharm.*, 1888; — *Deuts. med. Wochens.*, 1893; — *Arch. f. klin. Med.*, 1894; — *Arch. f. Verdanungs Krankheiten*, 1896.

(2) Frémont. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895.

L'opération doit être faite rapidement et ne pas durer plus de une à deux minutes. Or, dans tous les cas, Schreiber a retiré, par ce procédé, une petite quantité d'un suc acide (quantité variant de 5 à 15 centimètres cubes.)

D'autres auteurs ont pu vérifier ce fait. Riegel, il est vrai, n'a pu extraire un liquide de l'estomac normal à jeun, que dix fois sur une trentaine d'essais environ. Mais Martiüs (1) a eu des résultats tout à fait conformes à ceux de Schreiber: il a fait ses recherches sur des soldats entrés à l'hôpital pour des maladies bénignes (panaris, conjonctivite) et complètement rétablis. Il s'est efforcé d'abréger, autant que possible, la durée du cathétérisme, l'introduction de la sonde durait de huit à dix secondes; l'extraction du contenu gastrique, par aspiration, durait cinq secondes. La seule objection possible, c'est qu'en allant si vite, on ne retirait pas tout le liquide. Il a examiné ainsi, le matin à jeun, 16 individus normaux, n'ayant jamais souffert de l'estomac; dans tous les cas il a trouvé du liquide de sécrétion: 11 fois il a retiré de 5 à 10 centimètres cubes; 3 fois, 15 centimètres cubes; 1 fois, 20 centimètres cubes; 1 fois, 30 centimètres cubes. Le liquide était toujours acide; l'acidité exprimée en acide chlorhydrique variait de 0,4 à 1,5 p. 1000. La réaction de la peptone existait dans dix de ces cas, et résultait probablement de la digestion du mucus salivaire ou nasal dégluti.

Quelques auteurs ont pourtant discuté ces résultats, Hoffmann (2) et Pick (3) pensent que la sécrétion est due au contact de la sonde sur la muqueuse gastrique. Schreiber leur répond, semble-t-il avec raison, que l'excitation mécanique produite par l'introduction d'une sonde molle et son séjour très court dans l'estomac est insuffisant pour provoquer une sécrétion aussi abondante : la muqueuse réagit peu aux excitations mécaniques. Pour recueillir 50 à 60 centimètres cubes de suc gastrique, Beaumont devait irriter la muqueuse de son malade pendant quinze minutes. Bidder et Schmidt ont observé le même fait sur un chien. D'autre part, Hoffmann a tort de prétendre que les efforts de vomissement multiplient les contacts avec la sonde : pendant le vomissement l'estomac reste immobile; Schreiber a vu chez Mickulicz des vomissements dus au chloroforme survenir chez des malades à la fin de l'opération de la gastro-entérostomie ; l'estomac ne présentait pas le moindre mouvement : et pourtant, avant l'opération, l'intégrité de l'estomac se laissait deviner par des mouvements péristaltiques aperçus sous la peau. Enfin, l'introduction de la sonde provoque un sentiment de malaise, des nausées, des efforts de vomissements et, selon Ludwig. le vomissement arrête aussitôt la sécrétion de l'estomac : Beaumont avait constaté le même résultat sur son malade « sous l'influence de l'anxiété et de la crainte ».

Il nous semble donc que les observations de Schreiber sont parfaitement justes. Il est difficile de comprendre la mauvaise volonté des partisans de la maladie de Reichmann à admettre ces faits. Qu'à l'état normal, il y ait ou il n'y ait pas de sécrétion pendant le jeûne, cela ne diminue en rien la valeur de l'hypersécrétion constatée dans le syndrome de Reichmann; ne savons-nous pas, depuis Claude Bernard, que les lois de la maladie ne diffèrent pas des lois de la

(1) Martius. *Deuts. med. Wochens.*, 1891, n° 32.

(2) Hoffmann. *Berlin. klin. Wochens.*, 1889.

(3) Pick. *Prag. med. Wochens.*, 1889.

santé, et que les symptômes morbides ne sont que l'exagération de phénomènes normaux?

En réalité, l'argument le plus sérieux de Schneiber, c'est la fréquence de l'ectasie gastrique dans la maladie de Reichmann. Riegel, G. Sée et ses élèves, Bouveret, A. Mathieu et Rémond (de Metz) avaient déjà noté ce fait : il est vrai qu'ils regardaient ces troubles moteurs comme secondaires ou simplement parallèles à l'hypersécrétion. D'après Schreiber, les cas d'ectasie gastrique dans la maladie de Reichmann sont encore plus fréquents qu'on ne le croit. Un estomac peut ne pas descendre au-dessous de l'ombilic et présenter pourtant une insuffisance motrice marquée; il suffit par exemple qu'une péritonite partielle, développée autour d'un ulcère, l'ait fixé très haut dans l'abdomen : il est certain que nombre de cas d'insuffisance motrice ont échappé aux observateurs qui croient nécessaire de provoquer le clapotage au-dessous de l'ombilic pour poser ce diagnostic.

Que va-t-il arriver dans ces estomacs qui retiennent ces débris alimentaires? Sous l'influence de cette excitation continue, la muqueuse va secréter continuellement; la sécrétion fruste, peu abondante, que nous avons constatée dans l'intervalle des repas, va devenir beaucoup plus abondante; l'estomac présente une digestion continuelle. Si bien que l'hypersécrétion, loin d'être primitive, n'apparaît que sous l'influence de la stase alimentaire, c'est une complication banale, d'une maladie banale, l'ectasie gastrique.

Il est vrai que Reichmann prétend éviter la stase en faisant la veille au soir un lavage de l'estomac; mais, d'après Schreiber, c'est se faire illusion sur le pouvoir du lavage : toutes les fois qu'il s'est agi de faire une intervention chirurgicale, quelle que soit l'attention qu'on ait mise à bien laver l'estomac, toujours des aliments persistaient dans la cavité gastrique au moment de l'opération. Non seulement on ne retire pas tous les aliments, mais il reste toujours dans l'estomac une certaine quantité de l'eau du lavage; après avoir, en apparence, retiré toute l'eau du lavage, mettez le malade dans le décubitus dorsal et vous verrez, en effet, une nouvelle quantité de liquide sortir par la sonde. Or, cette eau excitante, que vous laissez forcément, séjourne dans l'estomac ectasié et contribue à entretenir la sécrétion et, le lendemain matin à jeun, vous constatez la présence du suc gastrique, parfois plus abondant que si vous n'aviez pas lavé l'estomac.

Reste enfin le dernier argument, le plus important. La stase alimentaire est si bien la cause de l'hypersécrétion qu'en faisant disparaître la stase, on supprime, du même coup, l'hypersécrétion. Schreiber rapporte les observations de plusieurs malades qui, par la gastro-entérostomie, furent guéris à la fois de leur stase et de leur hypersécrétion.

Boas (1), sans être aussi intransigeant que Schreiber, reconnaît que, dans la majorité des cas, l'insuffisance mécanique est le trouble dont dépendent tous les symptômes de la maladie de Reichmann. Il rapporte l'histoire d'un de ces malades, atteint d'hypersécrétion continue typique. Tous les matins à jeun il avait de fortes quantités de liquide.

Le 21 janvier 1895, on lui fait un grand lavage de l'estomac jusqu'à ce que l'eau ressorte claire. Puis on supprime toute alimentation par la bouche et on le met aux lavements nutritifs. Le lendemain matin la sonde retire 500 centimètres cubes d'un liquide clair-acide; à sept heures du soir, on ne trouvait plus que 6 centimètres cubes d'un liquide légèrement alcalin; et le 23 janvier au matin, l'estomac *était entièrement vide;* il n'y avait pas eu d'hypersécrétion. Cet état se maintint toute la journée. Puis le malade fut remis à l'alimentation par la bouche et l'hypersécrétion revint. On se décida donc à faire la gastro-entérostomie et la sécrétion de l'estomac devint parfaitement normale, mais le malade mourut quelque temps après d'une affection intercurrente.

L'opinion de Schreiber est donc formelle : la prétendue maladie de Reichmann n'est pas une maladie autonome, ce n'est qu'une complication nécessaire de l'ectasie gastrique. On voit d'ici l'erreur de raisonnement; certes, les faits sur lesquels s'appuie notre auteur sont bien observés et indiscutables, mais la conclusion dépasse les preuves. Schreiber a bien montré que dans la majorité des cas, l'ectasie gastrique était nécessaire pour provoquer l'hypersécrétion, mais il n'a pas prouvé qu'elle fût suffisante. Il ne s'est pas occupé des cas où l'ectasie existe sans hypersécrétion, faits qui nous montrent que l'insuffisance motrice n'est pas tout dans le syndrome de Reichmann; c'est un point sur lequel nous allons revenir.

Hayem (1) professe une opinion encore plus intransigeante que celle de Schreiber. D'après lui, sous le nom de maladie de Reichmann, on n'a décrit qu'un certain nombre de cas de sténose pylorique. Les signes de la maladie de Reichmann sont ceux que l'on observe dans les cas de dilatation par obstacle mécanique à l'évacuation de l'estomac : vomissements abondants, grande dilatation de l'estomac, atonie gastrique, agitation péristaltique, liquide à jeun contenant des débris alimentaires, nécessité d'employer de grandes quantités d'eau pour nettoyer à fond l'estomac. Cette identité de symptôme montre déjà que l'on est en présence de la même affection. Mais il est un argument plus sérieux encore, c'est l'existence d'une sténose pylorique constatée à l'autopsie ou lors de l'intervention chirurgicale : c'est le résultat des observations de Hayem. Il faut bien reconnaître que cela est parfaitement juste; à l'étranger, dans les observations de maladie de Reichmann que nous avons relevées, on trouve souvent dans les antécédents des symptômes d'ulcère, et lorsqu'il y a une autopsie, presque toujours on constate une sténose du pylore. Chez quatre malades suivis par M. A. Mathieu, il y avait également un ulcère au voisinage du pylore, constaté à l'examen nécroscopique. Il n'y a guère que le cas cité par M. Bouveret (2) où il n'est pas fait mention d'obstacle mécanique à l'évacuation du pylore. Il ne faut pas oublier, toutefois, que les autopsies de malades atteints du syndrome de Reichmann sont rares, et l'on peut se demander si ceux qui succombent ne sont pas presque exclusivement ceux qui ont un ulcère chronique de l'estomac ou une sténose pylorique consécutive.

Hayem conclut ainsi : « En résumé, en voulant créer une sorte d'entité morbide, sans s'appuyer sur l'anatomie pathologique, on a mis sur un certain tableau clinique une étiquette de fantaisie, des faits avec autopsie démontrant

(1) Boas. *Berlin. klin. Wochens.*, 1895, n° 46.

(1) Hayem. *Presse méd.*, 21 mars 1897. — Cette Revue était écrite et déposée au bureau du journal lorsque M. Hayem a fait à l'Académie de médecine (19 mai) une communication sur les sténoses incomplètes pyloriques et sous-pyloriques (voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 582). Il y a affirmé les mêmes idées d'une façon plus catégorique encore.

Dans la séance du 25 mai, les idées de M. Hayem ont été combattues par MM. A. Robin et Debove.

(2) Bouveret. *Maladies de l'estomac*, p. 210.

que ce tableau, d'ailleurs bien observé, est celui de la sténose pylorique; l'étiquette est à changer. »

Faut-il donc admettre cette conclusion? Ces deux termes sténose pylorique et maladie de Reichmann se correspondent-ils exactement? Nous ne le croyons pas : et s'il est vrai que la sténose pylorique puisse réaliser le syndrome de Reichmann, nous pensons qu'il est un certain nombre de cas où ce syndrome existe sans obstacle à l'évacuation mécanique de l'estomac. C'est un point que nous allons discuter plus en détail tout à l'heure.

D'autre part, il est certain que la sténose seule du pylore ne suffit pas pour créer le syndrome de Reichmann, il faut autre chose.

Quoi qu'il en soit, les recherches de Schreiber et celles de Hayem ont montré que la maladie de Reichmann n'était pas une entité morbide. C'est un ensemble symptomatique fort net, mais qui s'observe dans des conditions assez variables; nous savons déjà que l'ectasie gastrique, comme la sténose pylorique, peuvent parfois réaliser ces conditions, aussi le terme de maladie de Reichmann ne peut plus être soutenu; on ne doit parler que du syndrome de Reichmann.

IV

Les conclusions de Schreiber, comme celles de Hayem bien que justes au point de vue où se mettent ces auteurs, nous ont paru trop absolues.

Considérons, tout d'abord, l'ectasie et l'insuffisance motrice. Il est certain qu'il existe des cas où l'on a observé tous les signes du syndrome, sans ectasie appréciable : on peut citer le deuxième cas du mémoire de Reichmann. Après distension gazeuse, l'estomac n'arrivait qu'à deux doigts au-dessus du nombril. Même chose, dans la troisième observation de Martiüs (1) : le matin, à jeun, on trouvait, dans l'estomac, 200 à 300 centimètres cubes d'un liquide, riche en acide chlorhydrique, et pourtant où l'on ne notait rien d'anormal, tant pour la grosseur que pour la force motrice. Lichteim (2) a rapporté aussi un cas analogue.

A cela, Schreider répondrait sûrement que, si l'ectasie gastrique était minime, il y avait cependant stase. Voici un fait dans lequel l'hypersécrétion était, en tout cas, beaucoup plus marquée que la stase.

Strauss (3) a publié une observation qui, d'après lui, réaliserait le type de l'hypersécrétion continue, sans trace d'insuffisance motrice. Ce malade présentait le tableau complet du syndrome de Reichmann; de plus, une semaine avant son entrée à l'hôpital, s'étaient manifestés des symptômes d'ulcère : l'estomac ne présentait pas de dilatation; la grande courbure restait au-dessus d'une ligne passant par l'ombilic. D'après Strauss, la fonction motrice était intacte également : le matin, à jeun, on retirait plus de deux litres d'un liquide jaune, d'odeur acide, et, mis à l'étuve, ce liquide ne fermentait pas, même si l'on y ajoutait du sucre de raisin : au microscope, on ne pouvait reconnaître aucune levure, or, l'on sait que la présence de levures et la fermentation à l'étuve est le meilleur signe de l'insuffisance motrice de l'estomac et de la stagnation des liquides qu'il contient. De ces considérations, Strauss conclut que l'estomac de son malade ne présentait ni ectasie, ni trouble moteur; mais nous ne pouvons souscrire, sans réserve, à cette conclusion; d'autres signes, sur lesquels Strauss n'insiste pas assez, montrent que, chez ce malade, l'évacuation de l'estomac était difficile : c'est ainsi que le liquide retiré le matin à jeun n'était pas complètement dépourvu de débris alimentaires: « Dans le verre où l'on mettait les deux litres du liquide retiré, ces débris atteignaient à peine une hauteur d'un quart de centimètre, » écrit Strauss. C'est évidemment peu de chose; mais, plus loin, on nous apprend que, à la partie supérieure de ce liquide flottait une couche composée de graisse tenant en suspension des matières amylacées non digérées. Voilà qui change les choses; cette proportion assez considérable de matières alimentaires retenues dans l'estomac, nous montre bien que, dans ce cas de Strauss, l'hypersécrétion était également accompagnée d'un certain degré de rétention. Du reste, le malade, à son entrée à l'hôpital, avait présenté des symptômes d'ulcus, ce qui le fait rentrer dans la série étudiée par Hayem.

Mais il existe toute une série de cas où l'examen chimique du liquide retiré le matin à jeun nous donne la preuve qu'il n'existe pas de stase alimentaire. Bouveret et Devic avaient signalé, parmi les signes de la maladie de Reichmann, l'absence de peptone dans le liquide d'hypersécrétion.

En réalité, chez la plupart de ces malades qui présentent une insuffisance motrice de l'estomac et de la stase alimentaire, on trouve constamment des peptones. Néanmoins, on trouve un certain nombre de cas où la réaction de la peptone fait défaut : l'estomac, tout en sécrétant continuellement un suc acide, a évacué toutes les substances albuminoïdes qu'il contenait, et même le produit de leur digestion chlorhydropeptique. L'hypersécrétion dans ces cas l'emporte donc nettement sur l'insuffisance motrice. Nous en avons récemment observé encore un exemple dans le service du docteur A. Mathieu.

Enfin, MM. A. Mathieu et Hallot ont décrit au Congrès de Lyon une méthode grâce à laquelle on peut arriver, dans certains cas, à estimer, dans le liquide trouvé dans l'estomac au cours d'un repas d'épreuve, la proportion du liquide de rétention et du liquide de sécrétion.

Ils incorporent dans le repas d'épreuve 10 grammes d'huile finement émulsionnée; comme l'huile n'est pas absorbée dans l'estomac, on peut, par son dosage dans le liquide retiré de l'estomac, « calculer combien, pour une phase donnée de la digestion, il persiste du liquide primitif et combien il s'y est ajouté de liquide de sécrétion » (1). Par ce procédé, ils ont pu chez un malade mettre en évidence l'hypersécrétion sans stase alimentaire. Ce malade était nettement hyperchlorhydrique (chlore total = 435, acide chlorhydrique libre = 100, acide chlorhydrique combiné = 185, chlore fixe = 150, acidité totale = 305). Or, le repas d'épreuve, à l'huile, indiquait une hypersécrétion considérable; il avait 205 centimètres cubes de liquide de sécrétion au lieu de 95 centimètres cubes qui est le chiffre normal. Cependant la motricité et la perméabilité du pylore étaient intactes, car il n'y avait pas de stase, pas de rétention du liquide ingéré pour le repas d'épreuve. C'était donc un cas d'hypersécrétion avec hyperchlorhydrie sans stase. Depuis, M. A. Mathieu a pu, à plusieurs reprises, démontrer par le

(1) Martius. *Deuts. med. Wochens.*, 1894,
(2) Lichteim. *Deuts. med. Wochens.*. 1893.
(3) Strauss. *Berlin. klin Wochens.*, 1894.

(1) Soc. de biol., 18, 25 janvier et 15 février 1896.

même procédé la réalité de l'hypersécrétion dans l'hyperchlorhydrie, sans insuffisance motrice.

Mais on peut apporter une autre série de preuves contre les opinions trop absolues de Schreiber et d'Hayem. D'une part, tous les cas d'ectasie gastrique ne se compliquent pas de syndrome de Reichmann. Strauss a examiné à jeun l'estomac de 38 dyspeptiques, dont beaucoup, par leur état général et local, réalisaient les conditions de l'insuffisance motrice. Il n'a trouvé, en moyenne, que 10 centimètres cubes de liquide acide, tandis que dans quatre cas d'hypersécrétion, il trouvait de 250 à 600 centimètres cubes de liquide.

D'autre part, parmi les individus présentant le syndrome de Reichmann, le nombre des individus qui ont eu des ulcères, qui peuvent avoir par conséquent, une sténose mécanique du pylore, est relativement restreint. Sur 30 malades observés par Honigmann (1) et présentant le syndrome de Reichmann, 6 fois l'existence d'un ulcère était certaine, 11 fois elle était probable; de même Johnson et Bœhm (2), sur 106 cas d'hypersécrétion continue, n'ont constaté des antécédents d'ulcères que 17 fois.

Il ne peut donc pas s'agir de sténose pylorique dans tous les cas où le syndrome de Reichmann existait : la quantité considérable des malades atteints d'hypersécrétion continue (Riegel dit en avoir vu plus d'une centaine dans une année), comparée à la rareté des cas de sténose pylorique, parle dans le même sens.

Nous en arrivons donc à conclure que le syndrome de Reichmann est moins fréquent que l'ectasie gastrique et moins rare que la sténose pylorique. L'insuffisance motrice ne suffit pas à le provoquer, contrairement à ce que pensait Schreiber; et bien que les obstacles mécaniques à l'évacuation de l'estomac puissent s'accompagner des mêmes symptômes, comme l'a fait remarquer Hayem, cette étiologie ne suffit pas à elle seule. A quelle idée pouvons-nous donc nous arrêter?

Il nous faut admettre que le syndrome de Reichmann peut exister dans plusieurs conditions différentes :

Tout d'abord, dans un certain nombre de cas, il paraît s'agir d'un trouble primitif de la sécrétion, sans insuffisance motrice. Nous avons énuméré plus haut les observations de cette variété que l'on connaît; dans ce groupe se rangent tous les malades dont le liquide de sécrétion, le matin à jeun, ne contient pas de peptone. Peut-être pourrait-on rapprocher de cette variété la maladie décrite par M. Hayem sous le nom de gastro-succorrhée (3), où l'hypersécrétion ne s'accompagne pas de dilatation marquée de l'estomac. Toutefois, comme le fait remarquer M. Hayem, la gastro-succorrhée ne présente pas tous les signes du syndrome de Reichmann, elle en est assez différente pour qu'il soit possible d'en faire le diagnostic. Aussi semble-t-il qu'il s'agisse là d'une maladie à part, « d'une variété de gastropathie, d'ailleurs assez rare, qui ne se rencontre que chez des individus prédisposés, à réaction nerveuse spéciale exagérée. »

En dehors de ces cas sans insuffisance motrice, peu nombreux somme toute, le syndrome de Reichmann s'accompagne presque toujours de rétention alimentaire. L'estomac s'évacue mal et des détritus alimentaires séjournent d'une façon prolongée dans sa cavité : ils exercent sur la muqueuse une excitation continuelle qui, d'après Schreiber, suffirait à amener l'hypersécrétion continue du suc gastrique. Nous avons vu que cette explication est insuffisante : il est un autre élément nécessaire, c'est l'état anatomique et physiologique de la muqueuse; il faut que l'irritabilité secrétoire soit déjà exagérée pour que l'hypersécrétion puisse se produire et qu'elle possède un nombre suffisant de cellules bordantes.

En effet, que nous apprend l'histoire des malades?

Le plus souvent il s'agit d'anciens hyperchlorhydiques; depuis longtemps leur estomac sécrétait trop de liquide acide, mais au moment des repas seulement. Puis cette hypersécrétion s'est prolongée dans l'intervalle des repas; elle est devenue continue. Dans cette évolution, la stase gastrique paraît jouer un rôle; pour expliquer son apparition on peut avoir recours à diverses hypothèses.

Au début, on invoquait l'atonie du muscle gastrique; plus récemment on a fait jouer un rôle important au spasme du pylore, expliquant par là les cas où la rétention gastrique n'apparaît que d'une façon passagère. En disant, avec M. A. Mathieu, qu'il y a une incoordination motrice aboutissant à la stase, on concilie ces deux opinions. Cette explication conviendrait surtout pour les malades chez lesquels le syndrome de Reichmann apparaît d'une façon temporaire, et disparaît sous l'influence d'un traitement approprié ou même simplement d'une hygiène meilleure. D'autres auteurs ont pensé que les matières amylacées, mal digérées dans un suc gastrique trop acide, en s'accumulant dans le basfond prépylorique, en séjournant trop longtemps dans l'estomac, peuvent contribuer à le distendre peu à peu. Enfin, l'hyperchlorhydrie peut s'accompagner d'un ulcère, suivi lui-même d'une sténose pylorique, qui gêne l'évacuation de l'estomac. Nous ne citerons que pour mémoire les cas où la sténose pylorique est indépendante de l'hyperchlorhydrie, et résulte, par exemple, d'adhérences pyloro-hépatiques (1).

Dans tous ces cas, quel que soit son mode d'apparition, la stase alimentaire exerce une excitation permanente sur une muqueuse, déjà irritée et même anatomiquement altérée; sous cette influence, l'hypersécrétion devient continue et alors apparaissent les signes du syndrome de Reichmann.

Cette longue discussion n'est pas purement théorique; elle aboutit à des résultats pratiques fort importants; nous les indiquerons en quelques mots :

Dans la très grande majorité des cas, le syndrome de Reichmann est provoqué par la stase alimentaire; la première indication thérapeutique est donc de faire disparaître la stase. C'est à ce but que doivent tendre tous les traitements. Au début, il faudra régler le régime du malade ; ici, comme toujours, le régime alimentaire a la plus haute importance. Mais, en dehors de cela, il faut agir directement sur la stase alimentaire qui existe : on videra l'estomac du malade tous les matins; mais on ne fera le lavage que tous les deux ou trois jours. En pratiquant le lavage tous les jours, on produit une excitation de la muqueuse qui se traduit par une exagération de la sécrétion. C'est un point sur lequel a souvent insisté le docteur Mathieu.

En même temps, le malade est mis au lit et au repos; sous

(1) Honigmann. *Uber chronische continuirliche Magensaftfluss*, 1887.
(2) Johnson et Bœhm. *Zeits. f. klin. Med.*, Bd. XXII.
(3) Hayem. *Leçons de thérapeutique*, vol. IV, et *Presse méd.*, 31 mars 1897.

(1) Tuffier et Marchais. Rétrécissement du pylore d'origine hépatique, *Rev. de chir.*, février 1897.

l'influence de ce traitement il est fréquent de voir les symptômes s'amender et même disparaître.

Dans un certain nombre de cas, l'amélioration ainsi obtenue est insuffisante; le plus souvent, il s'agit alors d'une sténose pylorique, les moyens médicaux sont insuffisants, il faut avoir recours à une intervention opératoire, qui permet une évacuation facile de l'estomac et soulage définitivement le malade.

CONCLUSIONS

1° Il vaut mieux dire syndrome de Reichmann que maladie de Reichmann.

2° Il est exagéré de regarder le syndrome de Reichmann comme étant toujours l'expression clinique d'une insuffisance motrice de l'estomac (Schreiber), due presque exclusivement à une sténose organique incomplète, pylorique ou sous-pylorique (Hayem).

3° Dans la plupart des cas, on doit admettre une excitabilité sécrétoire exagérée de la muqueuse stomacale; avant l'apparition du syndrome de Reichmann les malades étaient des hyperchlorhydriques.

4° On ne doit admettre l'existence du syndrome de Reichmann que, lorsque, au cours d'un repas d'épreuve fait après lavage préalable, on constate une quantité d'acide chlorhydrique, libre ou combiné, notablement supérieure à la normale. L'examen du liquide obtenu le matin à jeun ne peut donc pas suffire pour caractériser le syndrome de Reichmann, tel que nous le concevons.

5° Le syndrome de Reichmann se rencontre avec une dilatation gastrique, passagère ou définitive, suivant qu'il y a ou non des lésions matérielles de l'estomac, et, en particulier, des lésions de la région pylorique (ces lésions pourraient être l'ulcère en activité, l'ulcère chronique, l'ulcère cicatrisé, et même le cancer du pylore).

Il en résulte que le syndrome de Reichmann peut être lui-même passager ou permanent.

6° Il y a des formes de passage de l'hyperchlorhydrie simple à l'hyperchlorhydrie continue.

7° Quoi qu'il en soit, on doit admettre que la stase joue un rôle très important dans l'enchainement des symptômes; si elle ne suffit pas à elle seule pour créer le syndrome, il est certain qu'il suffit de la faire disparaître pour amener une amélioration considérable et même la guérison complète. Il y a là une indication de premier ordre pour la thérapeutique médicale et chirurgicale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mai 1897. — Présidence de M. Caventou.

PRÉSENTATION

Le microphonographe Dussaud perfectionné. — M. LABORDE lit une note sur ce sujet. (Sera publiée.)

DISCUSSION SUR LA STÉNOSE PYLORIQUE ET SOUS-PYLORIQUE

M. ALBERT ROBIN complète la réponse qu'il a faite, dans la dernière séance, à M. Hayem.

Les observations de sténose sous-pylorique ne sont pas nouvelles. Il y a celles de Boas (1891), de Javorski, de Right, etc. Dans le travail de Boas, il n'y a pas d'autopsies, c'est vrai, mais dans la discussion qui a suivi ce travail présenté en 1895 au Congrès de Wiesbaden, Guttmann par exemple et d'autres ont apporté des faits et des autopsies. Dans un cas de Guttmann, il n'y avait pas de bile dans l'estomac; dans un cas de Reinvers, il y avait sténose jéjunale.

Dans le travail de Hochaus, il y a 3 observations et 3 autopsies; dans l'estomac d'un de ses malades, il avait trouvé un liquide vert et des débris alimentaires longtemps après le dernier repas.

M. Hayem veut supprimer la maladie de Reichmann comme entité morbide. Il a raison.

Si l'estomac, dans ces cas, se dilate, c'est qu'il y a obstacle mécanique..., toujours, dit M. Hayem..., parfois, dit M. Robin. En effet, le spasme et la contracture pyloriques peuvent déterminer ces accidents dans le plus grand nombre des cas, c'est ce qu'admet M. Robin et ce que nie M. Hayem.

Or cette notion est fort importante; avec l'idée de M. Hayem, il n'y a rien à faire que d'opérer; pour M. Robin, au contraire, il pense que, puisqu'il y a spasme, les médecins peuvent intervenir par la thérapeutique et guérir les malades par des moyens purement médicaux.

M. Robin désigne sous le nom d'hypersthénie gastrique un ensemble de troubles gastriques débutant par la gastroxensis de Rossbach et finissant par la maladie de Reichmann.

L'estomac, dans ces cas, ne peut se vider et se dilate à cause du spasme pylorique intermittent et ultérieurement permanent. La cause en est dans l'hypersécrétion de liquide hyperacide par l'estomac.

Preuves cliniques. Lorsqu'un liquide hyperacide chlorhydrique vient dans la bouche, il y a spasme et contracture des masséters. Il est bien vraisemblable que même chose se produit dans l'estomac.

L'acidité intermittente ne détermine pas de dilatation permanente.

Même dans l'acidité permanente, la dilatation n'est pas constante, elle varie avec le spasme pylorique.

La douleur pylorique existant à la pression externe a été vue par Bouveret et par M. Robin.

Enfin on sait que la moindre érosion du pylore détermine du spasme.

A toutes ces raisons, on peut opposer une fin de non-recevoir. Il faudrait apporter des faits irréfutables, pourrait dire M. Hayem. M. Robin s'est adressé à M. Doyen.

M. Doyen a pratiqué un grand nombre de gastro-entérostomies. Il est intervenu 61 fois pour des cas autres que des rétrécissements cancéreux. Sur ce nombre, il a trouvé 15 fois une sténose pylorique vraie et, dans 46 cas, il a constaté une simple contracture du pylore avec dilatation de l'estomac. De ces 46 malades, aucun ne présentait de traces de sténose gastrique M. Robin pourrait citer un grand nombre d'observations. Il se contente d'en signaler quelques unes, celle entre autres d'une jeune fille de vingt-six ans, qui présentait un amaigrissement considérable, qui avait perdu 40 p. 100 de son poids en très peu de temps, qui était passé de 55 à 32 kilogrammes. Cette jeune fille, qui a été soignée par M. Robin, qui a été vue également par M. Debove et par M. Hayem lui-même, était arrivée à un état de cachexie extraordinaire. Elle fut opérée par M. Doyen. On ne trouva pas traces, chez elle, de sténose pylorique; elle avait une simple contracture. Elle a très bien guéri.

M. Robin croit inutile d'apporter d'autres observations. Il ajoute qu'avec la doctrine de M. Hayem il n'y a plus de traitement médical; il ne reste plus que l'intervention chirurgicale. Avec la doctrine de M. Robin, au contraire, le traitement médical trouve ses indications et il fera connaître ultérieurement ce qu'on en peut obtenir. Il signale seulement l'observation d'un homme de cinquante-huit ans,

arrivé à un état d'amaigrissement extrême, ne présentant plus que 10 grammes d'azote au lieu de 20, et qui a augmenté de 4 kilogs en quelques semaines sous l'influence du traitement médical et du régime.

M. Robin ne prétend pas que l'on ne doive opérer que les sujets atteints de sténose. Chez les spasmodiques, il existe parfois un moment où. malgré tous les traitements, le malade ne s'améliore pas. Alors on peut faire intervenir le chirurgien, et la gastro-entérostomie donnera d'excellents résultats.

Le diagnostic chimique peut avoir une importance en l'espèce, M. Robin se réserve d'en faire, avec l'exposé du traitement médical, le sujet d'une prochaine communication.

M. HAYEM ne veut, pour le moment, que répondre quelques mots à M. Robin, se réservant de lui répondre avec détails dans une prochaine séance. La médecine, dit-il, est une science d'observation. Or l'un des meilleurs moyens de la faire progresser, c'est de perfectionner les moyens d'observation. En présence d'une dilatation de l'estomac, on se trouve devant plusieurs problèmes à résoudre, étant donné que cette dilatation peut reconnaître des causes très diverses. Or Reichmann, en ayant eu l'idée de laver l'estomac le matin à jeun, ce qui lui a permis de constater un symptôme particulier auquel il a donné le nom de gastro-succorrhée, a trouvé un nouveau procédé d'exploration utile. Or c'est sur ce seul point qu'a porté la première communication de M. Hayem. M. Robin a parlé de tout autre chose, il a abordé toutes sortes de questions, sauf le syndrome de Reichmann, le seul point qu'ait voulu soulever M. Hayem. Ainsi la jeune fille dont il a rappelé l'observation n'a jamais, à aucun moment, présenté le syndrome de Reichmann. Son observation n'a rien à voir à la question qu'a étudiée M. Hayem. Il déclare n'avoir observé, en ville, que deux cas de syndrome de Reichmann. Il s'agissait, dans ces cas, de sténose pylorique ou sous-pylorique consécutive à des affections des voies biliaires. L'un de ces malades a été opéré par M. Tuffier; il a parfaitement guéri. C'est donc sur ce signe, et sur ce signe seul, qu'est basé le diagnostic du syndrome dont s'occupe M. Hayem : lorsque, après un jeûne de douze heures, les malades, ayant un estomac dilaté, présentent du liquide et qu'à ce liquide se trouvent mélangés des débris alimentaires, cela prouve qu'il existe une sténose pylorique. Dans ces cas, les moyens médicaux peuvent soulager ces malades, mais ils ne les guérissent pas. Dans un certain nombre de ces cas, la gastro-entérostomie seule a sauvé les malades. Or, lorsque M. Hayem a constaté ce signe d'une façon constante pendant un certain temps, il conseille de recourir au chirurgien. Voilà le seul point sur lequel M. Hayem ait voulu appeler l'attention et qui n'a encore été étudié, de cette façon, par personne.

M. ROBIN fait observer que M. Hayem parle là d'une maladie de Reichmann qui lui est particulière. Tous les médecins qui s'occupent de pathologie gastrique ont vu un plus ou moins grand nombre de maladies de Reichmann, et tout le monde s'accorde à désigner, sous ce nom, un état pathologique, bien connu aujourd'hui, et qui répond à un bien plus grand nombre de cas que ceux dont a parlé M. Hayem.

M. HAYEM se défend d'avoir décrit une maladie de Reichmann particulière. Il a observé des faits qui lui ont permis d'avancer les opinions qu'il vient de faire connaître. Il n'a pas d'autres prétentions.

M. DEBOVE ne trouve pas que les observations de M. Hayem soient aussi démonstratives qu'il le dit pour résoudre le problème en litige. Les malades dont il s'agit ont-ils réellement ou n'ont-ils pas de rétrécissement pylorique ou sous-pylorique? M. Debove estime que beaucoup de ces malades n'ont pas de rétrécissement. Le liquide qu'on retire de leur estomac est clair, ce qui indique qu'il n'y a pas de stase.

En somme, les malades atteints de gastro-succorrhée simple guérissent, et sans opération. Ceux qui ont comme complication des rétrécissements consécutifs à des ulcérations meurent rapidement s'ils ne sont opérés. De ce que l'on trouve chez eux — à l'autopsie faite sur le vivant, suivant le mot heureux de M. Hayem — de la sténose, il ne s'ensuit pas que cette lésion existe chez les malades de la première catégorie.

COMMUNICATION

Fistules latérales consécutives à l'urano-staphylorraphie. — M. EHRMANN (de Mulhouse) fait, sur ce sujet, une communication. (Sera publiée.)

RAPPORT

Nouvelle tuberculine de Koch. — M. NOCARD lit, au nom de la Commission des sérums, un rapport que nous publierons dans un de nos prochains numéros.

La séance est levée.

DÉCRET

RELATIF AUX EXPERTS MÉDECINS DEVANT LES TRIBUNAUX EN ALGÉRIE

Le président de la République française,

Sur le rapport du garde des Sceaux, ministre de la Justice et des Cultes, du ministre de l'Intérieur et du ministre de la Guerre,

Vu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, et notamment les paragraphes 2 et 3 de l'article 14, ainsi conçus :

« Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux ; »

Vu l'article 35 de la loi précitée, portant :

« Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux Colonies, et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire d'édicter ou de maintenir ; »

Vu le décret du 7 août 1896, portant règlement d'administration publique sur l'application à l'Algérie de la loi précitée ;

Vu l'avis du conseil consultatif du gouvernement de l'Algérie, en date du 26 juin 1896 ;

Vu le décret du 18 juin 1811, contenant règlement pour l'administration publique de la justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police et tarif général des frais ;

Le conseil d'État entendu,

Décrète :

CHAPITRE 1er

Des conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert médecin devant les tribunaux.

ARTICLE 1er. — Au commencement de chaque année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, la cour d'appel d'Alger, en chambre du conseil, le procureur général entendu, désigne, sur les listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, des docteurs en médecine à qui elle confère le titre d'expert devant les tribunaux.

La désignation de médecins militaires ne peut avoir lieu qu'avec l'approbation de l'autorité militaire supérieure dont ils dépendent.

ART. 2. — Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français, demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel.

ART. 3. — En dehors des cas prévus aux articles 43, 44, 235 et 268 du Code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près d'un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins experts résidant dans l'arrondissement et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix.

CHAPITRE II

Des honoraires, vacations, frais de transports et de séjour des experts médecins.

ART. 4. — Chaque médecin requis par des officiers de justice ou de police judiciaire ou commis par ordonnance, dans les cas prévus par le Code d'instruction criminelle, reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite avec premier pansement, 8 francs;
2° Pour toute opération autre que l'autopsie, 10 francs;
3° Pour autopsie avant inhumation, 25 francs;
4° Pour autopsie après exhumation, 35 francs.

Au cas d'autopsie d'un nouveau-né, les honoraires sont de 15 et 25 francs, suivant que l'opération a eu lieu avant inhumation ou après exhumation.

Tout rapport écrit donne droit au minimum à une vacation de 5 francs.

ART. 5. — Le coût des fournitures reconnues nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense.

ART. 6. — Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

ART. 7. — En cas de transport à plus de 2 kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent, par kilomètre parcouru, en allant et en revenant :

1° 20 centimes si le transport a été effectué en chemin de fer;

2° 60 centimes si le transport a eu lieu autrement.

ART. 8. — Dans le cas où les médecins sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ils reçoivent une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé en route, à la condition de produire, à l'appui de leur demande d'indemnité, un certificat du juge de paix ou du maire de la localité, constatant la cause du séjour forcé.

ART. 9. — Il est alloué aux médecins, outre les frais de transport, s'il y a lieu, une vacation de 5 francs, à raison de leurs dépositions, soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur.

Si les médecins sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où siège soit le tribunal, soit le juge d'instruction devant lequel ils sont appelés, il leur est alloué, sur leur demande, une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé.

ART. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions du décret du 18 juin 1811, en ce qu'elles ont de contraire au présent chapitre.

CHAPITRE III

Dispositions transitoires.

ART. 11. — Les officiers de santé reçus antérieurement au 1er décembre 1893 et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892, peuvent être portés sur la liste d'experts près les tribunaux s'ils réunissent les conditions de nationalité et de résidence prévues à l'article 2 du présent décret.

Ils ont droit aux mêmes honoraires, vacations, frais de transport et de séjour que les docteurs en médecine.

ART. 12. — Le tarif prévu au chapitre II du présent décret ne sera applicable qu'aux opérations requises postérieurement à sa publication.

ART. 13. — Le garde des Sceaux, ministre de la Justice et des Cultes, le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Guerre sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au « Journal officiel » et inséré au « Bulletin des lois ».

Fait à Paris, le 3 mai 1897.

FÉLIX FAURE.

Par le président de la République :
Le garde des Sceaux,
ministre de la Justice et des Cultes,
J. DARLAN.

Le ministre de l'Intérieur,
LOUIS BARTHOU.

Le ministre de la Guerre,
BILLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats au nouveau concours de médecins des hôpitaux de Paris, ouvert le 26 mai, ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Névrites toxiques. »

Questions restées dans l'urne : 1° « Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre; » 2° « Tuberculose hépatique. »

— *Concours d'accoucheurs des hôpitaux.* — Sont déclarés admissibles : MM. Demelin, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise, Chavanne et Schwab.

— Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Veau, Dujarrier, Royer, Herbert et Luys.

— Le concours du prosectorat s'est ouvert le 24 mai. Le jury est composé de MM. Farabeuf, Tillaux, Terrier, Poirier et Ricard. Les candidats, au nombre de dix, sont : MM. Baraduc, Baudet, Cunéo, Frédet, Gosset, Mouchet, Ombrédanne, Pasteau, Savariaud et Wiart.

La question écrite était formulée : « Œsophage; anatomie et physiologie; corps étrangers de l'œsophage. »

Les questions restées dans l'urne sont les suivantes : 1° « Nerfs de la langue; anatomie et physiologie; tuberculose linguale; » 2° « Pancréas; anatomie et physiologie; hernies épigastriques. »

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau organisée avec le concours de la Société des voyages économiques (dimanche 30 mai 1897).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 8 h. 35 matin; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 35 matin. — Départ de Fontainebleau, 9 h. 16 soir; arrivée à Paris, 10 h. 35 soir.

Prix : 1re classe, **18** fr.; 2e classe, **16** fr.; 3e classe, **15** fr.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour; 2° le transport en voiture, les repas, etc., sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 7 AU 12 JUIN 1897)

Examens de doctorat.

MARDI 8 JUIN. — 4e examen (1re série) : MM. Proust, Ménétrier et André ; — (2e série) : MM. Pouchet, Gilbert et Thoinot ; — M. Gley, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Pozzi et Schwartz ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Roger ; — (2e série) : MM. Debove, Hutinel et Marfan ; — M. Nélaton, suppléant.

5e examen (2e partie, 1re série), *Hôtel-Dieu* : MM. Dieulafoy, Charrin et Achard ; — (2e série) : MM. Laboulbène, Raymond et Letulle ; — M. Albarran, suppléant.

MERCREDI 9 JUIN. — 4e examen : MM. Hayem, Landouzy et Wurtz ; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Marchand, Tuffier et Walther ; — (2e série) : MM. Delens, Delbet et Broca ; — (2e partie) : MM. Fournier, Chauffard et Widal ; — M. Gaucher, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

JEUDI 10 JUIN. — 4e examen (1re série) : MM. Pouchet, Joffroy et Gilbert ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Roger et André ; — M. Ménétrier, suppléant.

VENDREDI 11 JUIN. — 4e examen : MM. Pouchet, Chantemesse et Thoinot ; — M. Retterer, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Tillaux, Marchand et Delbet ; — (2e partie) : MM. Potain, Chauffard et Marie ; — M. Ricard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Peyrot, Jalaguier et Broca ; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Widal et Wurtz ; — (2e série) : MM. Landouzy, Gaucher et Gilles de la Tourette ; — M. Lejars, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

SAMEDI 12 JUIN. — 4e examen : MM. Debove, Pouchet et Gilbert ; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Berger, Polaillon et Hartmann ; — (2e série) : MM. Schwartz, Quenu et Albaran ; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Le Dentu, Brun et Nélaton ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Roger et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Laboulbène, Raymond et Marfan ; — M. Letulle, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar ; — M. Chassevant, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 9 JUIN, à une heure. — M. SAINGERY. Sur l'étiologie des cirrhoses du foie et en particulier sur l'étiologie de la cirrhose du buveur (MM. Potain, président ; Terrier, Marie et Hartmann). — M. PAQUY. Des grossesses développées dans des trompes saines (MM. Terrier, président ; Potain, Marie et Hartmann). — M. DEGRENNE. Traitement de la tuberculose des testicules (MM. Tillaux, président ; Humbert, Peyrot et Ricard). — M. NIROT. Traitement des fibromes de la paroi abdominale antérieure (MM. Tillaux, président ; Humbert, Peyrot et Ricard). — M. KŒNIG. Contribution à l'étude expérimentale des canaux semi-circulaires (MM. Pouchet, président ; Joffroy, Lejars et Gilles de la Tourette). — M. ANTHEAUME. Contribution à l'étude de la toxicité des alcools et de la prophylaxie de l'alcoolisme (MM. Joffroy, président ; Pouchet, Lejars et Gilles de la Tourette).

JEUDI 10 JUIN, à une heure. — M. FÉRESTER. Sur la responsabilité dans les crimes (MM. Brouardel, président ; Proust, Chantemesse et Thoinot). — M. CARREZ. De l'influence des boissons et du milieu sur la production de l'obésité (MM. Proust, président ; Brouardel, Chantemesse et Thoinot). — M. WALLET. De la nécrose syphilitique du crâne. Intervention chirurgicale (MM. Le Dentu, président ; Berger, Pozzi et Brun). — M. AUGÉ. De l'observation des réflexes pupillaire et cornéen pendant la chloroformisation (MM. Berger, président ; Le Dentu, Pozzi et Brun). — M. FAUQUEZ. Contribution à l'étude du rein cardiaque (MM. Jaccoud, président ; Debove, Marie et Wurtz). — M. LE GOFF. Sur certaines réactions chromatiques du sang dans le diabète sucré. Applications thérapeutiques (MM. Debove, président ; Jaccoud, Marie et Wurtz). — M. GRANDAL. Des antéversions et des latéroversions utérines envisagées au point de vue obstétrical (MM. Tarnier, président ; Hutinel, Maygrier et Marfan). — M. RIVRON. De la rupture du sinus circulaire (MM. Hutinel, président ; Tarnier, Maygrier et Marfan). — M. KHINTZ. Valeur de la ponction dans le traitement du pneumothorax (MM. Laboulbène, président ; Raymond, Charrin et Achard). — M. BÉCHET. Conditions biologiques des familles des paralytiques généraux (MM. Raymond, président ; Laboulbène, Charrin et Achard).

Paris, le 31 mai 1897.

A des intervalles irréguliers, mais fréquemment répétés, l'institution des concours en médecine est vivement attaquée. Tantôt on parle de leur suppression pure et simple, tantôt de modifications plus anodines.

De la suppression des concours, il ne faut guère parler. Malgré de violentes et incessantes attaques, le concours est toujours debout, et nous aurions mauvaise grâce de venir le défendre, alors qu'il n'en est pas besoin. Mais actuellement un vent de réforme souffle sur nos concours hospitaliers. Les candidats se sont réunis, ont trouvé, non sans quelque raison, leur sort fort à plaindre, et grâce aux sympathies méritées qu'ils ont acquises, ont su attirer l'attention sur les inconvénients qui résultent de la répétition incessante des épreuves de concours. Nous nous sommes ici même fait l'écho de leurs plaintes et nous avons demandé qu'on cherchât à améliorer leur sort.

Le principal de leur vœu est de rendre définitive l'admissibilité du concours des hôpitaux. La chose est possible, mais ne va pas sans présenter quelques difficultés.

Divisons les concours des hôpitaux en leurs trois catégories respectives, médecins, chirurgiens et accoucheurs, et voyons si les mêmes règles peuvent s'appliquer aux trois catégories.

Le concours des accoucheurs est très restreint, et ne paraît pas aller en se développant. Six candidats seulement ont pris part au concours dont les séances ont encore lieu actuellement. Or, il y a cinq places d'admissibles. C'est dire que l'admissibilité pour cette catégorie de candidats ne saurait être considérée comme un titre et être déclarée définitive.

Pour les chirurgiens, le concours est plus suivi, vingt à vingt-cinq candidats se disputent le titre si envié de chirurgien des hôpitaux. La plupart d'entre eux ont déjà subi une série d'épreuves éliminatrices avant d'affronter le concours des hôpitaux : adjuvat, prosectorat, clinicat, agrégation quelquefois. Les concours ont lieu, en ce moment du moins, deux fois par an, il s'ensuit qu'un candidat qui est nommé cinq ans après la fin de son internat, a subi huit à dix fois les épreuves du même concours et qu'il a pu cinq ou six fois être déclaré admissible sans être nommé. Or, ici l'admissibilité constitue déjà un titre sérieux. Il y a huit places sur vingt à vingt-cinq candidats, dont la plupart, nous l'avons dit, ont déjà fait leurs preuves antérieurement. Il est certain qu'infliger perpétuellement à des candidats la répétition d'épreuves pour lesquelles ils ont été plusieurs fois jugés capables, paraît être un inutile non-sens.

En médecine, le nombre des candidats dépasse le chiffre de 60; il y a, chaque année, deux à trois concours de trois places. L'admissibilité est un titre difficile à obtenir et néanmoins il y a, parmi les candidats, quelques-uns d'entre eux qui ont une dizaine d'admissibilités, et qui, non admis, continuent, deux fois chaque année, à subir les mêmes épreuves pour lesquelles ils ont dix fois déjà été déclarés admissibles.

Il conviendrait donc de modifier l'état de choses actuel. Pour les accoucheurs, jusqu'à nouvel ordre, il serait bon de ne point considérer l'admissibilité comme un titre. Pour les médecins et chirurgiens, l'admissibilité pourrait être déclarée définitive, lorsque le candidat aurait été deux ou trois fois admissible; ce qui implique la reconnaissance de ses capacités par deux ou trois jurys différents. Il est indispensable toutefois que ces épreuves d'admissibilité portent toujours sur une ou deux épreuves communes à tous les candidats, et que, si l'on modifie le concours, les épreuves écrites et la leçon orale soient maintenues dans les épreuves d'admissibilité concurremment avec les épreuves cliniques.

Tout le monde est d'accord sur le principe. Les difficultés commencent à l'application. Chaque année, le nombre des admissibles augmentera, puisqu'il faudra toujours le maintenir supérieur au nombre des admis; et chaque année il conviendra d'en créer de nouveaux, car il est impossible de fermer la porte et d'empêcher les jeunes de concourir, sous prétexte que, parmi les anciens, le nombre des admissibles est déjà suffisant. Que faire?

Nous comprenons bien que les candidats plusieurs fois admissibles réclament, — nous voyons bien leur intérêt personnel et très justifié, — mais nous ne comprenons pas comment leurs intérêts peuvent se combiner avec celui des générations qui viennent derrière eux. C'est là un point à étudier et que nous nous permettons de signaler.

Si, désireux de ne point sacrifier les nouvelles recrues, on continue, comme on le doit, à leur ouvrir les portes de l'admissibilité, dans quelques années, les quatre cinquièmes des candidats auront tous été admissibles. Le titre d'admissible sera un nouveau titre à ajouter aux autres et le concours d'admission, étant donné le grand nombre des admissibles, deviendra le seul et vrai concours. De sorte que, tout compte fait, la réforme n'aboutirait peut-être qu'à créer un concours de plus; et rien n'empêchera le candidat admissible d'être refusé dix fois de suite à l'admission définitive.

On se rappelle que MM. P. Marie et Le Goff, après avoir étudié les réactions du sang et de l'urine des diabétiques mis en présence du **bleu de méthylène**, ont essayé cette substance dans le traitement du diabète. Dans deux cas ils ont observé une diminution notable de la glycosurie, sans que le régime alimentaire eût été modifié. Dans un troisième cas, le chiffre du sucre est resté exactement le même. Ce seul cas négatif permet de conclure que le bleu de méthylène, qui fait disparaître les réactions chimiques du glucose quand on le mélange à l'urine diabétique, n'amène pas la destruction du sucre dans l'organisme.

Il convient de dire qu'en même temps que le bleu de méthylène, MM. P. Marie et Le Goff administraient 10 grammes de bi-carbonate de soude, ils vont, avec raison, rechercher si ce n'est pas au sel alcalin, beaucoup plus qu'à la substance colorante, qu'est due l'abaissement de la glycosurie.

Une femme soignée dans le service de M. Moutard-Martin est une **morphinomane**. Or, la partie antérieure de son abdomen et ses cuisses sont parsemées de **taches bleues** arrondies, au centre desquelles se trouve souvent un point blanchâtre cicatriciel. Chacune de ces taches correspond sans doute à une ancienne piqûre de morphine; mais pourquoi ont-elles pris cette teinte bleue qui rappelle beaucoup celle des tatouages exécutés avec la poudre de chasse? M. Moutard-Martin a vu sur des fragments de peau qu'il ne s'agit ni de pigment sanguin, ni de particules métalliques. N'y aurait-il pas là, se demande-t-il et M. Chauffard avec lui, une modification dans la quantité ou la qualité de la

pigmentation si souvent observée sur les régions dans lesquelles les morphinomanes se font leurs piqûres?

Pour notre part, comme on n'a pas vu la solution usitée par la malade, qui est une hystérique avérée, nous nous demandons si, pour une raison quelconque, elle n'y ajoutait pas quelque substance, quelque poudre capable de produire cette pigmentation anormale.

MM. A. Mathieu et Nattan-Larrier présentent un cœur atteint de symphyse péricardique de nature tuberculeuse. Des ganglions du médiastin ont fait irruption à travers la paroi amincie de l'oreillette droite jusque dans la cavité du cœur. Le malade est mort de **granulie**. N'y a-t-il pas lieu de penser que les bacilles, ainsi versés dans la circulation sanguine, ont été lancés dans l'organisme et ont porté dans le poumon d'abord, dans les autres organes ensuite, le germe de la tuberculose? Depuis les travaux de Weiggert, on admet que la tuberculose miliaire se produit assez souvent lorsque des produits caséeux ganglionnaires ont pénétré dans les veines pulmonaires. Il est plus rare que cette pénétration se fasse par effraction dans les cavités mêmes du cœur.

M. G. Ballet a fait récemment l'autopsie d'un malade dont l'intelligence avait beaucoup diminué, sans que, cependant, il fût devenu un dément complet. L'athérome était très marqué dans les artères cérébrales et cependant il n'y avait pas de lésions de ramollissement. Ce presque dément n'était pas un ramolli. A l'examen macroscopique, on a trouvé des **lésions des circonvolutions cérébrales** consistant surtout dans la disparition des granulations chromatophiles des cellules pyramidales petites et grandes. Ces lésions sont très probablement la conséquence de l'anémie due à l'athérome des artères.

Au nom de MM. Oudin et Barthélemy, M. Béclère présente de très belles **photographies radioscopiques**. Sur celles qui sont relatives à des malades atteints de rhumatisme déformant, on constate l'ossification des cartilages articulaires et la disparition de l'espace interosseux articulaire; chez les goutteux, rien de semblable; de plus, les tophus s'aperçoivent sous l'aspect d'une zone grisâtre beaucoup moins foncée que l'image des os des phalanges.

HOPITAL ANDRAL. — M. Albert Mathieu.

Érosions hémorragiques multiples chez une femme atteinte de cirrhose du foie et de varices œsophagiennes (1).

J'ai eu récemment l'occasion d'observer un cas intéressant d'érosions hémorragiques, chez une femme alcoolique, atteinte de cirrhose atrophique du foie, avec varices œsophagiennes. Bien qu'il diffère peu d'autres cas bien étudiés par d'autres auteurs, il prête assez bien à des considérations sur la nature et la pathogénie de cette lésion, et il n'est peut-être pas inutile de le faire connaître, ne serait-ce que pour ajouter une observation nouvelle à celles que l'on a publiées en nombre assez considérable, depuis que Cruveilhier a attiré l'attention sur cette lésion de l'estomac.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

La nommée L. M..., âgée de trente ans, domestique, entre le 7 décembre 1896 à l'hôpital Andral, salle des femmes, lit n° 20.

Le lendemain, on la trouve dans le décubitus dorsal, pâle, exsangue, les traits tirés, dans un état de faiblesse extrême. Elle accuse une douleur très violente à la région épigastrique, avec retentissement dans le dos au point correspondant.

Elle a de l'incontinence de l'urine et des matières fécales. Celles-ci présentent tous les caractères du mélæna diarrhéique : elles sont horriblement fétides.

Par l'interrogatoire, on apprend que, depuis quelques jours, elle a eu, à plusieurs reprises, des vomissements de sang très abondants.

Depuis longtemps elle souffrait de l'estomac; elle ne peut préciser exactement le début de ces accidents dyspeptiques. Très souvent elle a eu des vomissements alimentaires; depuis quelque temps, ces vomissements sont devenus quotidiens, ils survenaient particulièrement après le repas de midi; enfin, se sont produits les vomissements de sang répétés, qui ont amené l'état d'anémie aiguë et de collapsus, que l'on constate à son entrée à l'hôpital.

Sa faiblesse ne permet pas d'obtenir des détails plus précis et plus circonstanciés sur le début des accidents graves qui l'ont amenée à l'hôpital. Elle reconnaît avoir usé largement du vin et même des liqueurs fortes.

Elle n'a pas vomi depuis son entrée à l'hôpital. On s'abstient de tout examen de l'abdomen, de peur de provoquer une nouvelle hématémèse. On ne trouve rien au cœur ni aux poumons, pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

T. S. : 38°2.

Lait. Glace à l'intérieur.

9 décembre. Pas de sommeil. Même état, pas de vomissements. On lui fait deux injections de 250 grammes de sérum artificiel.

Les selles sont toujours mélæniques, et d'une odeur infecte.

T. M. : 38 degrés; T. S. : 39 degrés.

10 décembre. La malade accuse toujours une grande douleur au creux épigastrique. Pas de vomissements.

Les selles sont maintenant tout à fait blanches, semblables à des selles d'ictérique. Injection de 250 grammes de sérum.

La malade meurt dans la nuit du 10 au 11 décembre.

T. M. : 38 degrés; T. S. : 38°7.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate la présence d'environ 1 litre de sérosité dans le péritoine.

On note un peu d'emphysème vers la partie supérieure du poumon, et de congestion vers la base, une surcharge graisseuse assez marquée au cœur, sans hypertrophie. L'attention est surtout attirée du côté du foie et de l'estomac.

Le foie est manifestement atteint de cirrhose atrophique; il ne pèse que 1 460 grammes, et ne mesure que 20 centimètres dans sa plus grande longueur; il est globuleux, comme recroquevillé. Il est recouvert d'une capsule épaissie, nacrée, fortement scléreuse, à travers laquelle on aperçoit de petites saillies noueuses, limitées par des étranglements scléreux. Le lobe gauche est particulièrement atrophié. Le sillon de la veine ombilicale est très profond; il est impossible de distinguer le lobule de Spiegel, à cause de la rétraction du foie et de l'espèce d'étranglement que paraît avoir exercé sa capsule épaissie.

La vésicule ne renferme qu'une petite quantité de bile incolore : il paraît y avoir un degré marqué d'acholie pigmentaire.

Sur la coupe du foie, on constate l'existence de nombreux tractus fibreux, entourant de petits îlots arrondis de sub-

stance hépatique; leur coloration est jaunâtre, presque blanchâtre.

La rate est volumineuse, elle pèse 510 grammes; les veines du hile ne sont pas variqueuses.

L'estomac n'est pas très dilaté; il ne renferme pas de sang, mais seulement une assez grande quantité de caillots de lait qui nagent dans la liqueur de Muller injectée en vue de l'examen histologique. Il n'y a aucune trace de congestion de la muqueuse, pas de grande ulcération.

Au niveau du cardia, on aperçoit une couronne de veines légèrement variqueuses, que l'on peut suivre assez loin, sous la muqueuse gastrique. Elles s'écartent en rayonnant du cardia pour se perdre à 5 à 10 centimètres de cet orifice, les veines disparaissent au niveau même du cardia sur une longueur de 1 centimètre et demi à 2 centimètres : elles réapparaissent au-dessus, sous forme de plaques variqueuses peu saillantes, disposées longitudinalement dans le tiers inférieur de l'œsophage.

Il n'y a là aucune ecchymose, aucune ulcération, rien qui puisse indiquer que l'hémorragie a pris naissance dans l'œsophage.

A première vue, l'estomac ne paraît pas présenter de lésion macroscopique appréciable. Cependant au-dessous et à droite du cardia, au niveau de la petite courbure, on aperçoit une surface terne, blanchâtre, allongée, longue de 8 centimètres, large environ de 5. L'aspect est un peu celui que présentent les plaques de Peyer dans l'intestin grêle, mais les contours sont peu nettement accusés.

Ce n'est qu'en regardant cette région avec plus d'attention qu'on y trouve une série de petites ulcérations arrondies qu'on ne saurait mieux comparer qu'aux petits trous dont est piquetée une planche vermoulue, avec cette différence que les orifices existant dans une muqueuse molle n'ont pas la netteté que présentent les orifices creusés par les vers dans une substance rigide. Ces ulcérations punctiformes sont nombreuses, on peut en compter de 5 à 10 par centimètre carré sur la bande qui suit la petite courbure et que nous avons décrite plus haut. On retrouve des érosions semblables sur la paroi postérieure de l'estomac sur une longueur de 10 à 12 centimètres; elles s'étendent moins loin en avant; on n'en trouve pas le long de la grande courbure, ni dans la région pylorique. Sur plusieurs points ces petites ulcérations punctiformes sont disposées en rangées linéaires; elles ne correspondent pas à un rameau veineux variqueux, cela, du moins, n'est pas appréciable à l'œil nu.

Au fond de trois ou quatre de ces petites ulcérations, on aperçoit des caillots sanguins qui indiquent très probablement que c'est par elles que s'est faite la gastrorragie.

En dehors de ces points, la muqueuse n'a pas de lésion macroscopiquement bien nette : elle paraît amincie; on n'y voit que peu de plis, les mamelons sont effacés.

De larges morceaux de l'estomac ont été étalés sur des plaques de liège et plongés dans le formol au dixième. Sous l'influence de ce liquide, la muqueuse se rétractant, les ulcérations se sont dilatées, on voit alors beaucoup plus nettement qu'elles sont circulaires, d'un diamètre variable, mais toutes franchement arrondies, toutes aussi semblent nettement intéresser la muqueuse dans toute son épaisseur.

Il est facile de reconnaître là les petites ulcérations décrites pour la première fois par Cruveilhier sous le nom d'érosions hémorragiques (1) et qu'il considérait comme une forme particulière de l'inflammation et de l'ulcération des follicules de l'estomac.

« Il est, dit-il, assez fréquent de voir dans les dernières périodes des maladies chroniques, des érosions hémorragiques de l'estomac, érosions qui ont pour résultat tantôt des hématémèses, tantôt des déjections sanguinolentes couleur chocolat. »

(1) Cruveilhier. *Anatomie pathologique du corps humain*, livraison XXX, pl. II, p. 1; livraison XXXI, vol. II.

Cruveilhier semble donc les dire hémorragiques parce qu'elles donnent ou peuvent donner naissance à des hémorragies.

Rindfleich, de son côté, s'exprime ainsi : « On appelle érosions hémorragiques des pertes de substance de la surface muqueuse, grandes comme une tête d'épingle, circulaires, nettement délimitées, qui existent ordinairement en nombre considérable et sont principalement situées au sommet des replis muqueux de la région pylorique. En même temps que ces érosions et à côté d'elles, on rencontre très fréquemment des points de grandeur égale où existe encore l'infiltration sanguine; il ne subsiste donc aucun doute sur leur origine (1). »

Rindfleich paraît donc admettre qu'elles sont hémorragiques plutôt parce qu'elles peuvent être attribuées à des hémorragies interstitielles de la muqueuse que parce qu'elles peuvent devenir le point de départ de gastrorragies plus ou moins considérables.

Après Cruveilhier, de nombreux auteurs ont étudié ces ulcérations petites et multiples.

Elles ont été vues assez souvent à l'autopsie des enfants par Barrier, Rilliet et Barthez. Parrot les donne comme une lésion fréquente de l'estomac des enfants athrepsiques.

Leur étude histologique a été faite surtout par Balzer (2) et par Pilliet (3).

Voici comment le premier de ces deux auteurs résume son travail : « En résumé, dans les deux cas que nous avons étudiés, le processus ulcératif peut être exposé de la façon suivante : congestion passive de l'estomac et, particulièrement, du système veineux de la muqueuse; en même temps, irritation de cette muqueuse par l'alcool ou des produits putrides. Inflammation chronique de la muqueuse traduite par des extravasations de globules blancs au niveau des points congestionnés et en rapport, par conséquent, avec la disposition des veines de la muqueuse.

Cette inflammation atteint des degrés divers et peut aboutir à la formation de petits abcès qui laissent, après leur élimination, une perte de substance constituant l'ulcération. Celle-ci s'agrandit ensuite sous l'influence corrosive du suc gastrique qui détruit progressivement les divers éléments de la muqueuse. La marche des lésions est accélérée par la destruction des parois vasculaires et la formation des foyers hémorragiques. »

Pour A.-H. Pilliet, le processus serait le suivant : au début, infiltration hémorragique de villosités interglandulaires, par le sang venu des capillaires dilatés. Il se fait ainsi de petites escharres, de petits bourbillons qui, après leur élimination, laissent une perte de substance de la muqueuse. La partie superficielle des glandes est détruite. Il se fait au pourtour de cette perte de substance une infiltration embryonnaire qui peut amener soit la cicatrisation avec rétraction scléreuse de la muqueuse, soit un agrandissement en profondeur et en largeur de l'érosion hémorragique. Ce tra-

(1) Rindfleich. *Histologie pathologique*, p. 401, 1888.

(2) Balzer. Contribution à l'étude de certaines érosions hémorragiques de l'estomac, *Rev. mens. de méd. et de chir.*, p. 514, 1877.

(3) A.-H. Pilliet. Étude d'histologie sur l'érosion hémorragique de la muqueuse de l'estomac dans les gastrites, *Bull. de la Soc. anat.*, déc. 1891, p. 693.

vail d'extension est aidé par l'action corrosive du suc gastrique qui peut ouvrir des capillaires ou même une petite artériole dilatée de façon à former un anévrysme miliaire.

Balzer et Pilliet font donc intervenir simultanément la congestion de la muqueuse et son inflammation, son infiltration interstitielle par des éléments embryonnaires. Hautecœur (1) attribue un rôle très prépondérant à la dilatation des capillaires chez les cardiaques asystoliques dont il a examiné l'estomac. Il lui semble établi que la congestion seule sans gastrite peut produire des érosions hémorragiques de l'estomac.

Le simple examen macroscopique montrait la congestion veineuse de l'estomac très accentuée dans le fait que nous avons rapporté plus haut. Comme il arrive assez souvent dans la cirrhose atrophique du foie, la circulation dérivative avait pris un développement très accentué. Il y avait des varices œsophagiennes et les veines gastriques étaient très développées surtout dans toute la région voisine du pylore.

A l'examen microscopique on rencontre dans la tunique sous-séreuse et même dans la sous-muqueuse des ramuscules veineux très dilatés et plus nombreux que normalement. Malgré cela, les capillaires de la muqueuse n'ont pas subi une distension bien marquée; il est rare d'y rencontrer des capillaires gorgés de globules ou de petites hémorragies interglandulaires.

Au fond de plusieurs des ulcérations, on voyait à l'œil nu une tache noirâtre, donnant l'idée d'un petit caillot sanguin. Au microscope, on trouve à ce niveau une infiltration superficielle par des globules sanguins, mais sans qu'il y ait dans le voisinage de vaisseaux dilatés, artérioles ou capillaires. L'érosion est-elle la conséquence d'un petit infarctus dont on ne trouve plus que des traces limitées? Cette petite infiltration sanguine est-elle au contraire l'indice que l'hémorragie s'est faite à ce niveau sous la double influence d'une ulcération par gastrite destructive et d'une congestion veineuse accentuée? Il est bien difficile de trancher cette question de priorité.

Les lésions de gastrite interstitielle étaient très accentuées. Partout les glandes étaient séparées les unes des autres par infiltration embryonnaire. Sur certains points, les éléments embryonnaires forment de véritables amas au niveau desquels les glandes ont complètement disparu. Sur d'autres, l'infiltration semble partir de la périphérie, sur d'autres encore de la profondeur. Sur beaucoup de points, les amas embryonnaires occupent toute l'épaisseur de la muqueuse, dans quelques-uns on trouve encore à leur centre des débris de tubes glandulaires qui semblent comme de petites escharres entourées de tissu embryonnaire.

La muqueuse sur la plupart des coupes s'est montrée épaissie, sur quelques-unes seulement amincie; les lésions sont du reste partout les mêmes.

L'étude des ulcérations présentait un intérêt tout particulier. On pouvait s'attendre à les trouver limitées par des bords perpendiculaires à la musculaire sous-muqueuse et nettement taillés à pic; il n'en est rien, ils sont, au contraire, assez fortement obliques.

Les lésions interstitielles de la muqueuse sont très marquées dans le voisinage immédiat des pertes de substances. Les glandes sont raréfiées, l'infiltration interglandulaire accentuée. Au fond même de l'ulcération, les culs-de-sac des glandes ont complètement disparu; parfois il ne reste qu'une mince couche de tissu embryonnaire, parfois on voit encore la charpente cellulaire des interstices interglandulaires, mais les cellules glandulaires elles-mêmes ont complètement disparu. Nulle part, je n'ai vu la musculaire sous-muqueuse complètement dénudée, nulle part je ne l'ai trouvée entamée par l'ulcération : c'est là un point important sur lequel je reviendrai dans un instant.

Il semble bien que, dans le mécanisme de l'ulcération, la gastrite ait joué le rôle le plus important. Il est certain que les amas embryonnaires les plus compacts finissent, comme le dit M. Balzer, par former de véritables petits abcès qui s'ouvrent dans la cavité de l'estomac, entraînant quelquefois une sorte de bourbillon glandulaire. L'érosion est donc le fait de la gastrite; elle peut se rencontrer partout où la gastrite interstitielle amène la production de petits foyers embryonnaires capables de se comporter à la façon de petits abcès. Aussi a-t-on trouvé l'érosion dans la plupart des gastrites chroniques : dans la tuberculose pulmonaire (Marfan), dans l'urémie chronique, dans l'athrepsie, etc. Il est incontestable, on l'a vu, que la congestion veineuse marquée facilite beaucoup la production de cette lésion : aussi n'est-elle pas très rare dans les affections cardiaques et dans la cirrhose atrophique du foie. La dilatation des capillaires et l'infarctus hémorragique viennent alors donner à la nécrobiose de la muqueuse une plus grande facilité.

En quoi ces petites ulcérations diffèrent-elles de l'ulcère rond? A notre sens surtout par le peu d'intensité de l'auto-digestion.

Il est remarquable que la musculaire sous-muqueuse ne soit pas entamée par l'érosion hémorragique, alors que les tuniques musculaires elles-mêmes, beaucoup plus épaisses, sont une barrière qui n'arrête pas l'ulcère rond. Évidemment il y a là quelque chose qui correspond à un élément pathogénique particulier.

Faut-il en voir la cause dans l'état différent des éléments glandulaires dans l'érosion et dans l'ulcère? Dans l'ulcère, tout au moins dans l'ulcère récent, en voie d'évolution, il y a multiplication des cellules bordantes comme l'ont montré Jaworski et Coskzniski et surtout M. Hayem. Il y a en conséquence hyperchlorhydrie, le suc gastrique jouit d'un pouvoir digestif, et même auto-digestif exagéré, et les pertes de substances dues à des foyers disséminés d'infiltration compacte par les cellules embryonnaires, ont tendance à progresser, à s'étendre en surface, mais surtout en profondeur, sous l'influence de l'auto-digestion.

Dans notre cas d'érosions hémorragiques, les glandes ont subi des lésions régressives très accusées. Elles ne sont plus formées pour la plupart que par une seule rangée de cellules uniformes, cubiques, les cellules bordantes y sont rares; elles ne se montrent que dans quelques tubes moins lésés que les autres. Il est donc vraisemblable que la quantité d'acide chlorhydrique sécrété était inférieure à la normale. La gastrite interstitielle subaiguë a été la seule cause des érosions; l'auto-digestion n'a pas pu en faire de véritables ulcères progressifs. La généralisation de la gastrite interstitielle et glandulaire explique la multiplicité des érosions.

---

(1) Hautecœur. *Troubles et lésions de l'estomac chez les cardiaques*, Th. de Paris, 1891.

NOUVELLE TUBERCULINE DE KOCH

(Rapport à l'Académie de médecine par M. Nocard, au nom de la Commission des sérums.)

Il s'agit d'un produit fabriqué à l'étranger dans des conditions qui ne permettent ni l'enquête sur place au lieu de production, ni le prélèvement des échantillons nécessaires à la vérification des produits et des propriétés spéciales que l'auteur lui attribue; or, cette enquête sur place et ces prélèvements sont toujours imposés aux établissements français analogues.

L'échantillon joint à la demande, 1 centimètre cube, est trop minime pour permettre un contrôle expérimental ou clinique; d'autre part, le mémoire de Koch, d'après lequel est fait ce produit, est trop sobre de détails pour convaincre les lecteurs de l'immunité et de l'efficacité de la nouvelle tuberculine. Si l'Académie se conformait à sa pratique habituelle, elle devrait conclure à un ajournement jusqu'à production d'observations cliniques ou tout au moins d'expériences confirmant les prévisions de l'auteur. Ces expériences demandant plusieurs mois, il s'agirait d'un ajournement à une date éloignée.

Mais la notoriété scientifique de Koch, l'impatience naturelle des malades créent à l'Académie une situation particulière et un ajournement aussi long serait inadmissible.

Pour ces motifs, la Commission des sérums, faisant une exception à la règle ordinaire, propose à l'Académie de se prononcer en faveur d'une autorisation temporaire, laquelle ne deviendrait définitive qu'après production d'expériences et d'observations cliniques détaillées.

La quantité du nouveau produit nécessaire pour ces recherches devrait être mise à la disposition de la Commission des sérums par les producteurs et les importateurs, conformément à ce qui est de règle en France pour toutes les demandes de même nature. Il y aurait lieu d'exiger, en outre, que la tuberculine introduite en France fût complètement aseptique. Cette condition est indispensable pour tout produit destiné à être injecté sous la peau. Il semble superflu de le dire : si nous le faisons, c'est que tous les échantillons du nouveau produit que nous avons examinés étaient troubles, et que l'examen microscopique y montrait, en quantité notable, des bactéries et des levures. Ces organismes ne nous ont pas paru pathogènes; mais si le mode de fabrication permet la pénétration de microbes non pathogènes, quelle garantie offre-t-il contre ceux qui sont dangereux? Et, d'autre part, si ces organismes ne présentent aucun danger pour le malade, sous la peau duquel on les injecterait, ne peuvent-ils détruire ou modifier la substance active du produit qui leur sert de milieu de culture?

Nous le répétons, les produits de ce genre doivent être complètement aseptiques.

En résumé :

La nouvelle tuberculine de Koch ne saurait être l'objet d'une autorisation définitive que lorsque des expériences et des observations cliniques auront établi son innocuité et son efficacité. La tuberculine nécessaire pour ces recherches devra être mise à la disposition de la Commission des sérums, par les producteurs ou par leurs représentants pour la France.

En attendant l'accomplissement de ces recherches, on peut tolérer, à titre temporaire, l'introduction en France et la mise en vente de la nouvelle tuberculine, à la condition qu'elle soit complètement aseptique.

C'est dans ce sens que votre commission vous propose de répondre à M. le ministre de l'Intérieur.

Ces conclusions ont été adoptées.

LE MICROPHONOGRAPHE DUSSAUD PERFECTIONNÉ (1)

Par le docteur Laborde,
Membre de l'Académie de médecine.

Le 29 décembre dernier, j'ai présenté un premier modèle de microphonographe, imaginé par M. Dussaud, professeur à l'Université de Genève; appareil destiné à amplifier, tout en les graduant, les sons rendus par le phonographe.

Ce premier modèle, spécialement établi pour les sourds-muets, et perfectionné, sur ses indications, après quelques mois de recherches, fut l'objet, dans son laboratoire, d'essais très intéressants, et dont les résultats positifs lui parurent déjà suffisants pour permettre une première présentation à l'Académie.

Depuis cette époque, M. Dussaud, en collaboration d'un autre jeune savant, son compatriote, M. Georges Jaubert, docteur ès sciences, préparateur à l'École polytechnique, a continué à travailler au perfectionnement de l'appareil, en prenant pour direction et pour base les données et indications, d'ordre physiologique, que M. Laborde leur fournissait grâce à des essais pratiques, pour lesquels le docteur Gellé a prêté sa participation compétente bien connue.

Dans la production de la sensation auditive interviennent trois éléments, trois facteurs essentiels :

1° La matière même de la sensation, l'excitant, c'est-à-dire le son ou le bruit, résultant d'ondes ou vibrations sonores;

2° La transmission de ces ondes ou vibrations au centre perceptif;

3° La réception et la perception du son, d'où résulte la détermination de la sensation.

Or, en ne considérant, pour le cas qui nous occupe — le cas du fonctionnement de l'appareil dont il s'agit, microphonographe — que le premier de ces éléments, c'est-à-dire le son ou le bruit, la nature même, la qualité, le mode de production de ce son ou de ce bruit paraissent avoir une importance capitale pour le réveil de la perception, et, par conséquent, de la sensation auditive, jusqu'alors éteinte et rebelle à toute espèce de provocation.

En effet, l'espèce de son, de bruit, engendré par le microphone (Dussaud) annexé au phonographe, dans les conditions mêmes de son premier fonctionnement incitait et réveillait la perception et la sensation auditives, chez les sujets atteints de surdi-mutité, dont on avait fait l'éducation parlée, mais qui n'avaient jamais jusqu'alors perçu, par conséquent, entendu ni un son, ni un bruit quelconques : c'était, pour eux, la révélation inattendue d'un monde nouveau, d'une sensation inconnue; révélation qu'ils manifestent par les signes d'une satisfaction, d'une joie parfois débordantes.

De plus, le caractère, la nature du bruit (craquement, pétillement) sont parfaitement perçus et exprimés; et si le bruit se produit, sur un rythme musical, comme dans nos expériences, après quelques essais répétés, le rythme est saisi et indiqué par le sujet qui bat la mesure, ainsi que l'indique clairement la photographie que je rappelais tout à l'heure, et ainsi que va vous le montrer, dans un instant, un autre exemple des plus curieux à cet égard.

Le problème était donc celui-ci : modifier l'appareil :

1° De façon à remplacer, autant que possible, le son ou le bruit en question et le rythme musical qui l'accompagne par le son nettement articulé ou parlé, en un mot, par la parole;

2° De façon à le rendre applicable, pratique, et portatif pour un usage habituel et courant.

Eh bien, la première modification, le premier perfectionnement — sans contredit les plus importants, les plus

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 616.

essentiels, mais qui exigeaient, par la difficulté, la délicatesse de la construction, une compétence et un outillage spéciaux — ont pu recevoir un commencement de satisfaction grâce à la précieuse intervention de M. Berthon, administrateur de la Société des téléphones, qui a si puissamment contribué aux progrès et à l'extension de cette industrie en France, soit par sa haute direction, soit par ses inventions personnelles, parmi lesquelles il nous suffira de rappeler le téléphone Berthon, universellement employé : grâce à lui, et à la Société des téléphones, qui, ainsi que son éminent directeur, M. Leauté (de l'Institut), s'est montrée, comme toujours, largement ouverte à l'étude et au perfectionnement de tous les progrès nouveaux, nous possédons et je vous présente un microphonographe perfectionné, qui donne des résultats du plus haut intérêt, que vous pouvez facilement constater, et qui ont sur ceux du phonographe, employé seul, les principaux avantages suivants :

1° Ils sont considérablement renforcés;

2° Ils ont plus de netteté et présentent beaucoup moins de nasillement;

3° Ils peuvent être réglés à volonté, comme intensité, en sorte que, comme nous l'avons dit, l'instrument constitue un audiomètre des plus sensibles;

4° Ils peuvent être entendus de nombreuses personnes à la fois, grâce au bi-téléphone de Mercadier;

5° Enfin, ils peuvent être entendus à de grandes distances, grâce au merveilleux microphone inventé par M. Berthon.

Qu'il me soit permis de remarquer, en passant, que ce qui distingue cet appareil de certaines contrefaçons, qu'on a déjà, depuis notre première présentation, essayé d'en faire à l'étranger, notamment en Angleterre et en Allemagne; c'est que le microphone est adapté, par un système des plus ingénieux (1), directement à la membrane du phonographe, de manière à donner une amplification sonore considérable, tout en augmentant la netteté du son, par la suppression presque complète du nasillement.

L'on se trouve ainsi, dores et déjà — et en attendant d'autres perfectionnements prévus de nature à l'adapter à une pratique plus étendue, en vue des surdités de diverses natures — l'on se trouve ainsi en possession d'un appareil, véritable parleur automatique, facilement maniable pour les exercices auditifs, nécessaires à la récupération et à l'apprentissage de la parole, chez ceux qui en sont privés originellement, c'est-à-dire chez les sourds-muets, dont l'éducation va pouvoir être entreprise et réalisée sur de nouvelles bases; car, jusqu'à présent, et à défaut de moyens appropriés, on a négligé — et on a dû le faire systématiquement — l'intervention de l'organe de l'ouïe, abandonnée ainsi à son défaut natif de fonctionnement.

C'est, en un mot, l'apprentissage normal de la parole par le mécanisme audible qui y préside, rendu possible et facile par l'appareil nouveau; et cela dans des conditions singulièrement favorables, car, avec un seul appareil, et grâce aux multiples communications par le bitéléphone, un professeur peut poursuivre simultanément l'éducation de plusieurs sujets.

Il me reste à vous faire constater les résultats, que je viens de vous annoncer, sur les deux sujets ici présents, et dont vous pouvez apprécier les sensations toutes nouvelles pour eux, soit sous l'influence de l'audition (qui ne s'était jamais auparavant produite chez eux) d'un air musical, ou d'un discours parlé.

(1) Ce système de membranes de charbon vibrantes, présente un dispositif (petits grains ou corpuscules de contact à sa surface) qui rappelle et imite les corpuscules de Corti.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mai 1897. — Présidence de M. DELENS.

COMMUNICATIONS

Traitement de la coxalgie. — M. KIRMISSON, à l'occasion d'une récente communication de M. Ménard (de Berck) sur ce sujet, fait connaître la ligne de conduite à laquelle il s'est arrêté pour le traitement de la coxalgie.

La méthode conservatrice trouve son application surtout chez l'enfant. Chez ce dernier, la tuberculose osseuse a, en effet, souvent une grande tendance à guérir spontanément.

Il est vrai que le traitement conservateur doit avoir une longue durée; mais cela a peu d'importance chez l'enfant.

D'autre part, l'immobilisation est bien supportée chez l'enfant, bien mieux que chez l'adulte. Les enfants n'ont pas d'ordinaire ces tares organiques qui rendent l'immobilisation dangereuse.

Donc, le traitement conservateur est parfaitement applicable chez l'enfant.

La coxalgie peut être traitée à trois périodes différentes : avant la suppuration, pendant la période de suppuration, et pendant la période des lésions osseuses profondes.

1° Avant la suppuration, c'est-à-dire pendant la première période, c'est à l'immobilisation qu'il faut donner la préférence. Il est inutile, le plus souvent, de faire l'extension continue. Pour pratiquer l'immobilisation, il suffit d'appliquer un appareil plâtré qui ne réduit pas l'enfant à l'immobilité absolue.

Il y a un antagonisme absolu entre l'immobilisation et l'extension continue. Quand on fait cette dernière, l'immobilisation de l'article n'est plus obtenue. L'extension continue maintient la cuisse seule; le tronc se déplace sur la cuisse, et souvent on observe alors une adduction du membre.

Pour éviter ou corriger le plus possible le raccourcissement du membre atteint, M. Kirmisson donne la préférence à l'immobilisation. Quant à l'attitude à donner au membre, il rappelle que ce sont surtout l'adduction et l'inversion du membre qui sont les causes principales et les sources de tous les maux éloignés de la coxalgie; c'est donc à corriger ou à prévenir ces deux accidents que doivent tendre tous les efforts du chirurgien. Dans ce but, M. Kirmisson recommande l'immobilisation dans la rectitude et un léger degré d'abduction moyenne, de façon à faciliter l'emboîtement de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. Ce sont là les meilleurs moyens d'éviter la subluxation ou la luxation vraie et l'ankylose coxo-fémorale dans une position vicieuse. Lorsqu'on a affaire à des cas déjà anciens, on a proposé pour y remédier le redressement brusque ou l'extension continue. M. Kirmisson déclare être opposé au redressement brusque, d'une façon générale, dans les affections osseuses tuberculeuses. Suivant lui, on réveille ainsi des inoculations tuberculeuses. C'est ainsi que, rien que dans son service, il a vu se produire, en quelques années, à la suite du redressement brusque, cinq cas de méningite tuberculeuse. Il cite l'exemple d'une petite fille atteinte de coxalgie ancienne, se présentant avec l'attitude vicieuse classique; après un redressement brusque, elle a été atteinte de méningite tuberculeuse. Il est impossible de ne pas voir une relation de cause à effet entre l'intervention et le développement de cette méningite, à laquelle a succombé cette enfant. M. Kirmisson préfère donc au redressement brusque le redressement lent par extension continue dans le traitement des maladies articulaires tuberculeuses. Il considère également comme de très bonnes opérations adjuvantes les sections musculaires ou tendineuses à ciel ouvert. La section du couturier, du fascia lata, faite dans de bonnes con-

ditions d'asepsie, est une opération très bénigne, n'apporte pas le moindre danger. L'ostéotomie sous-trochantérienne, dans certains cas bien déterminés, donne aussi de très bons résultats, sans faire courir aux petits malades de dangers sérieux.

Dans la coxalgie avec abcès, M. Ménard prescrit les ponctions évacuatrices suivies d'injections de naphtol camphré. M. Kirmisson reste fidèle aux injections d'éther iodoformé qui lui paraissent donner des résultats plus constants, plus avantageux que les injections de naphtol camphré. Il cite plusieurs exemples dans lesquels il a obtenu d'excellents effets de cette pratique. M. Ménard paraît attacher une certaine importance à ce qu'il a appelé le curetage intégral des fongosités dans les coxalgies avec abcès. M. Kirmisson ne partage pas l'opinion de M. Ménard à ce sujet. Il ne considère pas comme tout à fait inoffensif ce curetage intégral et il ne croit pas que les avantages qu'il peut donner soient de nature à en compenser les inconvénients. Il est partisan, dans ces cas, des opérations parcimonieuses avec drainage.

M. RECLUS rappelle les idées de Verneuil sur l'influence des traumatismes chez les tuberculeux, idées que M. Kirmisson semble partager dans une certaine mesure. Des conversations que M. Reclus a eues à ce sujet avec M. Lannelongue, il résulte que, dans les statistiques des malades opérés, comparées aux statistiques des malades non opérés, on trouve le même nombre de méningites tuberculeuses.

M. KIRMISSON fait observer qu'au point de vue des méningites tuberculeuses, il n'a parlé que du redressement brusque et non des autres interventions chirurgicales.

DISCUSSION SUR LES FRACTURES DE LA ROTULE

M. LEJARS désire communiquer quelques faits de cerclage de la rotule. Indiquée par Berger, en 1892, cette opération présente une grande simplicité et une grande facilité d'exécution. Elle répond surtout à deux indications spéciales : 1° quand il existe un fragment inférieur très petit; 2° quand il y a des fragments multiples. M. Lejars, après avoir fait le cerclage à l'aide d'un gros fil d'argent passant dans les deux tendons et enserrant les fragments de la rotule fracturée, réunit ensuite entre eux les tissus fibreux et périostiques à l'aide d'un surjet. Cette opération a aussi l'avantage de permettre l'évacuation du sang contenu dans l'articulation.

LECTURE

Ostéo-sarcome périostique du tibia. — M. VERCHÈRE lit une observation d'ostéo-sarcome périostique de la face postérieure du tibia, qui était assez pédiculé pour que l'ablation en ait été très facile, sans rien sacrifier de l'os. Il s'agissait d'un jeune homme qui portait sur la face postérieure de la jambe une tumeur volumineuse. Les divers chirurgiens qui avaient vu ce malade, avaient proposé une amputation de cuisse. La radiographie a permis de reconnaître que cette tumeur était isolée et pédiculée, ce qui a conduit M. Verchère à en pratiquer l'énucléation pure et simple.

M. Verchère fait toutes réserves au sujet de la récidive.

PRÉSENTATION DE MALADES

Fracture de la rotule. — M. WALTHER présente un malade qui s'était fracturé la rotule il y a sept ans. Il fut traité par la griffe. Ce malade s'étant de nouveau fracturé cette même rotule, M. Walther, en en faisant la suture, put s'assurer que la première intervention avait été suivie d'une consolidation osseuse parfaite. Enfin, une troisième fois, cet homme s'est fait une rupture du tendon du triceps. Cette fois, M. Walther a passé un gros fil d'argent en plein tissu tendineux et en plein tissu osseux.

M. ROUTIER a été appelé auprès d'un homme âgé, chez lequel il s'était produit un arrachement du tendon du triceps. Cet homme a refusé toute opération. M. Routier a mis sa jambe dans un plâtre et il a parfaitement guéri.

M. MONOD cite un fait semblable de guérison spontanée d'une rupture du tendon du triceps.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'hésiterait pas à préférer une bonne suture.

M. CHAPUT présente un malade qui était atteint d'une fracture de la rotule, qu'il a traitée par la simple suture des parties molles et du périoste et qui présente un cal osseux. Cet homme a été opéré le 13 juillet 1894.

M. PEYROT estime qu'il faut se méfier de ces sutures. Dans ces cas, la rotule se fracture de nouveau facilement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne voit aucune espèce d'avantage à cette suture qui n'est pas solide. Pourquoi y recourir quand il est si simple de suturer la rotule elle-même et que cette suture osseuse, franche, donne des résultats beaucoup plus certains?

Ostéo-sarcome du maxillaire inférieur. — M. GÉRARD-MARCHANT présente un malade qu'il a opéré en 1892, à Laënnec, d'un ostéo-sarcome du maxillaire inférieur. Cet homme, opéré depuis cinq ans, ne présente encore aucune trace de récidive.

Épithélioma du plancher de la bouche. — M. FAURE présente un malade qu'il a opéré d'un épithélioma du plancher de la bouche par un procédé spécial.

Double valve abdomino-vaginale. — M. MONTPROFIT (d'Angers) présente une double valve abdomino-vaginale pour laparotomies qui permet d'écarter largement les parois abdominales et qui tient en place sans le secours d'aucun aide, prenant un solide point d'appui dans le vagin, et au-dessous de la symphyse. Cet instrument très simple rend très faciles toutes les manœuvres au fond du bassin.

Rupture du foie. — M. GUINARD présente un malade qui a reçu un coup de pied de cheval dans l'abdomen. Il existait une rupture du foie, au niveau de la face inférieure de l'organe (lobe gauche). M. Guinard a fait la suture du foie.

M. ROUTIER présente un utérus bicorne qu'il a enlevé chez une femme de quarante ans.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le premier concours de chirurgiens des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Chevalier et Mauclaire.

— *Concours d'accoucheurs des hôpitaux.* — Séance du 28 mai : MM. Demelin, 20; Wallich, 19; Bouffe de Saint-Blaise, 16; Chavane, 15 et Schwab, 14.

— *Concours du prosectorat.* — Composition écrite : MM. Gosset, 28; Cunéo et Baudet, 27; Wiart, 25; Ombredanne, 22.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 mai 1897, il sera ouvert à Paris, en 1897-1898, des concours pour 37 places d'agrégé à répartir de la manière suivante entre les facultés de médecine des universités ci-après désignées :

Section de médecine (pathologie interne et médecine légale) : — Paris, 5; — Bordeaux, 1; — Lille, 2; — Lyon, 1; — Montpellier, 2; — Toulouse, 1; = 12 places.

Section de chirurgie : 1° Chirurgie : Paris, 3; — Bordeaux, 1; — Lille, 1; — Lyon, 2; — Montpellier, 1; — Toulouse, 2; = 10 places. — 2° Accouchements : Paris, 1; — Bordeaux, 1; — Toulouse, 1; = 3 places.

Section des sciences anatomiques et physiologiques : 1° Anatomie : Paris, 1; — Lille, 1; — Nancy, 1; = 3 places. — 2° Physiologie : Paris, 1; — Toulouse, 1; = 2 places. — 4° Histoire naturelle : Toulouse, 1; = 1 place.

Section des sciences physiques : 1° Physique : Paris, 1 ; — Lyon, 1 ; — Montpellier, 1 ; = 3 places. — 2° Chimie : Paris, 1 ; — Lyon, 1 ; = 2 places. — 3° Pharmacie : Toulouse, 1 ; = 1 place.

Des 37 places à répartir, 13 sont pour Paris ; 3 pour Bordeaux ; 4 pour Lille ; 5 pour Lyon ; 4 pour Montpellier ; 1 pour Nancy et 7 pour Toulouse.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : 1° le 13 décembre 1897 pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale) ; 2° le 7 mars 1898, pour la section de chirurgie et accouchements ; 3° le 16 mai 1898, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

— Par décret, en date du 24 mai 1897, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Trabaud.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Duguet.

— Par décret, en date du 25 mai 1897 : « Lorsque les besoins du service l'exigent, il peut être employé, en outre des médecins et pharmaciens titulaires du corps de santé des colonies, des médecins et des pharmaciens auxiliaires : 1° dans les hôpitaux, établissements, postes locaux ou pénitentiaires ; 2° dans les hôpitaux et établissements coloniaux.

Nul n'est admis à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire, s'il ne satisfait aux conditions suivantes : 1° être Français ; 2° être âgé au moins de trente-deux ans au moment de son admission, à moins qu'il ne compte assez de services à l'État pour avoir droit à une pension de retraite à l'âge de cinquante-trois ans ; 3° être pourvu du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe ; 4° être reconnu apte à servir aux colonies et pays de protectorat ; 5° produire un état pour néant de son casier judiciaire ; un certificat de bonnes vie et mœurs et un certificat constatant qu'il a satisfait aux exigences de la loi sur le recrutement.

Les médecins et pharmaciens auxiliaires peuvent, après trois ans de services dans cet emploi, être nommés médecins ou pharmaciens titulaires, sur proposition motivée et pour services signalés. Le temps exigé pour cette promotion est réduit de moitié quand ces médecins et pharmaciens auxiliaires comptent dix-huit mois de services antérieurs à titre de médecins des corps de santé des colonies, de la marine ou de l'armée.

Les médecins et les pharmaciens auxiliaires exerçant les fonctions portent les insignes et reçoivent la solde de médecins ou de pharmaciens de deuxième classe des colonies. Ils ont droit à la même pension de retraite.

Les médecins et les pharmaciens auxiliaires sont commissionnés par le ministre. Ils contractent, en entrant au service, un engagement de trois ans.

Les peines disciplinaires qui leur sont applicables sont les mêmes que celles prévues pour les officiers du grade dont ils ont la correspondance ; ils sont soumis aux mêmes règles de subordination hiérarchique.

Les médecins et pharmaciens auxiliaires peuvent être licenciés aussitôt que les circonstances qui nécessiteront leur admission auront cessé d'exister.

Le licenciement peut être prononcé par mesure disciplinaire, sur la proposition motivée du chef de service dont ils relèvent. »

— Par décret, en date du 25 mai 1897, ont été promus dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Cassagnou, Depasse et Vergoz.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Allain, Damiens, Chaussade, Maureau, Bonneau et Etournaud.

— Par décret, en date du 26 mai 1897, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — M. le docteur Nègre, médecin en chef de la marine en retraite.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 mai 1897, M. Catteau, médecin principal de deuxième classe, secrétaire du Comité technique de santé au ministère de la Guerre, a été nommé membre du Conseil supérieur de statistique.

— Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 28 juin 1897, à neuf heures du matin.

Clinicat médical : trois chefs de clinique titulaires et trois chefs de clinique adjoints ; clinicat chirurgical : deux chefs de clinique adjoints ; clinicat obstétrical : un chef de clinique titulaire ; clinicat des maladies mentales : deux chefs de clinique titulaires ; clinicat des maladies nerveuses : un chef de clinique titulaire ; clinicat ophtalmologique : un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 16 juin 1897. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, bureau du personnel, 1er étage.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : 1° Pour les clinicats chirurgical, obstétrical et ophtalmologique : tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour de l'ouverture du concours ;

2° Pour les autres emplois vacants de chefs de clinique ci-dessus désignés : tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour de l'ouverture du concours.

— M. le professeur Ch. Richet représentera la Faculté de médecine de Paris aux fêtes universitaires de Montréal.

— M. le docteur Saillard a été élu hier sénateur du département du Doubs.

— La Société de l'encouragement au Bien a décerné sa plus haute récompense « la couronne civique » au docteur Yersin, de l'Institut Pasteur.

— La Société des sciences de Lille a décerné une médaille d'or à M. le docteur A. Faidherbe (de Roubaix), pour son étude sur « La profession médicale à Lille sous la domination française, de 1667 à 1789 ».

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée, de Paris a Orléans et du Midi. — *Excursions aux Gorges du Tarn* (organisées avec le concours de la Société des voyages économiques, les 20 juin, 11 juillet, 8 août, 29 août et 12 septembre 1897).

Itinéraire : Paris, Arvant, Mende, Ispagnac, Sainte-Enimie, Le Tarn, Le Rozier, Dargilan, Montpellier-le-Vieux, Millau, Béziers, Carcassonne, Toulouse, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, 260 francs ; 2e classe, 230 francs.

Ces prix comprennent : le transport en chemin de fer ; la nourriture, le logement, les omnibus, voitures et barques pendant toute la durée du voyage (sous la responsabilité de la Société des voyages économiques).

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de cette Compagnie, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 63. — JEUDI 3 JUIN 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 3 JUIN 1897. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. D. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été très courte, plusieurs orateurs inscrits n'ayant pas répondu à l'appel de leurs noms. Signalons d'abord le rapport de M. Hervieux sur les vaccinations et revaccinations dans les écoles : M. Hervieux exprime les regrets que, malgré les lois et les prescriptions ministérielles existantes, on n'exige pas rigoureusement la vaccination et la revaccination des jeunes enfants admis dans les établissements d'instruction publique. En outre, les états de vaccination envoyés par les autorités préfectorales et municipales ne renferment qu'un nombre insignifiant d'instituteurs privées. Cela prouve encore une fois qu'il ne suffit pas d'édicter des lois et des prescriptions, il faut encore les faire exécuter, ce qui est souvent bien difficile.

M. Budin a fait une communication sur les bons résultats que donnent les consultations pour les nourrissons des classes pauvres. Ces consultations s'imposent. Au cours de cette communication, M. Budin a, de nouveau, appelé l'attention sur les bons effets du lait stérilisé.

M. Pinard a présenté, au début de la séance, un enfant du sexe masculin né viable, à terme, ayant vécu quelques heures. Chez cet enfant, normal quant au buste, les deux pieds sont soudés par un lambeau triangulaire qui rappelle la sirène des vieilles légendes.

On se rappelle les communications de M. Poncet (de Lyon) sur l'exothyropexie. M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) a eu l'idée d'appliquer le même procédé au traitement chirurgical d'une énorme hypertrophie de la rate prise pour une tumeur solide de l'ovaire. Cette exosplénopexie a été suivie de guérison. On trouvera plus loin le résumé de l'intéressante observation de M. Houzel.

M. Andeer (de Naples) a donné lecture d'un travail dans lequel il décrit, sous le nom d'ostioles, de petits orifices siégeant à la surface des séreuses, orifices qui, d'après l'auteur, mettraient en communication les voies lymphatiques et même sanguines avec la surface des muqueuses.

M. Combe a décrit un nouveau procédé de radiographie à l'aide duquel il a pu déceler des corps étrangers fixés dans le maxillaire supérieur.

SUR LE LAIT STÉRILISÉ

Par M. P. Budin, membre de l'Académie de médecine.

Nous avons fait part des excellents résultats que nous obtenions à la consultation réservée aux enfants nés dans notre service ; nous encouragions surtout l'allaitement au sein ; nous donnions aux mères des conseils, nous pesions régulièrement leurs bébés, et, quand cela était nécessaire, nous donnions gratuitement du lait stérilisé. Nous ne permettions l'allaitement mixte et l'allaitement artificiel que si la mère n'avait pas assez de lait ou n'en avait pas du tout.

Nous pensons, en effet, que le nouveau-né doit être mis au sein, qu'il doit être allaité par sa mère.

Des consultations analogues à celles que nous avions créées à la Charité et depuis à la Maternité ont été organisées dans différents quartiers de Paris, soit par le Conseil général de la Seine, soit par des médecins, MM. Comby et Variot, par exemple. M. Henri de Rothschild en a fondé une semblable à sa policlinique ; il rapporte la façon dont elle fonctionne dans un fascicule intitulé : « Quelques observations sur l'alimentation des nouveau-nés. » Il ajoute à son travail 45 courbes en couleur qui permettent de voir d'un coup d'œil ce que réalise l'emploi de lait stérilisé.

Les consultations des nourrissons pour les classes pauvres sont d'une utilité indiscutable. Leur création s'impose. Le peu de frais qu'elles exigent permettra à la charité publique et privée d'en étendre rapidement les bienfaits.

M. Berlioz, professeur de bactériologie à l'École de médecine de Grenoble, directeur du bureau d'hygiène, a fait un important travail intitulé : « Résultats obtenus à Grenoble par l'emploi du lait stérilisé. » Il s'exprime ainsi :

Les avantages du lait stérilisé chez les enfants nourris au biberon ne sont plus discutés.

On reconnaît que ce lait est capable d'abaisser énormément la mortalité effroyable des enfants allaités au biberon.

Depuis 1894, je fais distribuer, au moyen des crédits qui me sont alloués par le conseil municipal, du lait stérilisé aux enfants indigents, pendant les mois de juillet, août et septembre.

Le lait est fourni par une laiterie.

Il est stérilisé à l'autoclave à 110 degrés pendant une demi-heure, dans des flacons de 200 à 250 centimètres cubes. Ces flacons servent de téterelle. Je constate la stérilité du lait en faisant prélever chaque jour des flacons chez les dépositaires et les plaçant à l'étuve à 37 degrés à mon laboratoire.

Les résultats sont les suivants :

Mortalité par diarrhée des enfants de 0 à 1 an pendant les mois de juillet, août et septembre :

	Non nourris au lait stérilisé.	Nourris au lait stérilisé.
1894. . . .	66,8 p. 1000	25,6 p. 1000
1895. . . .	86,9 —	42,2 —
1896. . . .	54,0 —	16,1 —
Moyenne. .	69,3 —	27,9 —

Différence en faveur du lait stérilisé : 41,4.

Il importe de faire remarquer :

1° Que la première catégorie comprend aussi bien les enfants nourris au sein que ceux nourris au biberon, tandis que la seconde ne comprend que les enfants au biberon;

2° Que la première catégorie est composée d'enfants appartenant aux classes non nécessiteuses, tandis que la seconde n'est composée que d'enfants indigents;

3° Que les enfants décédés par diarrhée et nourris au lait stérilisé étaient déjà malades avant qu'on leur eût donné le lait.

Je crois pouvoir assurer que pas un d'eux n'a été atteint de diarrhée au cours de l'allaitement par le lait stérilisé.

Malgré ces conditions d'infériorité le bénéfice donné par le lait stérilisé est encore de 41,4 p. 1000 enfants.

Il y a en France environ 700000 enfants âgés de 0 à 1 an, la diarrhée en emporte au bas mot 50000.

Le lait stérilisé pourrait abaisser ce chiffre à 20000, ce qui donnerait un bénéfice annuel de 30000 enfants.

Ce résultat, j'imagine, n'est point à dédaigner.

Ces résultats confirment ceux que nous avons personnellement publiés à l'Académie et ailleurs (1), ceux de M. Chavanne, à la Maison de secours de la rue du Chemin-Vert, ceux de MM. Variot, Comby et Henri de Rothschild, dans leurs dispensaires, ceux obtenus dans les crèches par M. Belluze (de Paris), et M. Drapier (de Rethel), ceux enfin publiés par M. Dufour [de Fécamp (2)], qui a commencé, lui aussi, à distribuer gratuitement du lait stérilisé aux enfants pauvres, en juillet 1894, c'est-à-dire la même année et le même mois que M. Berlioz.

Les médecins que je viens de citer sont unanimes à montrer les grands services que rend le lait stérilisé.

Le Conseil municipal de Paris (3) et celui de Grenoble en favorisent la distribution gratuite aux enfants des indigents; espérons que les autres villes de France imiteront une conduite qui a donné de si beaux résultats.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (4)

Par le docteur J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

Obs. VIII. — *Péritonite diffuse par perforation appendiculaire. Laparotomie. Mort.* — Ch... (Charles), trente-deux ans, employé de commerce. Opéré le 23 septembre 1896, à l'hôpital Saint-Antoine.

Début vingt-huit jours auparavant, par des crises appendiculaires très nettes. Cinq jours après les douleurs étaient à peu près calmées. Au bout de quelques jours les vomissements recommencent et obligent le malade à s'aliter. Le lendemain, 20 septembre, le ventre est ballonné, douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite. Le 21 surviennent des vomissements porracés, l'état s'aggrave et on envoie le malade à l'hôpital Andral d'où on l'apporte le 23 à Saint-Antoine. A ce moment, il présente tous les signes d'une péritonite généralisée, avec traits tirés, ballonnement du ventre, pouls filiforme, vomissements, etc. Le chirurgien de garde, appelé dans l'après-midi, ne croit pas devoir intervenir.

Le lendemain matin 23, l'état est très grave, facies grippé, teint cyanosé, sueurs froides, gêne respiratoire, pouls misérable, léger refroidissement des extrémités, ventre distendu et douloureux. Malgré l'état très grave, je me décide à faire la laparotomie.

On donne à peine quelques gouttes de chloroforme au malade, de façon à l'étourdir, sans chercher à obtenir l'anesthésie complète.

Incision dans la fosse iliaque droite, comme pour une appendicite.

A peine le péritoine est-il ouvert que des flots de pus et de sérosité purulente s'écoulent au dehors. Les lésions prédominent dans la région cæcale, l'appendice est perforé, et en nettoyant la fosse iliaque, je ramène un calcul stercoral, très dur et semblable à un noyau d'olive. C'est évidemment lui qui a provoqué la perforation appendiculaire et l'infection du péritoine. Lavage avec un peu d'eau bouillie, nettoyage avec des éponges, drainage à la gaze stérilisée et suture de la paroi. Mort dans l'après-midi, six heures environ après l'opération.

Il s'agissait ici, bien évidemment, d'un abcès d'origine appendiculaire, ouvert dans le péritoine, ou d'une première poussée d'appendicite, déjà sérieuse, bientôt suivie d'une perforation et d'accidents généraux. Quoi qu'il en soit, ce malade a été, pour ainsi dire, opéré *in extremis*, et s'il est possible qu'une intervention, pratiquée dès le début des accidents, l'eût sauvé, il n'est pas moins évident qu'une opération aussi tardive que celle qui a été faite ne pouvait pas changer le dénouement. J'en étais convaincu, je l'ai opéré quand même, parce que conviction n'est pas certitude, et que, dans ces conditions, je crois qu'il vaut mieux toujours tenter la chance, si minime soit-elle. Mais j'aurais parfaitement pu m'abstenir et je comprends très bien que le chirurgien de garde, appelé la veille au soir, se soit abstenu, ce qui prouve d'ailleurs combien les indications opératoires sont contingentes et changent avec ceux qui sont chargés de les discuter.

J'ai fait ici l'incision dans la fosse iliaque, parce que, d'après les antécédents du malade sur lequel j'avais des renseignements précis, il n'y avait absolument aucun doute sur l'origine appendiculaire de la maladie. Je m'en suis bien trouvé, au point de vue opératoire, puisqu'elle m'a permis de tomber immédiatement sur le foyer principal et d'enlever même un calcul stercoral noyé dans le pus qui remplissait la fosse iliaque.

L'opération avait été rapide, l'anesthésie à peine ébauchée, aussi le malade a-t-il été peu éprouvé par l'intervention. En réalité, il n'était pas beaucoup plus mal après qu'avant. Peut-être faut-il aussi attribuer cette absence relative de choc opératoire à la rapidité du lavage, qui a été très court. Je dirai plus loin pourquoi je suis convaincu que, lorsqu'il se prolonge, il est une des causes les plus puissantes d'affaiblissement et de choc.

---

(1) P. Budin. *Sur l'alimentation des nourrissons*, Rapport fait à la Commission des crèches, 1896. « Femmes en couches et nouveau-nés, » p. 367.

(2) Léon Dufour (de Fécamp). *Revue des maladies de l'enfance*, 1896, p. 431.

(3) Paul Strauss. *Conseil général de la Seine*, 1894, Rapport sur le service des Enfants assistés, p. 8 et suivantes.

(4) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 603.

Obs. IX. — *Coup de pied de cheval dans l'abdomen. Rupture de l'intestin. Laparotomie. Mort.* — Cl..., trente-six ans, opéré le 28 novembre 1895, à l'hôpital Beaujon.

La veille, cet homme a reçu un coup de pied de cheval dans le flanc droit. Le coup n'a pas été très violent, car l'homme se trouvait presque en contact avec le cheval. Il a donc été atteint par le pied à début de course et non à jarret tendu. Le coup a cependant été assez fort pour le renverser par-dessus le bas flanc voisin.

Transporté chez lui, le malade a eu quelques vomissements; le ventre était sensible, surtout dans la région contuse. Application de sangsues. L'état ne s'améliorant pas, on le transporte à l'hôpital.

A l'examen, le ventre est douloureux, peu augmenté de volume, un peu ballonné seulement vers le haut, pas de sonorité hépatique, pas de bruit hydroaérique, mais il y a, dans le flanc droit, au niveau du point où à porté le coup, une matité des plus nettes. En ce point la peau présente une légère excoriation, une insignifiante plaie contuse, longue de 15 millimètres environ sur 7 ou 8 millimètres de large, sans ecchymose visible. C'est la trace du coup de pied.

La pression, à ce niveau, détermine une douleur extrêmement vive, tandis que, dans toutes les autres régions, le ventre est simplement sensible.

Lucidité cérébrale parfaite, facies un peu angoissé, légère gêne respiratoire, pouls 160, petit, température 38°5.

Après avoir endormi le malade, je pratique la laparotomie.

Incision de 15 centimètres sur le point douloureux, au niveau de la petite plaie contuse, qui se trouve précisément à hauteur du bord externe du muscle droit. J'incise donc sur ce bord externe et, dès l'ouverture du péritoine, je le trouve inondé de matières fécales.

Je tombe sur un bloc formé par les anses intestinales adhérentes les unes aux autres, unies par des fausses membranes, le tout englobé dans une grande quantité de matières intestinales. Il n'est pas étonnant, avec ces lésions, d'avoir constaté en ce point une matité considérable.

Je nettoie la région avec une éponge, et je ne tarde pas à trouver l'anse intestinale malade. Sur une longueur de 30 centimètres environ, cette anse porte *cinq* perforations de dimensions variables. La plus petite a cinq millimètres de diamètre à peine, tandis que la plus grande a la dimension d'une pièce de 1 franc. Les bords de ces pertes de substance sont irréguliers, déchiquetés, la muqueuse sort à travers les tuniques externes, et est éversée en dehors, comme si la rupture s'était faite, ainsi que cela me paraît certain, sous l'influence d'une pression intérieure.

Pour gagner du temps, car le malade, malgré la rapidité de l'intervention, s'affaiblit visiblement, je renonce à faire l'entérectomie, et je suture rapidement les cinq perforations par des surjets avec une soie fine, disposés, autant que possible, surtout pour les perforations les plus larges, perpendiculairement à l'axe de l'intestin.

Nettoyage de la région, lavage rapide, drainage à la gaze stérilisée et suture en masse de la paroi.

A ce moment, bien que l'opération n'ait pas duré plus de vingt-cinq minutes, le malade est très bas, il râle, il est livide et couvert d'une sueur froide. On lui fait, immédiatement, dans une veine du pli du coude, une injection de sérum artificiel d'un litre et demi.

Cette injection le ressuscite pour ainsi dire : ses pommettes reprennent quelque couleur, son pouls, qui était imperceptible, s'accuse de nouveau et bat 140, son râle disparaît et il prononce même des paroles sans suite.

Il n'en meurt pas moins trois heures après l'opération.

Autopsie non faite par opposition judiciaire.

Cette observation est des plus instructives. Au point de vue de l'intervention, il n'y a aucun doute. En présence de phénomènes de cette gravité, consécutifs à un traumatisme, il y avait, évidemment, des lésions profondes. Il fallait opérer, et opérer en incisant au point contus. Je m'en suis, dans ce cas, admirablement trouvé, vérifiant une fois de plus cette loi qui veut que dans les traumatismes de l'abdomen, les lésions viscérales siègent juste en arrière du point de la paroi qui a subi le choc. J'ajouterai que, dans ce cas, les lésions observées confirment la théorie des ruptures intestinales par *éclatement*. Il est absolument impossible d'expliquer autrement les *cinq* perforations que j'ai rencontrées sur la même anse, sur une largeur de 30 centimètres environ. L'anse ayant été brusquement comprimée, l'augmentation subite de la pression intérieure a fait de toutes parts éclater la paroi en y produisant ces déchirures irrégulières qui laissaient passer la muqueuse éversée en dehors.

J'ai pu constater, ici, un symptôme d'une grande netteté, qui me semble peu connu, ou tout au moins sur lequel je n'ai vu insister nulle part. Je veux parler de la *matité* au point contus. Je l'avais constatée, par la percussion, de la façon la plus évidente. Le ventre ouvert, j'ai pu me rendre compte de sa cause. Elle était due à l'accumulation, dans le flanc, de matières intestinales en partie liquides, en partie solides, de fausses membranes, d'anses grêles vides ou en tous cas pleines de matières semi-liquides, mêlées à une très faible quantité de gaz.

Il est évident qu'un amas de cette nature doit donner à la percussion une matité des plus nettes. Nous sommes loin, on le voit, du tympanisme qui existe quelquefois, et qui, lui aussi, est un bon signe (voir Obs. VI).

Une matité ainsi localisée en un point normalement sonore, et qui ne peut être due qu'à un épanchement de sang ou de matières intestinales, est donc un signe certain de lésion profonde et commande l'intervention. Je reviendrai ultérieurement sur ce point.

Ici encore, comme dans presque toutes les observations précédentes qui s'appliquent à des malades surinfectés, l'opération a singulièrement aggravé l'état du blessé. Parfaitement lucide et d'aspect encore solide avant l'opération, malgré son pouls déjà misérable, il était mourant à la fin. Une injection intra-veineuse de sérum l'a momentanément presque ressuscité, au point de rétablir son pouls disparu, ramener des couleurs sur la face livide et faire disparaître son râle d'agonie. C'est donc là, dans des cas moins désespérés, une méthode vraiment merveilleuse, et si mon opéré ne lui a dû que trois heures de vie, c'est parce qu'il était, à l'heure de l'opération, intoxiqué d'une irrémédiable façon.

(A suivre.)

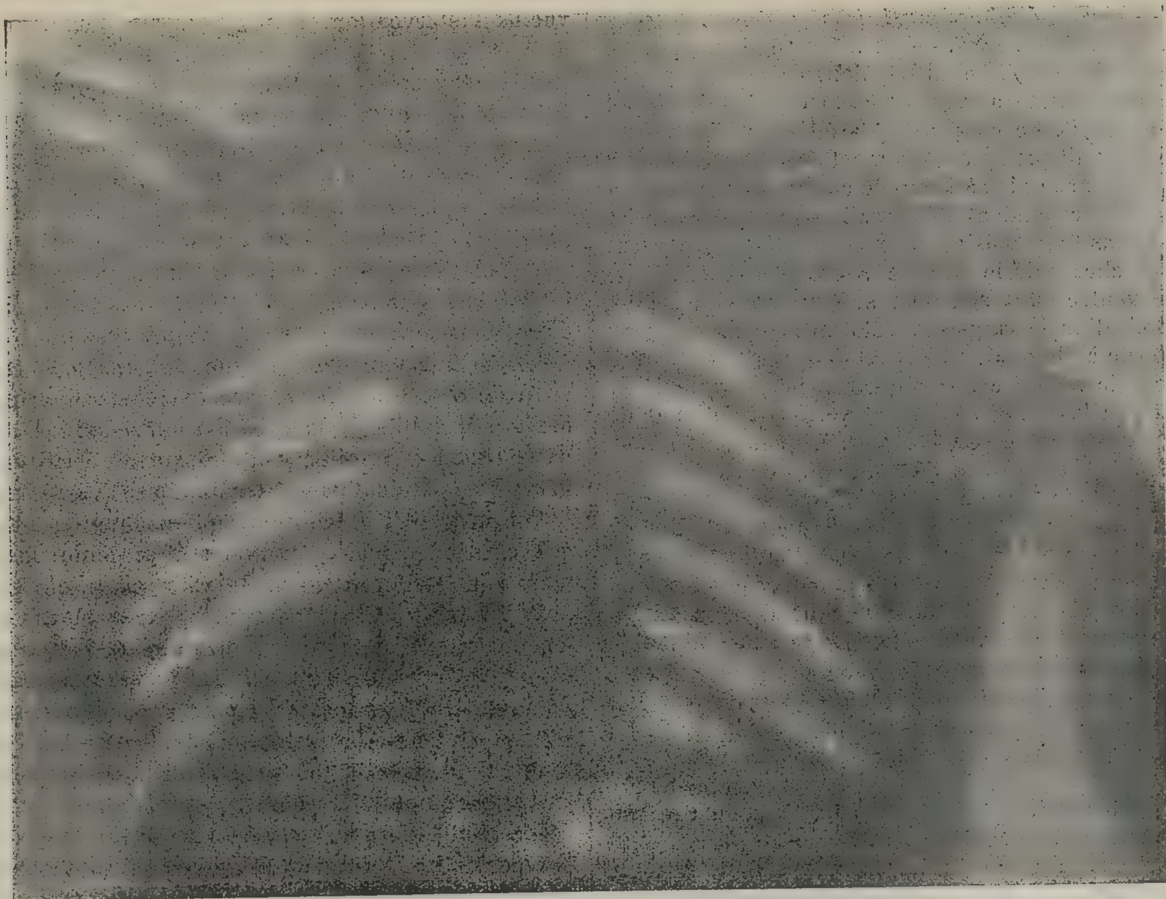
PREMIÈRES RADIOGRAPHIES DE POUMON MALADE

Par le docteur V. Martin-Durr,

Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

Est-il possible de photographier sur le vivant, au moyen des rayons Röntgen, le poumon malade?

La radioscopie, dont M. le professeur Bouchard a montré l'utilité dans ses communications à l'Académie des sciences, se trouverait ainsi complétée. Celle-ci est d'une application immédiate et elle permet de *voir* instantanément les modifications subies par les différents organes de la cavité thoracique. Malheureusement, ses résultats ne peuvent être constatés que d'une façon passagère et par un petit nombre de



personnes. Quelque excellente que soit la mémoire, les images vues deviennent confuses au bout d'un certain temps et les souvenirs s'effacent.

La radiographie de la cavité thoracique, au contraire, sera impersonnelle; elle sera permanente, elle pourra être tirée à autant d'exemplaires qu'il sera utile. Elle représentera, enfin, un *document persistant* et immuable, dont l'utilisation pourra toujours se faire au moment opportun. Elle aura l'avantage de donner le moyen de comparer les lésions du même poumon à des époques successives, avec



plus de rigueur que n'en peuvent permettre de simples souvenirs ou des notations écrites. Pour cela, de très grandes photographies donnant la totalité du thorax sont nécessaires, parce que seules elles permettent d'avoir des points de comparaison suffisants.

Tel est le problème. M. le professeur Potain a bien voulu suivre d'un œil bienveillant les recherches que nous avons faites, au moyen des appareils de M. Radiguet, sur ce sujet. Il a présenté à l'Académie des sciences, dans la séance du 29 mars 1897, les résultats que nous avons obtenus.

La figure 1 est la radiographie totale d'un thorax normal, qu'il est facile d'obtenir avec tout agencement bien conditionné.

La poitrine est vue de dos. On y voit nettement les différents os qui composent la cage thoracique : au milieu, une bande foncée formée par la colonne vertébrale, et d'où partent de chaque côté les côtes. Sur les côtés et en haut, les omoplates, auxquelles viennent s'articuler les clavicules et les têtes humérales. En bas, le diaphragme forme une voûte foncée, au-dessous de laquelle l'abdomen se présente d'une façon confuse. Au-dessus du diaphragme, à gauche, est un espace triangulaire foncé, à base inférieure, située sur le diaphragme, et qui représente le cœur. Celui-ci est couché sur le diaphragme. Sa pointe est nettement indiquée en bas et à gauche. Sa masse va s'amincissant de bas en haut jusqu'à se confondre avec la bande foncée formée par la superposition de la colonne vertébrale et du sternum. Les vaisseaux de la base du cœur ne semblent pas former, à l'état normal, de saillie, à gauche ou à droite, de cette bande foncée formée par la superposition de la colonne vertébrale et du sternum.

Enfin, de chaque côté de cette bande foncée médiane, formée par la superposition de la colonne vertébrale et du sternum, bande renforcée à gauche par la masse triangulaire opaque constituée par le cœur, se trouve un espace clair remplissant tout le reste de la cavité thoracique et traversé obliquement par le gril costal. Cet espace clair latéral représente les poumons.

Le cœur est opaque aux rayons Röntgen; les poumons sains, au contraire, sont transparents.

Comment, maintenant, se comportera le poumon malade vis-à-vis des rayons Röntgen?

La figure 2 représente la radiographie que nous avons obtenue d'un thorax dont le poumon gauche présente une induration très étendue. Sa différenciation est très frappante, du poumon sain qui est transparent aux rayons Röntgen, d'avec le poumon malade qui apparaît fortement opaque.

Il est donc possible d'obtenir, au moyen des rayons Röntgen, dans des conditions spéciales qu'il faudra préciser, des représentations des maladies du poumon.

Les épreuves ne sont pas toujours positives. Il est des poumons très malades qui restent transparents. Quelles sont les conditions dans lesquelles les rayons Röntgen donnent des épreuves positives? dans quels cas la transparence du poumon persiste-t-elle? La multiplication des radiographies pourra seule les indiquer. Pour le moment, nous n'avons pour but que de prouver la possibilité de radiographier le poumon malade et de montrer les premières épreuves obtenues.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juin 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

COMMUNICATIONS

Lait stérilisé. — M. BUDIN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 633.)

Énorme hypertrophie de la rate prise pour une tumeur solide de l'ovaire. Exosplénopexie. Guérison. — M. G. HOUZEL rapporte l'observation suivante :

Le 2 août 1896, il fut appelé près d'une fermière des environs de Calais, âgée de quarante-deux ans, qui, depuis quelques jours, avait de la péritonite, fièvre, vomissements verdâtres, ballonnement du ventre, etc.

Depuis dix ans, elle avait subi plusieurs poussées péritonitiques, mais jamais aussi violentes. Après chaque crise, le ventre augmentait de volume et restait douloureux. Il y a six ans, un confrère du voisinage avait cru à un kyste de l'ovaire.

La malade n'avait jamais eu de fièvre intermittente.

Depuis deux jours, elle avait des vomissements verdâtres incessants, le pouls à 120, la température à 38 degrés ; elle n'avait pas uriné 100 grammes et son ventre ballonné, dur, était le siège de douleurs atroces.

On sentait une énorme tumeur dure, mate, emplissant tout le ventre qui n'était un peu sonore que sur le trajet des côlons.

Par le toucher vaginal, on trouvait l'utérus un peu gros, repoussé en arrière, le cul-de-sac latéral gauche empâté, les culs-de-sac antérieur et latéral droit complètement effacés et remplis par une tumeur dure indépendante de l'utérus et paraissant faire suite à celle du ventre. Par le palper bimanuel, pratiqué avec beaucoup de douceur, on constatait que la tumeur, résistante partout, ne présentait nulle part de fluctuation ni de flot.

M. Houzel conclut à une tumeur solide de l'ovaire. Un traitement par la glace intus et extra fut institué et il fut convenu que la malade viendrait à la clinique dès que le transport à Boulogne-sur-Mer serait possible.

Elle arriva le 5 août, et après deux jours consacrés à l'aseptiser, elle fut opérée le 7.

Le ventre ouvert, M. Houzel arriva sur une vaste tumeur solide lie-de-vin, de la couleur et de la consistance de la rate, remplissant tout l'abdomen et le petit bassin. Elle adhérait en avant au péritoine pariétal et aux côlons, en arrière à tout l'intestin grêle.

Après avoir libéré cette énorme rate des adhérences antérieures, il reconnut que la splénectomie eût été trop dangereuse à cause des adhérences postérieures. Songeant alors au traitement des goitres, à l'exothyropexie préconisée par M. Poncet, il résolut de l'imiter.

Le péritoine pariétal fut fixé, de chaque côté, à la capsule splénique par un surjet au catgut, de façon à fermer la cavité péritonéale, tout en laissant entre les deux surjets un espace d'environ quatre doigts où la rate était exposée; les deux tiers supérieurs de la plaie cutanée furent rapprochés par quelques points de suture et la rate fut pansée à plat avec de la gaze iodoformée.

Le premier effet constaté fut la disparition de la péritonite et des douleurs; dès le deuxième jour, des gaz furent expulsés par l'anus et des lavements provoquèrent des selles.

Le troisième jour, le pansement souillé d'un écoulement poisseux, lie-de-vin, d'odeur fade, fut renouvelé; on voyait la rate tombant en déliquescence.

A chaque pansement, tous les deux jours, on enlevait de la bouillie splénique, et l'union du péritoine à la capsule

étant assurée, on désunissait la plaie afin d'exposer une plus grande partie de la rate.

L'état général s'était relevé, la malade allait si bien que le 20 août elle voulut quitter la clinique et retourner chez elle, où elle fut soignée par M. Letailleur, qui résume ainsi la suite de l'observation.

La plaie désunie était aussi grande que le jour de l'opération, la bouillie splénique coula de plus en plus abondante jusqu'au 8 septembre où il enleva la rate sphacélée qui venait pour ainsi dire au-devant de sa main. Elle était encore plus grosse qu'une tête d'adulte.

La plaie se cicatrisa rapidement; au 1er octobre il ne restait plus qu'un petit cratère au sommet de la plaie, et en quelques jours il fut fermé.

Pour le 1er novembre la malade, complètement guérie, avait repris toutes ses occupations; le ventre était souple, sans éventration et sans la moindre trace de tumeur.

L'exosplénopexie, ou, si l'on préfère, cette sorte de marsupialisation de la rate, en a amené le sphacèle en un mois, sans incident et sans péril pour la malade. Ce résultat n'est pas à dédaigner, surtout si on le compare à ceux de la splénectomie pour hypertrophie, simple ou malarienne, de la rate. En effet, M. Quénu indique dans sa statistique 16 morts et 5 guérisons sur 21 opérations.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Reims, 25 mai 1897.

Monsieur le Directeur,

MM. Reliquet et Guépin, dans le *Progrès médical* de 1893 (1re partie), disent que les spasmes peuvent s'observer sur toute la longueur de l'urèthre pénien, et ils citent trois observations de spasmes accompagnant des rétrécissements de cette portion du canal.

Bien que ces faits diffèrent un peu des miens (1), vous me feriez plaisir en insérant cette petite note, qui me permet de réparer un oubli que ne mérite pas l'important mémoire de MM. Reliquet et Guépin.

Recevez, monsieur le Directeur, l'expression de mon respectueux dévouement.

R. DE BOVIS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — 31 mai : MM. Du Pasquier, Souques et Thiroloix, 19 ; Gallois et Lamy, 18.

— Au concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, ouvert le lundi 31 mai, les candidats ont eu pour question écrite : « Canal inguinal. Diagnostic et traitement de la péritonite traumatique. »

— Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de M. Demelin.

— Le Conseil de l'Université de Paris a voté à l'unanimité le maintien de la chaire d'histoire naturelle, vacante à la Faculté de médecine par le décès de M. le professeur Baillon.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 mai 1897, M. Bireaud a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire des colonies.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barry (de Viverols); Combes, décédé dans sa quatre-vingt-dixième année, à Saint-Barthélemy, près Angers; Deroubaix (de Bruxelles); Devignevielle, médecin en chef de l'hôpital de Vernon; Dubois (de Villers-Bretonneux); Germe (d'Arras); Oger (de Nanterre); Ossieur (de Roulers); Stroobants (d'Etterbeck); Vacary (de Saint-Rambert d'Albon), et M. Albert Pierron, étudiant à la Faculté de médecine de Nancy.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, n° 58.

— Le docteur L.-R. Reynier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, commencera le mardi 8 juin, à quatre heures et demie, ses conférences sur les applications courantes de l'électrothérapie et de l'électrodiagnostic.

Le nombre des places étant limité, MM. les étudiants ou docteurs sont priés de se faire inscrire d'avance les mardis, jeudis et samedis, de trois à quatre heures, au Laboratoire.

— La « Revue philanthropique », fondée et dirigée par M. Paul Strauss, avec le concours d'un comité de patronage, qui offre les plus grandes garanties de compétence, d'informations précises et d'impartialité, nous adresse son premier numéro; la « Revue philanthropique paraît mensuellement par numéros de 160 pages, dans le format grand in-8°, à la librairie Masson et Cie.

Voici le sommaire de ce numéro :

Sommaire. — Paul Strauss : Notre programme. — Séverine : Fraternité! — Théoph. Roussel : La Protection de l'enfance. — Henri Monod : Lettre à M. Paul Strauss. — Jules Claretie : La Philanthropie. — Docteur Pierre Budin : De l'allaitement des enfants. — Docteur Henri Napias : L'Assistance publique à l'Exposition de 1900. — P.-E. Decharme : La Ligue fraternelle des Enfants de France. — Hector Depasse : La Prévoyance. — L. Brueyre : Congrès de Lisbonne. — Adèle Schreiber : La Tragédie de l'enfance. — H. Monin : L'Assistance et l'assurance mutuelles au Congrès de l'enseignement secondaire public.

Variétés : Le Président de la République et les mutualistes. — La Commémoration de Jules Simon. — La Lutte anti-alcoolique par l'école. — Le Mont-de-Piété de Paris et le taux de ses emprunts.— La Clientèle de la Comédie-Française.— Contre la dépopulation. — L'Assistance aux vieillards. — L'Orphelinat de la Seine, un discours de M. André Theuriet. — Une étude de M. A. Regnard sur le vagabondage et la mendicité, conclusions inédites. — Rapport de M. G. Worth sur la Couturière.

Chronique étrangère : Les Institutions de bienfaisance à Saint-Pétersbourg. — Notes sur l'assistance en Angleterre (le « Charities Register and Digest »). — Un essai de colonie d'ouvriers en Australie. — L Assistance publique de la province de Mendoza (République argentine).

Informations. — Échos. — Revues et publications françaises et étrangères. — Bibliographie. — Bulletin, par Paul Strauss.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursions en Dauphiné.* — La Compagnie P.-L.-M. offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : la Grande-Chartreuse, les Gorges de la Bourne, les Grands Goulets, les Massifs d'Allevard et des Sept-Laux, la Route de Briançon et les Massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec prix et conditions, figure dans le Livret-Guide de la Cie P.-L.-M., qui est mis en vente au prix de 40 centimes dans les principales gares de son réseau, ou envoyé contre 75 centimes en timbres-poste adressés au service de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Le streptocoque.

Par G.-H. LEMOINE, médecin-major de première classe,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

On désigne sous le nom de streptocoques des micro-organismes sphériques se présentant le plus souvent unis en files plus ou moins longues, et formant des chapelets dont la grandeur varie suivant le nombre des articles qui les constituent.

Mais ce serait une erreur de croire que cette espèce microbienne offre toujours l'aspect que lui attribue l'étymologie du nom qui sert à la désigner, στρεπτος (sinueux); les rapports que ses éléments affectent les uns avec les autres sont sujets à de multiples variations, et souvent cet organisme microbien se présente à l'observateur sous la forme de microcoques isolés ou unis deux à deux.

Ce n'est là qu'un cas particulier du polymorphisme microbien, propriété commune à toutes les bactéries.

Nous verrons cependant tout à l'heure que certains auteurs se sont autorisés de ces simples différences d'aspect, en dehors de tout autre caractère, pour en faire des signes distinctifs d'espèces.

I

Coze et Feltz (1) avaient signalé, il y a déjà longtemps, la présence d'organismes en chaînettes dans les liquides pathologiques.

Recklinghausen et surtout Valdeyer (2), en 1872, décrivirent la bactérie *moniliforme* dans les exsudats péritonéaux, pleurétiques et péricardiques chez les femmes mortes d'infection puerpérale, et Orth (3), en 1873, étudiant à Bonn une épidémie de fièvre puerpérale, fit remarquer que le germe animé de cette affection était un microcoque organisé, tantôt en points globulaires mouvants isolés, tantôt accouplés en nombre indéfini de façon à constituer un chapelet.

(1) WIDAL. *Traité de médecine et de thérapeutique*, 1895.
(2) RECKLINGHAUSEN et VALDEYER. Th. de Doléris, 1880.
(3) ORTH. *Arch. f. Anat. med. Path.*, 1875.

En 1876, Bouchard (1) trouva, dans la sérosité des phlyctènes développées à la surface de plaques érysipélateuses, des microbes unis deux à deux ou en chaînettes. Mais ce sont surtout les travaux de Pasteur, 1879, et Doléris (2), 1880, sur l'infection puerpérale qui, les premiers, donnèrent une description exacte du micro-organisme, et déterminèrent ses caractères de culture.

L'année suivante, Ogston, 1881, le trouve dans le pus de 17 abcès sur 69 examinés; en 1882, Babès (3) constate son existence dans la scarlatine et la rougeole; en 1883, Fehleisen (4) le décrit dans l'érysipèle et Rosenbach (5), en 1884, relevant la présence d'un streptocoque dans le phlegmon, chercha à le différencier de celui de Fehleisen.

C'est à lui surtout que nous devons les premières discussions sur l'identité ou la non-identité des streptocoques, question qu'il résolut immédiatement en faveur de la pluralité des espèces.

Viennent ensuite les travaux d'Arloing et Truchot (6), 1884, sur la fièvre puerpérale ; de Cornil et Babès, 1884, qui, dans leur traité, énoncèrent une série de streptocoques inoffensifs et pathogènes, tels que le streptococcus de la fermentation de l'urine, le streptocoque du vin filant (Pasteur), le streptocoque court des selles; puis, parmi les streptocoques pathogènes, un streptocoque décrit par Koch dans la nécrose progressive de la souris, un streptocoque septique pour les animaux, trouvé par Charrin, les streptocoques trouvés dans le noma, dans la fièvre jaune, dans les cadavres en putréfaction.

L'année suivante, Passet, 1885, retrouve l'organisme dans le pus.

Depuis, le streptocoque a été isolé, non seulement dans l'érysipèle et l'infection puerpérale, mais encore dans un grand nombre de maladies différentes.

(1) BOUCHARD. *Cours de pathologie générale*, 1880.
(2) PASTEUR et DOLÉRIS. Th. de Paris, 1880.
(3) BABÈS et PROCA. *Ann. de l'Inst. de pathol. et de bactér. de Bucarest*, 1894.
(4) FEHLEISEN. *Deuts. Arch. f. Chir.*, t. XVI; — *Deuts. Med. Wochens.*, 1882; — *Die Etiologie des Erysipele*, Berlin 1883.
(5) ROSENBACH. *Die micro-organismen bei den Wimdmf*, Wiesbaden 1884.
(6) TRUCHOT. Th. de Lyon, 1884.

Widal, dans son article STREPTOCOCCIE du « Traité de médecine et de thérapeutique », a parfaitement résumé l'état de nos connaissances, à ce sujet. S'inspirant d'une leçon de Chauffard (1) sur les étapes lymphatiques de l'infection, Widal nous fait voir les différents aspects sous lesquels se présente à nous l'infection streptococcienne, allant depuis le développement de la plaque érysipélateuse plus ou moins localisée jusqu'à la production d'une septicémie généralisée, tantôt se cantonnant dans le système lymphatique et occasionnant des lymphangites réticulaires, tronculaires ou ganglionnaires, tantôt envahissant rapidement la circulation générale, sans doute par l'intermédiaire du canal thoracique.

L'action du streptocoque, en se localisant sur les voies lymphatiques, peut déterminer des processus réactionnels plus ou moins intenses et aboutir à la production du pus sous toutes ses formes dans n'importe quel organe.

Frænkel et Weichselbaum (2) ont fait voir que le streptocoque pouvait encore déterminer de simples exsudats séro-fibrineux.

Ce même organisme a été isolé de la surface de fausses membranes fibrineuses siégeant sur le pharynx, sur la conjonctive, sur la muqueuse utérine. On l'a regardé un moment comme l'agent pathogène de la diphtérie.

Widal et Bezançon (3) ont fait voir la constance de cet organisme dans la bouche de sujets atteints d'affections diverses, nous-même (4) en avons démontré l'existence constante dans les angines simples ou pseudo-membraneuses, et au sein même des amygdales atteintes par le processus inflammatoire.

Le streptocoque est encore le microbe dont la présence a été le plus souvent décelée dans le purpura infectieux primitif.

Il a été retrouvé également dans l'érythème scarlatiniforme puerpéral, puis au niveau des plaques hémorragiques scarlatineuses, et dans le sang des scarlatineux. Le streptocoque semble même, avoir pour cette maladie infectieuse, une prédilection toute spéciale, il y a été trouvé dans toutes les déterminations morbides secondaires de cette affection, dans l'angine [Wurtz et Bourges (5)], dans les exsudats pleuraux, péricardiques, dans l'urine des malades présentant une albuminurie persistante.

La grippe est aussi une maladie infectieuse dans laquelle le streptocoque joue un rôle prédominant, comme l'ont démontré les travaux de Vaillard et Vincent (6).

Enfin, c'est à l'action de cet organisme que semblent devoir être rapportées un grand nombre d'infections des séreuses, des vaisseaux, du cœur et des différents viscères.

Il est une des causes les plus fréquentes de l'endocardite végétante ulcéreuse, de l'endocardite chronique, de l'artérite infectieuse, et cause constante de la phlegmatia alba dolens [Widal (7)]. Il a été retrouvé récemment dans une péricardite rhumatismale [Macaigne et Ballet (8)].

(1) CHAUFFARD. *Semaine méd.*, 1894.
(2) FRÆNKEL et WEICHSELBAUM. *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1885; — *Zeits. f. Klin. Med.*, 1887; — *Centralbl. f. fakl.*, 1890.
(3) WIDAL, BESANÇON. Soc. méd. des hôpit., 1894.
(4) G.-H. LEMOINE. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895.
(5) BOURGES. Revue générale, *Gaz. hebd.*, 1891.
(6) VAILLARD et VINCENT. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1892.
(7) WIDAL. Th. de Paris, 1889.
(8) MACAIGNE et BALLET. *Méd. moderne*, 1896.

Certains processus infectieux du poumon, du foie et des reins relèvent de son action.

Babès a même soutenu que l'ictère grave était provoqué par une localisation spéciale du streptocoque dans le foie et Mannaberg a décrit une néphrite primitive à streptocoques. Pour Widal, il s'agirait plutôt dans ces cas de localisations secondaires d'un processus dont la lésion primitive aurait passé inaperçue.

On a relevé sa présence dans différentes affections de la peau : ecthyma [Thibierge et Bezançon (1)], impétigo [Pogge (2), Leroux (3), Kurth (4), Brocher (5)].

Le streptocoque détermine encore des septicémies en se généralisant dans le sang.

C'est de plus un organisme souvent associé à d'autres microbes pathogènes spécifiques, venant le plus souvent renforcer leur action en agissant lui-même avec plus de puissance par le fait de cette association.

C'est ainsi que nous connaissons l'importance de son rôle dans la diphtérie [Roux et Yersin (6)], dans la fièvre typhoïde [Vincent (7)], Roger (8), Monti (9), ont fait voir que le bacillus prodigiosus pouvait augmenter sa virulence, Achalme (10) arrivait au même résultat avec la peptone putréfiée.

Enfin, le streptocoque est répandu dans les milieux ambiants et vit d'une façon constante dans notre organisme.

La fréquence et l'universalité des processus pathologiques qu'il engendre sont déjà une preuve indirecte assez convaincante de cette existence. Les recherches d'Eiselberg (11) 1887, Emmerich (12), G. Roux et Chatin (13), 1893, sont venues démontrer expérimentalement que l'air atmosphérique pouvait contenir ce micro-organisme.

On l'a trouvé également dans l'eau et dans le sol. L'homme sain recèle le streptocoque dans ses cavités naturelles, dans la salive principalement (Widal et Bezançon), dans le contenu de l'intestin [Netter (14)].

En face de la diversité et de la multiplicité des lésions produites par le streptocoque, la notion d'espèces différentes se présente immédiatement à l'esprit.

C'est ce qui eut lieu au début. Rosenbach, essayant de démontrer qu'il avait eu affaire à une espèce différente de celle trouvée par Fehleisen, fut suivi par la plupart des observateurs qui, dans des lésions diverses, trouvèrent le streptocoque. Les espèces se multiplièrent à l'infini et à côté du streptococcus erysipelatis de Fehleisen, du streptococcus pyogenes de Rosenbach, on compta le streptococcus pyogenes malignus de Flügge, le streptococcus articulorum (Flügge), le streptococcus septicus (Guarniéri et Nicolaier), le streptococcus perniciosus (Eberth et Wolf), le streptocoque

(1) THIBIERGE et BEZANÇON. *Semaine méd.*, 1896.
(2) POGGE. *Deuts. Med. Wochens.*, 1885.
(3) LEROUX. *De l'impétigo des enfants*, 1894.
(4) KURTH. *Arb. aus. dem. Kais. Gesundhekamte*, t. VIII, 1891-93.
(5) BROCHER. Th. de Genève, 1896.
(6) ROUX, YERSIN. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1890.
(7) VINCENT. Soc. de biol., 1892.
(8) ROGER. Soc. de biol., 1891.
(9) MONTI. *Rendiconti della R. Academia de Lincei*, N V, 1889.
(10) ACHALME. Th. de Paris, 1892.
(11) EISELBERG. *Langenbeck Arch.*, Bd. XXXV, 1887.
(12) EMMERICH. *Tageblatt der Versammlich. Deuts. Natur med. ærtz zu* Berlin, 1886.
(13) CHATIN. Th. de Lyon, 1893.
(14) NETTER. *Arch. de méd.*, 1884.

de la scarlatine (Klein, d'Espine et Marignac), le streptocoque giganteus urethræ (Mannaberg et Lustgarten), le streptocoque de la mammite contagieuse (Nocard) et de la gourme (Schütz), etc.

Aujourd'hui, au contraire, on tend à regarder le streptocoque comme formant une espèce particulière, *unique*, au moins en ce qui concerne le streptocoque trouvé en pathologie humaine, comprenant des variétés assez nombreuses et plus ou moins distinctes, par leur forme et leurs caractères de culture.

Il n'est donc pas sans intérêt de revenir à cette heure sur cette question de l'identité ou de la non-identité des streptocoques, et d'exposer les arguments sur lesquels se sont appuyés les divers observateurs pour résoudre la question dans un sens ou dans l'autre.

Il s'agit ici, plus que d'une question de doctrine, mais bien de l'introduction dans la pratique médicale d'un agent thérapeutique qui peut être aux infections streptococciennes ce que le sérum de Behring et Roux est à l'infection diphtéritique. La gravité souvent considérable des premiers, fait présumer assez quels services rendrait la sérothérapie antistreptococcique, s'il était prouvé d'une façon irréfutable qu'il existe un streptocoque et non des streptocoques.

II

Le streptocoque de l'érysipèle est regardé comme l'organisme type de l'espèce.

Avant donc d'aborder l'exposé de certains caractères regardés comme différentiels par les uns, comme sans importance par les autres, il est utile d'exposer ceux qu'on attribue d'ordinaire à celui-ci.

Morphologie et coloration. — Le streptocoque se présente sous la forme de microcoques rarement isolés, ou unis deux à deux, plus souvent formant des chaînettes courtes; cependant on les a vues devenir longues, flexueuses, ayant de 4, 5 éléments jusqu'à 30 et 40 éléments et plus. Les cocci qui constituent la chaîne ont des dimensions variables de 3 μ à 1 μ de diamètre.

Ils sont, en général, de forme arrondie, régulière, et sont disposés régulièrement les uns à la suite des autres.

Cependant, on observe parfois, dans le cours de la chaînette, quelques éléments plus volumineux, qu'on a voulu considérer comme des spores. Le fait n'est pas démontré. Ils sont doués d'un léger mouvement sur place (Achalme).

Ces organismes se colorent par les couleurs basiques d'aniline et ne se laissent pas décolorer par l'alcool si on a fait agir préalablement sur eux le liquide iodo-ioduré de Gram. Certains éléments peuvent ne pas prendre la couleur ou se laissent difficilement colorer, mais c'est là l'exception.

Culture. — Sur bouillon, le streptocoque se cultive très bien à une température de 30 à 37 degrés. Il donne dans ce milieu un aspect très caractéristique. Le bouillon reste en général clair et on voit le long de la paroi et au fond du tube un dépôt constitué par une infinité de petits grains qui flottent dans le liquide.

Au bout de plusieurs jours, ces grains s'accumulent au fond et forment un dépôt plus ou moins abondant constitué par des flocons blanchâtres, granuleux qui se divisent en fine poussière par l'agitation.

Parfois le dépôt est muqueux ou formé de gros grumeaux.

Sur agar les colonies se développent le long de la strie d'ensemencement sous forme de petites gouttes fines, transparentes, serrées les unes contre les autres, devenant les jours suivants légèrement blanchâtres, opalines, plus épaisses au centre que sur les bords. Elles se développent de chaque côté de la strie donnant un semis uniforme, à bords simulant les contours d'une fronde de fougère, les caractères de ces petites colonies sont encore plus nets et plus faciles à observer, lorsque, après avoir porté la matière d'ensemencement dans l'eau de condensation du tube, on étale cette eau à la surface de l'agar.

Sur gélatine il se développe lentement, ce n'est souvent qu'au bout de quelques jours qu'on voit apparaître de chaque côté de la strie une série de fines granulations transparentes, qui revêtent par la suite à peu de choses près l'aspect des cultures sur agar. Sur plaques les colonies sont punctiformes, transparentes et se développent peu.

Sur gélatine touraillon, les cultures sont plus abondantes et le développement plus rapide (G. Roux).

Sur sérum de bœuf solidifié, ligne mince transparente, légèrement granuleuse.

Sur pomme de terre, le streptocoque ne se développe pas d'une façon constante. Pour Eiselberg, il n'y aurait pas de pullulation à proprement parler, mais seulement augmentation de volume des cocci ensemencés, de sorte qu'au bout d'un certain temps, on constate au microscope, dans la même chaînette, des grains de dimensions très variées.

Pour G. Roux et plusieurs autres observateurs, il y aurait une véritable culture, non visible à l'œil nu, analogue à la culture du bacille d'Eberth.

Nous (1) avons démontré, pour le streptocoque de l'érysipèle, la faculté de produire sur ce milieu de petites colonies blanchâtres sèches en grains de semoule, isolées les uns des autres.

Ce caractère d'ailleurs est passager et au bout de plusieurs mois de réensemencements, la culture sur pomme de terre ne se produit plus.

Dans le lait, le streptocoque acidifie le milieu et finit quelquefois par déterminer la coagulation.

Dans le bouillon de touraillon acide [G. Roux (2) Chatin] le développement des streptocoques serait plus vigoureux que dans le bouillon ordinaire, mais les chaînettes y seraient en général moins longues.

Dans le sérum liquide le streptocoque se conserve plusieurs mois (Roger).

Dans le bouillon sérum acide (Marmorek) le streptocoque se développe plus abondamment que dans le bouillon ordinaire, il s'y conserve plus longtemps, restant doué de sa virulence primitive.

Expérimentalement, ce streptocoque détermine chez le lapin une affection semblable à celle qu'il détermine chez l'homme. Inoculé sous la peau de l'oreille il produit l'érysipèle.

Le streptocoque, outre les toxines dont nous parlerons tout à l'heure, sécrète dans les cultures un acide dont la nature est inconnue et qui est une des raisons de sa mort rapide dans nos milieux de laboratoire.

Pour éviter cet inconvénient, Roux propose d'y ajouter des alcalins.

Tels sont les caractères principaux du streptocoque de l'érysipèle, caractères déjà assez variables eux-mêmes, comme on a pu s'en rendre compte. Nous verrons que les

(1) G.-H. Lemoine. *Arch. de méd. expérim.*, 1896.
(2) G. Roux. Soc. de biol., 1896.

travaux poursuivis dans le but de réfuter les arguments des non-identistes ont fait subir à ceux-ci des variations encore plus considérables.

La morphologie du microbe, ses aptitudes à fixer la matière colorante, sa façon de se développer sur les divers milieux, sa virulence ont été tour à tour le point de départ de différenciation et de classifications diverses.

Au point de vue de la morphologie, Behring et Lingelshein (1) avaient reconnu deux espèces de streptocoques, l'un court, l'autre long, et avaient attribué à chacun de ceux-ci des caractères de culture et de virulence différents. Puis, on a décrit des streptocoques à grains inégaux [Bourges et Wurtz (2), d'Espine, Marignac (3)], conglomérés (Kurth); à grains dont le grand axe est perpendiculaire à la direction de la chaîne [Marot (4)], grains renflés, lancéolés, chaînettes à crosses terminales (Babès et Proca), streptocoques virulents capsulés (Babès).

Certains auteurs ont trouvé une espèce qui se décolorait par le Gram [Barbier (5), Étienne (6)].

Sur bouillon on a observé surtout deux modes de culture. Celui-ci, au bout d'un séjour de vingt-quatre heures, à l'étuve à 37 degrés, reste clair, présentant des grains flottants dans le liquide, d'autres accolés à la paroi et un léger dépôt granuleux. C'est là le type de culture du streptocoque de l'érysipèle. Dans ce bouillon clair, certains streptocoques, au lieu de déterminer un léger dépôt granuleux, font apparaître un dépôt muqueux, visqueux (Barbier, angine pseudo-membraneuse), mucoso-filamenteux, mucoso-granuleux ou des flocons sous forme de blocs blanchâtres; enfin ce dépôt, au lieu d'être peu abondant, a été trouvé très abondant (Marot, streptocoque du pus d'un phlegmon de la cuisse). D'autres fois, le bouillon, au lieu d'être clair, louchit plus ou moins fortement, dès le lendemain de l'ensemencement, ou plusieurs jours après, ayant un dépôt floconneux au fond [Doléris et Bourges (7), streptocoque extrait du pus d'un abcès pelvien; Meunier (8), streptocoque d'une arthrite à pneumocoque].

Kurth, pour différencier le streptocoque trouvé par lui dans la scarlatine, le présente comme formant dans le bouillon de petites masses blanchâtres souvent pelliculaires et ne pouvant être dissociées, même après agitation prolongée du tube.

Quant à la culture *sur gélatine*, les uns se présentent sous forme de colonies fines, transparentes, ou bien légèrement opalescentes, ne liquéfiant pas. D'autres liquéfient légèrement, Miquel en a trouvé dans les eaux, Vignal dans les matières fécales (bactéries *w*). Babès dans les poumons d'un enfant mort de gangrène pulmonaire, a trouvé un streptocoque liquéfiant lentement la gélatine en la colorant en brun. Pasquale (9) et Hartmann ont observé également dans diverses maladies graves des streptocoques liquéfiants, présentant des colonies colorées, qui semblent former un groupe spécial. D'autres, enfin, ne se développent pas sur ce milieu.

(1) Lingelshein. *Zeits. Hyg.*, 1891.
(2) Bourges, Wurtz. *Arch. de méd. expérim.*, 1890.
(3) D'Espine et Marignac. *Arch. de méd. expérim.*, 1892.
(4) Marot. Soc. de biol., 1892.
(5) Barbier. *Arch. de méd. expérim.*, 1892.
(6) Étienne. *Arch. de méd. expérim.*, 1895.
(7) Doléris et Bourges. Soc. de biol., 1893.
(8) Meunier. *Arch. gén. de méd.*, 1894.
(9) Pasquale. *Giornale med.*, 1893.

Sur agar, le streptocoque de l'érysipèle forme des colonies punctiformes, transparentes, devenant légèrement opalines à mesure que la culture vieillit. Veillon (1) indique comme caractère distinctif du streptocoque salivaire, un aspect opalin et bleuté que n'aurait pas le streptocoque pyogène.

Meunier a observé des colonies blanc grisâtre; Barbier, des colonies plus épaisses au centre qu'à la périphérie, atteignant souvent la grosseur d'une lentille. Enfin, on en a trouvé qui donnaient des colonies légèrement colorées en jaune [Pasquale, Hartmann, Ernst (2)].

Mais ce sont les caractères tirés de la *culture sur pomme de terre* et *dans le lait* qui ont attiré surtout l'attention de certains observateurs, et ont fait différencier des espèces donnant ou non des cultures sur pomme de terre, coagulant le lait ou ne le coagulant pas.

Partant de cette donnée que le streptocoque de l'érysipèle ne cultive pas sur pomme de terre et ne coagule pas le lait, on s'est cru autorisé à distinguer comme espèces différentes, les streptocoques qui donnent une culture apparente et ceux qui coagulent le lait. C'est ainsi que Veillon, se reposant sur ce fait de l'apparition de culture sur pomme de terre, fait une espèce à part du streptocoque salivaire. Lingelshein avait trouvé le même caractère pour ce dernier micro-organisme; d'Espine et Marignac pour un streptocoque retiré du sang d'un scarlatineux.

Il en est de même pour les streptocoques de Barbier, Marot, Etienne, Doléris et Bourges, Cassedebat (3).

D'Espine et Marignac, enfin, ont noté que le streptocoque de la scarlatine coagulait le lait et ont regardé cette propriété comme un caractère permettant de le distinguer du streptocoque de l'érysipèle.

Remarquons, toutefois, que Barbier a trouvé cette même espèce dans une angine pseudo-membraneuse non-scarlatineuse, ce qui enlève déjà au streptocoque précédent, le caractère spécial que les auteurs lui avaient assigné.

Lingelshein qui déjà avait pensé distinguer deux espèces de streptocoques par leur forme et par la longueur de leurs chaînettes, établit en même temps une division d'après les *qualités pathogènes* des streptocoques pour le lapin ou la souris; le streptocoque court n'étant pas pathogène, le streptocoque long étant pathogène. Winter (4) et Legrain (5) font aussi de cette absence d'action pathogène la caractéristique du streptocoque trouvé par eux dans le mucus vaginal.

D'autres observateurs, et en particulier Mme Liéber-Schoumoff (6) différencient les streptocoques d'après la nature de certaines *sécrétions chimiques*. C'est ainsi que certains produiraient de l'acide lactique inactif (streptococcus pyogenes), d'autres donneraient naissance dans les solutions sucrées à de l'acide lactique actif (streptococcus erysipelatis); un certain nombre décomposeraient le salol, tandis que d'autres espèces ne le décomposeraient pas (streptococcus scarlatinæ).

Pasquale, après avoir étudié et critiqué les diverses classifications des observateurs qui l'avaient précédé, divise les

(1) Veillon. *Arch. de méd. expérim.*, 1894.
(2) Ernst. *Gaz. hebd.*, 1896.
(3) Cassedebat. *Lyon méd.*, 1895.
(4) Winter. *Zeits. f. Geburts. Med. Gyn.*, 1888.
(5) Legrain. *Sur les caractères d'un streptocoque existant dans le mucus vaginal*, Nancy 1889.
(6) Mme Lieber-Schoumoff. *Arch. de sc. biol.*, Saint-Pétersbourg 1892.

streptocoques en groupes nombreux dont les caractères de différenciation multiples reposent en grande partie sur l'aspect des cultures en bouillon, sur la liquéfaction de la gélatine et sur la coloration des colonies. Il comprend d'ailleurs, avec Ortner, le pneumocoque dans le groupe streptocoque.

Enfin, plus récemment, Babès et Proca, résumant les recherches antérieures sur le sujet, ont aussi repris la question au point de vue expérimental, et bien qu'ayant remarqué au cours de leurs études les variations de forme et de culture d'une même espèce, et n'adoptant aucune classification bien déterminée, se prononcent cependant en faveur de la pluralité des espèces streptococciennes.

Babès admet aussi, comme Pasquale, qu'il existe une série de transition non interrompue entre les streptocoques et le pneumocoque de Frænkel. Pour eux, le streptocoque même de l'érysipèle n'est pas unique.

« Dans les différentes maladies à streptocoques, on ne trouve pas les mêmes streptocoques, ainsi on peut trouver dans l'érysipèle, le phlegmon, la scarlatine différents streptocoques. »

Ce travail et celui de de Marbaix (1) semblent, pour ainsi dire, ménager une transition entre l'école pluraliste et l'école uniciste.

Il serait bien possible, disent Babès et Proca, que les différences constatées par les divers auteurs reposent surtout sur l'emploi de différents modes de culture et de coloration. De Marbaix, se basant sur la comparaison de divers streptocoques, arrive à des conclusions semblables, car il trouve des streptocoques très virulents, dans l'endocardite, par exemple, qui n'ont pas le caractère du streptocoque congloméré de Kurth.

De même, cet auteur réussit à fortifier, par inoculation aux animaux, les différents streptocoques, de sorte qu'ils deviennent tous muricides, ce qui serait, d'après Lingelshein, le caractère d'une seule espèce de streptocoque.

Le développement sur bouillon peut bien rester invariable pendant que la pathogénité du microbe varie.

Déjà, en 1884, Arloing et Truchot montraient le polymorphisme d'un même streptocoque trouvé dans la fièvre puerpérale.

Par la simple culture en bouillon de bœuf salé, les grosses chaînettes vues dans les lochies disparaissaient, le micro-organisme prenait des caractères morphologiques plus uniformes, les chaînettes se raccourcissaient, le diamètre des microcoques devenait plus petit.

Widal, dans sa thèse, 1889, identifie le streptocoque de la fièvre puerpérale avec celui de l'érysipèle et celui du pus. Roger (2) [1892], dans une étude expérimentale sur le streptocoque de l'érysipèle, fait voir qu'on peut, avec ce même microbe, produire à volonté des septicémies, des abcès, des érysipèles, des gangrènes. Pétruschki vient de confirmer cette manière de voir par des inoculations faites dans un but thérapeutique sur des malades atteints de cancer.

De son côté, Behring (3) semble être revenu sur son opinion première. Avec Knorr (4), cet observateur a montré, en effet, qu'un animal immunisé contre une espèce de streptocoques l'était également contre des espèces paraissant différentes.

C'est à Widal et Bezançon (1895) que nous devons le premier travail d'ensemble ayant abouti à l'identification des diverses espèces streptococciennes classées, jusque-là, en catégories distinctes.

En raison de l'influence considérable qu'a eue cette étude sur l'adoption des idées unicistes, elle doit être rappelée ici en partie, telle que les auteurs l'ont exposée.

Les recherches de Widal et Bezançon ont porté sur 122 échantillons de streptocoques provenant de 89 sources différentes (bouches normales et pathologiques, érysipèle, scarlatine, rougeole, variole, angines de toutes formes, fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, etc.) : « De notre enquête, disent Widal et Bezançon, il résulte que quelques-uns de ces prétendus caractères distinctifs n'apparaissent qu'au hasard d'une série plus ou moins heureuse. C'est ainsi que nous avons constamment cherché, sans les trouver, les colonies blanchâtres sur pomme de terre, considérées, par quelques auteurs, comme bon moyen de différenciation. La plupart des autres caractères différentiels n'ont qu'une apparence de réalité. Un seul et même streptocoque produit ou ne produit pas la coagulation, sans que l'on puisse saisir la raison de ces variations. On peut voir, d'autre part, l'aspect des cultures en bouillon ou les dimensions plus ou moins grandes de la chaînette se modifier tout d'un coup, après avoir persisté, suivant le même type, en plusieurs cultures successives. Souvent on ne trouve aucune explication à ce changement. Parfois un passage transitoire dans un milieu de culture différent ou à travers le corps d'un animal, l'usage d'un bouillon nouvellement fabriqué, une différence dans la température de l'étuve, sont autant de causes à invoquer, etc. La plupart des caractères proposés sont donc, en raison de leur instabilité, des guides infidèles et trompeurs et la systématique n'est pas plus en mesure de nous fournir actuellement une base de classification.

Critiquant ensuite les procédés usités jusqu'alors pour déterminer la virulence des divers streptocoques, Widal et Bezançon ont pris un animal toujours le même, le lapin, et se sont servis pour l'inoculer de bouillon de culture de deux à trois jours. La méthode d'inoculation a consisté, d'une façon constante, à injecter sous la peau de l'oreille du lapin 1 centimètre cube et demi de la culture.

Utilisant ainsi toujours le même procédé, les auteurs se sont mis en effet dans les meilleures conditions d'observation, conditions qui, jusqu'alors fort variables, étaient en grande partie la cause des résultats contradictoires obtenus.

Widal et Bezançon sont arrivés aux conclusions suivantes :

« 1° Tous les streptocoques provenant d'une plaque érysipélateuse donnaient l'érysipèle au lapin ; 5 fois sur 10 les streptocoques d'origine puerpérale donnaient également l'érysipèle ; les streptocoques retirés de 6 cadavres de varioleux occasionnaient 3 fois la mort rapide par septicémie ; 3 fois un érysipèle grave. Les streptocoques retirés de trois suppurations localisées et une autre fois d'hémorroïdes enflammées déterminèrent chaque fois l'érysipèle, etc.

2° Les streptocoques de la bouche normale n'ont jamais donné ni érysipèle, ni septicémie. Les autres streptocoques retirés de la bouche de personnes atteintes d'affections les plus diverses ne donnèrent l'érysipèle au lapin que dans un seul cas, où il s'agissait d'une angine pseudo-membraneuse non diphtérique.

(1) De Marbaix. *La cellule*, 1892.
(2) Roger. *Revue de méd.*, 1892.
(3) Behring. *Zeits. f. Hyg.*, 1891 ; — *Centralbl. f. Bakt.*, 1892.
(4) Knorr. *Zeits. Hyg.*, 1893.

Les streptocoques retirés de la bouche de 10 érysipélateux fournirent, par contre, 3 fois sur 10, un érysipèle expérimental ou la septicémie.

Depuis 1895, la notion de l'unité d'origine et de nature des streptocoques trouvés dans les diverses maladies de l'homme a été adoptée d'une façon à peu près générale et plusieurs études sont venues confirmer l'identité de nature des streptocoques, se reposant tantôt sur l'étude de la virulence d'échantillons de provenance différente, tantôt sur celle de quelques caractères de culture ou de coloration.

Marmorek (1) amène des streptocoques à un degré de virulence tel qu'ils tuent de la même façon les animaux par une septicémie suraiguë, quelle que soit leur origine. Le même observateur fait voir que la longueur des chaînettes n'est pas un caractère constant et qu'un même streptocoque très virulent, laissant le bouillon parfaitement clair et se disposant en longues chaînettes, peut, après avoir été inoculé successivement à plusieurs souris, troubler le bouillon et se cultiver en courtes chaînettes sans cesser d'être très meurtrier.

Il en est de même pour la grosseur des grains dont le volume varie suivant le milieu de culture employé.

Nous avons insisté nous-mêmes sur deux caractères regardés comme des éléments de différenciation entre certains streptocoques et le streptocoque de l'érysipèle. La persistance de la coloration après Gram n'est pas toujours constante pour une même espèce. Widal et Bezançon (2) ont vu se décolorer un streptocoque de la mammite et un autre provenant de crachats de phtisiques.

Brocher a vu une même espèce retirée de l'impétigo se décolorer par le Gram lorsque l'organisme se trouvait dans le pus et rester colorée, au contraire, après culture.

Deux streptocoques retirés par nous de la gorge et qui, tout d'abord, ne prenaient pas le Gram, restaient colorés par cette méthode après passage sur gélose.

Ces exemples suffisent à faire voir l'instabilité de ce caractère qui, par conséquent, ne peut servir de caractère différentiel.

Il en est de même de la culture sur pomme de terre. Nous y avons vu se développer, d'une façon très évidente, le streptocoque de l'érysipèle ; et ce même échantillon, au bout de plusieurs mois, et après un grand nombre de passages en bouillon, avait perdu la faculté de se développer sur ce milieu. Là encore, caractère trop instable pour permettre d'établir sur lui une différenciation d'espèces.

Dans une étude récente, Eguet (3), bien que partisan de Lingelshein, avoue le peu de stabilité de l'aspect microscopique d'une espèce donnée.

Si, dit-il, en ajoutant à un terrain 1 à 2 p. 100 de sucre ou bien en utilisant un terrain solide ou liquide, on est à même d'obtenir des cultures d'aspect microscopique complètement différent, on se demande naturellement si les différents tissus dont se compose le corps humain ne possèdent pas ces mêmes propriétés.

On peut se demander même, semble-t-il, si ces différents tissus n'auraient pas une influence sur la virulence du microbe et si celle-ci, dans bien des circonstances, ne dépendrait pas du milieu habité antérieurement par le streptocoque. La virulence dans ces conditions ne pourrait-elle non seulement être plus ou moins active, mais encore changer de nature? Le microbe sécrétant, dans telles conditions, telle toxine et, dans telles autres conditions, telle autre toxine de nature différente.

Quoi qu'il en soit, il résulte de l'analyse de ces derniers travaux qu'on ne saurait plus aujourd'hui différencier les espèces streptococciennes, d'après leur forme, leur coloration et leurs caractères de culture sur les milieux employés jusqu'à ce jour.

Ces éléments de différenciation sont trop instables et la notion d'espèces différentes basée sur eux est aujourd'hui complètement ruinée.

(1) Marmorek. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1895.
(2) Widal et Bezançon. *Arch. de méd. expérim.*, 1896.
(3) Eguet. *Ann. suisses des sc. méd.*, 1895.

III

Une autre méthode d'expérimentation inaugurée dans ces derniers temps semble cependant devoir imposer des réserves relativement à l'unité des espèces streptococciennes.

Cette méthode repose sur l'action du sérum d'animaux immunisés sur les infections streptococciennes. Aussi avant de terminer, devons-nous passer rapidement en revue les travaux qui ont préludé à l'emploi de ce nouveau mode d'expérimentation en ce qui regarde le streptocoque.

Ce microbe, comme beaucoup d'autres, fabrique des toxines de nature albuminoïde qui jouiraient de cette propriété dite chimiotaxie positive, qui fait que les leucocytes, organes de défense, affluent là où se trouve le microbe ou la toxine et préservent ainsi l'organisme contre l'infection.

Chauveau et Arloing, en 1882-1883, avaient déjà fait voir l'influence remarquable qu'avaient la constitution et la nature des milieux de culture sur la production ou la non-production des substances toxiques par le streptocoque.

Manfredi et Traversa (1) [1888] obtinrent ensuite, avec des cultures filtrées du microbe de l'érysipèle, des phénomènes convulsivants et paralytiques, phénomènes dus à une substance facilement oxydable et disparaissant rapidement dans des cultures exposées à l'air. Les propriétés pathogènes de cette substance s'exaltaient au contraire dans les cultures pratiquées dans le vide.

Lannelongue et Achard (2) [1891] montrèrent ensuite l'influence de la température sur cette toxine qui, gênée dans sa production par une température de 37 degrés, devenait, au contraire, plus abondante lorsque la culture était faite à 30 ou 32 degrés.

Roger (3), en 1891, démontra l'existence dans les cultures filtrées d'une substance prédisposante et d'une substance vaccinante, et put isoler, le premier, des cultures en bouillon une toxalbumine précipitable par l'alcool qui tuait rapidement le lapin.

Par de nombreuses expériences, cet observateur montra encore qu'on pouvait atténuer ou exalter la virulence du streptocoque, selon le milieu de culture utilisé : sérum d'animaux vaccinés, sérum d'animaux prédisposés.

C'est à Héricourt et Richet (1888) que nous devons les premières tentatives de vaccination contre le streptocoque.

Dans leur communication à l'Académie des sciences, ces auteurs ont fait voir qu'ils étaient parvenus à vacciner des lapins contre cet organisme qu'ils appellent staphylocoque pyosepticus, il est vrai, mais qui semble bien, par ses

(1) Manfredi et Traversa. *Giornale internaz. de sc. med.*, 1888.
(2) Lannelongue et Achard.
(3) Roger. Soc. de biol., 1891.

caractères de culture dans le bouillon, se rapprocher de ceux du streptocoque.

Ils firent usage à cet effet de cultures peu virulentes, de cultures vieillies, ou de cultures ayant végété à des températures supérieures ou inférieures à la température optimum qui est de 36 à 39 degrés.

En 1891, Lingelshein (1) essaya, mais en vain, de conférer aux souris blanches l'immunité contre le streptocoque. Il avait fait usage soit de cultures vieillies et chauffées préalablement à 65 degrés, soit en atténuant les cultures suivant le procédé de Behring par l'addition de trichlorure d'iode.

Roger, la même année, rapporta à la Société de biologie des faits concluants d'immunisation expérimentale. Les résultats avaient été obtenus au moyen de cultures filtrées du streptocoque de l'érysipèle, chauffées à 110 degrés. Une seule injection de 10 à 50 centimètres cubes de ce liquide, faite dans la veine auriculaire du lapin, suffisait à produire l'immunité. Paolis obtint le même résultat en injectant dans les veines des lapins des cultures non virulentes.

Mironoff (2), en combinant ces divers procédés, parvint de même à obtenir un certain degré d'immunité.

Mais pour cet auteur, on ne réussirait jamais à obtenir des animaux absolument réfractaires au streptocoque et l'immunité obtenue ne vise que la généralisation de l'infection streptococcienne, l'immunité contre le streptocoque ne préservant pas l'organisme contre les processus septiques locaux. Au point de vue de la sérothérapie, les processus septiques inflammatoires locaux continueraient à évoluer malgré le traitement par le sérum des animaux immunisés.

Vinay a conféré l'immunité au moyen de toxines obtenues par filtration des cultures sur une bougie de porcelaine.

Les recherches de Marmorek ont abouti, contrairement aux assertions de Mironoff, à l'obtention d'un sérum complètement préventif et même thérapeutique.

Au lieu de se servir de cultures chauffées comme Roger, Marmorek utilise les cultures vivantes et les inocule à de grands animaux, âne, cheval, qui ont l'avantage de mieux résister aux premières injections virulentes et peuvent ensuite fournir une quantité de sérum suffisante pour être utilisée ultérieurement.

Depuis, Marmorek a obtenu une toxine streptococcienne extrêmement virulente, dont il peut faire varier la virulence à volonté. C'est avec cette toxine, aujourd'hui, que les animaux sont vaccinés.

Les travaux de Roger et Marmorek nous ont donc doté d'un sérum antistreptococcique, qui a été surtout utilisé chez les érysipélateux, chez les femmes atteintes d'infection puerpérale et dans la scarlatine.

Les résultats obtenus jusqu'ici ont été fort variables. Si les succès obtenus par Charrin et Roger (3), Marmorek (4), Chantemesse (5), Parascandolo, Rondot (6), sont favorables à l'emploi du sérum antistreptococcique, il est juste de tenir compte des insuccès que nous ont fait connaître Gramakowski, Charpentier, Dubrissay, Bar et Tissier, Boissard, Durante et Leroux (1), Chaleix (2), principalement dans l'infection puerpérale.

(1) Lingelshein. *Zeits. f. Hyg.*, 1891.
(2) Mironoff. *Arch. de méd. expérim.*, 1893.
(3) Charrin, Roger. Soc. de biol., 1896.
(4) Marmorek. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1896.
(5) Chantemesse. Acad. des sc., 1895.
(6) Parascandolo, Rondot. Congr. de Nancy, 1897.

Roger (3), lui-même, qui, pour cette dernière affection, regarde le sérum antistreptococcique comme un adjuvant utile, ne croit pas qu'il faille s'en servir à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique.

L'expérimentation elle-même semble donner des résultats contradictoires. Tandis que Behring et Knorr vaccinent avec un même sérum contre les streptocoques d'origine différente, Méry (4) est venu apporter à la Société de biologie des faits incontestables prouvant l'absence d'immunité conférée aux animaux par le sérum de Marmorek, vis-à-vis de certains streptocoques de la scarlatine. Il est vrai qu'un autre échantillon retiré lui-même de scarlatineux paraissait au contraire être influencé par ce même sérum.

Enfin Courmont (5) vient de relater des expériences qui tendraient à montrer l'impuissance du sérum de Marmorek contre les infections par le streptocoque de l'érysipèle.

Ces dernières recherches semblent devoir modifier de nouveau nos idées sur le streptocoque. On ne peut méconnaître qu'elles donnent aux idées pluralistes un puissant appui.

Si les travaux de ces dernières années ont bien établi la variabilité de formes de cultures d'une même espèce streptococcienne; si, par cela même, ces caractères de forme et de culture sur un nombre restreint de milieux nutritifs ne peuvent certainement servir à différencier des espèces, il n'est pas dit pour cela qu'on ne puisse parvenir, en utilisant d'autres milieux ou des ressources expérimentales différentes, à découvrir certaines espèces ou simplement des variétés de streptocoques. La question, en somme, bien qu'ayant été l'objet de recherches déjà longues, reste encore à l'étude et elle emprunte une importance toute particulière aux circonstances présentes et surtout aux travaux qui nous ont fait entrevoir que pour le streptocoque, comme pour le bacille de Lœffler, il était possible d'arriver à produire un sérum préventif et thérapeutique.

TROUBLES TROPHIQUES

CONSÉCUTIFS A LA SECTION DES RACINES POSTÉRIEURES MÉDULLAIRES (6)

Par M. J.-P. Morat.

Dans une précédente note, j'ai indiqué des faits physiologiques démontrant l'existence d'éléments nerveux *centrifuges* dans les racines *postérieures* médullaires. J'ai insisté sur les caractères un peu particuliers de la dégénération de ces éléments après section. Je désire aujourd'hui attirer l'attention sur des phénomènes de l'ordre *trophique* qui se produisent dans le champ de distribution de ces nerfs.

Sur la face plantaire des orteils du membre correspondant aux racines sectionnées apparaissent, après un temps variable (rarement moins d'un mois), des ulcérations qui vont grandissant en largeur et en profondeur; il y a chute des poils, chute des ongles, épaississement des os, infiltration et induration du derme et du tissu conjonctif sous-

(1) Charpentier, Dubrissay, Bar et Tissier, Boissard, Durante, Leroux. Soc. obstét. et gynécol. de Paris, 1896.
(2) Chaleix. *Gaz. hebd.*, 1896.
(3) Roger. Congr. de Nancy, 1896.
(4) Méry. Soc. de biol., 1896-97.
(5) Courmont. Soc. de biol., 1897.
(6) Communication à l'Académie des sciences.

cutané. Ces lésions rappellent celles décrites en clinique sous le nom de *mal perforant* du pied.

La relation entre ces troubles, dits *trophiques*, et les altérations originelles des nerfs est connue depuis longtemps. On a même produit des observations de lésions des racines postérieures les ayant provoquées, et, dans ce cas, on a incriminé généralement l'altération du ganglion spinal. Mes expériences montrent clairement que cette condition n'est pas nécessaire. La section des racines ayant été faite entre le ganglion et la moelle, le nerf sensitif reste sain du côté de la périphérie. Les troubles trophiques de la peau ne sont donc pas une extension à celle-ci de la dégénération du nerf sensitif, pas plus, du reste, que de tout autre nerf. La condition de leur apparition est à rechercher dans la paralysie fonctionnelle d'éléments nerveux dont la conductibilité a été interrompue ; quels sont ces éléments?

Contrairement à l'opinion, encore très en faveur, que ces troubles de la nutrition seraient liés à la perte de la sensibilité du membre innervé, il me paraît impossible de les rattacher à la paralysie des éléments sensitifs. Il n'y a, en effet, aucune concordance entre l'anesthésie et l'altération concomitante de la nutrition. L'anesthésie est immédiate, la déviation trophique est, au contraire, tardive. Les ulcérations se forment parfois sur des surfaces dont la sensibilité est intacte ; bien plus, il m'est arrivé de les observer dans des régions qui étaient le siège d'une vive hyperesthésie, laquelle aurait dû pourtant être une protection plus que suffisante contre les traumatismes ordinaires, cause présumée de ces lésions.

Mais, en plus des nerfs sensitifs, la section des racines postérieures interrompt, comme on l'a vu, la continuité d'un certain nombre d'éléments vaso-dilatateurs. Est-ce à la paralysie de ces derniers qu'il faut rapporter les altérations nutritives? Cette seconde explication n'a pas plus de valeur que la précédente. La circulation dans le membre n'est pas en souffrance, assurée qu'elle est par les vaso-moteurs (dilatateurs et constricteurs) qui procèdent de la région dorso-lombaire de la moelle par la chaîne du grand sympathique et vont rejoindre les gros troncs nerveux des plexus lombaire et sacré.

Par voie d'exclusion, nous sommes conduit à admettre comme probable l'existence de nerfs centrifuges commandant directement aux tissus de la peau et gouvernant, sans appareil intermédiaire, le mécanisme intime, encore si peu connu, de la fonction de ceux-ci, nerf dont la paralysie amène, à la longue, l'altération de structure de ces tissus, comme celle des nerfs moteurs entraîne celle des muscles correspondants.

Ces nerfs particuliers, dont l'existence a besoin d'être appuyée par des preuves plus directes que toutes celles fournies jusqu'ici, ne seraient cependant pas des nerfs *trophiques*, comme on les entend ordinairement, pas plus, du reste, que les nerfs musculo-moteurs ne sont trophiques ou doublés d'éléments trophiques distincts d'eux-mêmes. Ce sont simplement des nerfs fonctionnels qui étendent le champ d'action du système nerveux à des éléments anatomiques que l'on suppose, sans raison bien valable, devoir lui être soustraits. Les nerfs *sécréteurs* ont été niés tout d'abord en vertu de fin de non-recevoir de ce genre; puis ils ont été appelés, eux aussi, des nerfs trophiques, avant de devenir les nerfs *moteurs glandulaires* que nous admettons aujourd'hui. Dans l'extension que nous tentons de donner au système nerveux, le pas qu'il reste à franchir est moins grand entre les épithéliums de revêtement et le tissu glandulaire, qu'il n'était autrefois entre ce dernier et le tissu musculaire; mais l'expérience vraiment décisive, qui emportera la conviction, est encore à trouver.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juin 1897. — Présidence de M. Delens.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA COXALGIE

M. Broca se trouve sur presque tous les points d'accord avec M. Kirmisson. Il admet avec lui, en principe, que le traitement de la coxalgie doit être conservateur. Ceux-là mêmes qui étaient partisans des résections doivent reconnaître aujourd'hui que les résultats éloignés de ces résections ne sont pas des plus satisfaisants et qu'après cinq ou six ans, les enfants se trouvent aussi mal, quand ils ne se trouvent pas plus mal, qu'avant l'intervention. M. Broca préfère donc l'immobilisation, mais il se sépare de M. Kirmisson en ce qu'il préfère l'extension continue avec l'appareil de Lannelongue à l'immobilisation dans l'appareil plâtré. Cet appareil de Lannelongue permet une surveillance attentive de l'articulation malade.

Au moment où le chirurgien est appelé, si la jointure se trouve déjà dans une position vicieuse, l'extension ne corrige pas cette position. Aussi M. Broca est-il partisan du redressement brusque. Il n'a pas observé que ce redressement brusque donnât lieu à des auto-inoculations tuberculeuses. Il partage, à ce point de vue, l'avis exprimé par M. Reclus, d'après les statistiques de M. Lannelongue.

Suivant M. Broca, il ne faut prendre le bistouri que lorsqu'il y a abcès. Tout en se montrant partisan des injections d'éther iodoformé et en les préférant à toute autre substance, il prend le bistouri plus tôt et plus facilement que ne l'a conseillé M. Kirmisson. Enfin M. Broca partage entièrement l'avis de M. Kirmisson au sujet du curetage intégral de l'articulation avec réunion immédiate sans drainage, préconisé par M. Ménard.

M. Brun professe la même opinion que MM. Kirmisson et Broca sur le traitement de la coxalgie sans abcès. Il préfère l'immobilisation dans l'appareil plâtré à l'extension continue. Il n'a recours à celle-ci que pour combattre la douleur. Quand les douleurs ont cessé, il supprime l'extension continue et a recours alors à l'immobilisation dans un appareil plâtré. Ces enfants, ainsi immobilisés, peuvent marcher avec des béquilles. Les enfants qu'on laisse ainsi marcher semblent moins exposés à avoir des abcès que ceux qui sont maintenus au lit. Avec l'appareil plâtré, M. Brun n'observe pas de déviations secondaires.

M. Brun se trouve en désaccord avec M. Kirmisson au sujet du redressement forcé. Il n'hésite pas à recourir au redressement brusque et à immobiliser ensuite. Il est vrai que dans un cas où il avait eu recours à ce redressement brusque, il a vu l'enfant mourir trois semaines après de méningite tuberculeuse. Mais il a vu aussi mourir de méningite tuberculeuse bien des enfants n'ayant jamais été redressés, n'ayant subi aucune intervention. Il ne faut donc pas mettre sur le compte du redressement brusque une complication si fréquente dans les affections tuberculeuses. La doctrine de l'auto-inoculation tuberculeuse à la suite du redressement forcé devrait donc être appuyée sur des faits plus précis. En effet, M. Brun cite plusieurs exemples dans lesquels la méningite est survenue sans qu'on puisse incriminer aucune intervention. Il reste donc partisan du redressement brusque.

Quant au traitement des abcès, M. Brun a recours aux injections modificatrices. Il préfère le naphtol camphré,

mais il ne s'attarde pas à répéter ces injections, il ouvre largement, bourre la cavité de gaze iodoformée et panse à plat. M. Brun est de l'avis de ses collègues, MM. Kirmisson et Broca, sur le curetage intégral de l'articulation. En résumé, il est partisan du traitement conservateur et de moins en moins porté à pratiquer la résection de la hanche.

M. REYNIER fait observer que tout le monde est d'accord sur les grandes lignes du traitement de la coxalgie. Quant au choix de l'appareil auquel on doit donner la préférence, cela dépend surtout de la situation sociale du malade. Traitera-t-on de la même façon les malades de la ville et ceux de l'hôpital? Étant donné qu'il faut avant tout immobiliser l'enfant dans une bonne position, allez-vous dans tous les cas recourir au même appareil? Par exemple, allez-vous choisir l'appareil de Lannelongue chez un malade riche que vous voulez faire voyager et faire promener? Dans ces cas, la gouttière de Bonnet constitue le meilleur de tous les appareils.

M. Reynier n'hésite pas à recourir au redressement brusque, et il ne croit pas aux auto-inoculations tuberculeuses dont on l'accuse. Quant aux différences qui séparent M. Ménard des chirurgiens de Paris, il faut bien faire observer que le milieu dans lequel exerce M. Ménard, à Berck, est tout différent de celui dans lequel nous exerçons. C'est là un élément très important au point de vue des résultats que peut donner telle ou telle méthode.

M. QUÉNU est un partisan décidé de l'appareil de Lannelongue. Il le trouve très pratique. Rien n'exige plus de surveillance qu'un appareil plâtré. Si, en outre, vous permettez à l'enfant de marcher avec son appareil plâtré, vous pourrez avoir des complications, des déviations secondaires. Au point de vue de la surveillance, il n'y a rien de mieux que l'appareil de Lannelongue pour le traitement de la coxalgie sans abcès. M. Quénu a suivi nombre de coxalgiques pendant cinq et six ans, et il n'a eu qu'à se louer de cet appareil.

M. Quénu est partisan de la réduction. Quand la coxalgie suppure, l'appareil de Lannelongue permet l'application de pansements propres. Il a recours aux injections modificatrices, mais il ouvre les abcès et pratique un véritable drainage de l'articulation. En somme, M. Quénu est partisan de l'immobilisation; mais il y a des cas où la résection s'impose, de même qu'on pratique l'hystérectomie vaginale pour certains cas de suppuration pelvienne.

COMMUNICATION

Kystes hydatiques du rein. — M. HOUZEL (de Boulogne) fait une communication sur ce sujet.

M. PEYROT a eu l'occasion d'observer quatre cas de kyste hydatique du rein. Dans un premier cas il s'agissait d'une grosse tumeur du flanc droit, chez un malade qui avait des vomissements dans lesquels on trouvait des hydatides. M. Peyrot fit une néphrectomie transpéritonéale. Mais quelques jours après, sous l'influence des vomissements, ce malade se fit une rupture de l'estomac, dont le contenu se vida dans la poche autrefois occupée par le rein. Dans les trois autres cas, M. Peyrot fit seulement l'ouverture de la poche et la fixa aux parois abdominales. Suivant lui, dans ces cas, c'est à cette méthode conservatrice qu'il faut avoir recours.

M. BAZY a observé deux cas de kyste hydatique du rein. Dans un cas, le malade rendait des hydatides par l'urèthre. Il fit, dans la poche, une injection de sublimé, il y eut de la suppuration et le malade guérit.

Au point de vue du diagnostic du rein malade par la cystoscopie, M. Bazy cite un fait qui montre combien on peut être trompé. Il s'agissait d'un malade qui avait un rein unique avec l'uretère venant s'ouvrir dans la vessie du côté opposé. Si, chez ce malade, on s'en était rapporté à la cystoscopie, on aurait été conduit à intervenir précisément du côté où le rein était absent.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE trouve qu'il y a un moyen plus simple et plus sûr que la cystoscopie, c'est d'ouvrir le ventre et de regarder. Mais quand on a un diagnostic précis pour les interventions sur le rein, il vaut mieux généralement recourir à la voie lombaire qu'à la voie transpéritonéale. Il n'y a que dans les cas où il s'agit d'une grosse tumeur, qu'il faut préférer la voie abdominale.

M. BAZY fait observer que les voies lombaire et transpéritonéale ont chacune leurs indications, c'est le volume de la tumeur qui doit fixer le choix de l'une ou l'autre de ces voies.

PRÉSENTATION DE MALADES

Ablation du rectum. — M. QUÉNU présente un malade auquel il a fait l'ablation totale du rectum pour un néoplasme.

Hydronéphrose. — M. SCHWARTZ présente un malade atteint d'une hydronéphrose chez lequel a été fait le cathétérisme uretéral par la cystoscopie. On a ainsi retiré, en plusieurs fois, quatre litres de liquide du rein malade.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les chancres extra-génitaux (1), par le professeur A. FOURNIER.

L' « extra-génitalité » du chancre ne constitue en rien, par elle seule, un élément de gravité pour la syphilis qui dérive de ce chancre.

C'est sur cette conclusion consolante que le professeur de Saint-Louis termine le bel ouvrage didactique paru il y a quelques mois : conclusion consolante, en particulier pour les médecins, que les obligations professionnelles exposent plus que tous autres à l'une des variétés au moins de chancres extra-génitaux, — la variété qui a les mains pour siège : or, précisément, c'est le chancre des doigts qui avait la plus mauvaise réputation pronostique. M. Fournier a détruit cette légende, en montrant que, si la vérole qui en dérive est fréquemment grave, c'est qu'elle germe et se développe sur un terrain malheureusement prédisposé par le surmenage physique et cérébral.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'étude approfondie des chancres mammaires ou de la syphilis vaccinale, que tout médecin doit aujourd'hui connaître entièrement. Mais ce qu'à notre sens le savant ouvrage de M. Fournier contient de principal, c'est la description clinique des chancres extra-génitaux de toutes les régions, voire les plus inattendues, avec leurs diverses modalités (type croûteux, érosif, papuleux, hypertrophique, ulcéreux, nain, phagédénique, etc.). Le chancre céphalique arrive en tête avec un prodigieux excès de fréquence, sans en excepter les amygdales ni la pituitaire. Comme le médecin n'y songe pas tout d'abord, il portera le diagnostic de herpès, aphte, tuberculose, cancer; et la maladie, restant ignorée de sa nature, se propagera de proche en proche par épidémies de famille, de maison, de village. Ceux qui auront lu le livre de M. Fournier ne pourront plus commettre de telles erreurs, et les infections syphilitiques extra-génitales ont enfin droit de cité. Il est donc une fois de plus démontré que la vérole n'est pas une maladie vénérienne, et que la société se trompe en traitant ses malades en parias.

(1) In-8°. Prix : 20 francs. — Paris, Rueff et Cie.

M. Fournier aura rendu un nouveau service à la science comme à l'humanité en répandant à nouveau ces notions avec sa haute autorité.

Recherches sur les causes des mouvements du cœur, sur son innervation et son indépendance motrice (1), par le docteur Léon Germe, ancien professeur à l'Ecole de médecine d'Arras.

Ce nouvel ouvrage du docteur Germe nous paraît appelé à faire sensation parmi les physiologistes et les médecins, en raison des judicieuses critiques auxquelles sont soumis les faits et les théories relatifs aux principes des mouvements du cœur et surtout à cause de l'originalité de ceux exposés par l'auteur.

Ce travail est rempli de faits et d'interprétations si nombreux et si nouveaux qu'il échappe à l'analyse et mérite d'être lu en entier. Aussi nous nous bornerons à signaler que, d'après M. Germe, les mouvements du cœur et les variations si fréquentes qu'ils subissent sont soumis à son alimentation et à son débit, à la façon dont ces phénomènes s'accomplissent, aux qualités du sang et aux substances qu'il tient en dissolution, ainsi qu'à l'excitabilité et à la contractilité cardiaques. Le système nerveux moteur n'aurait aucune action directe sur le cœur; les théories concernant les nerfs accélérateurs et dépresseurs de la circulation ne seraient nullement démontrées; il en serait de même de l'action frénatrice des pneumogastriques. A propos de ce nerf, le docteur Germe prouve, par un grand nombre d'expériences, que la fréquence des mouvements du cœur, consécutive à la section des nerfs vagues, est due à un embarras de la circulation pulmonaire, tandis que l'arrêt de ces mouvements, provoqué par la faradisation des mêmes nerfs, serait la conséquence d'une anesthésie passagère de l'endocarde. Ainsi, serait tranchée une difficulté qui, depuis plus de cinquante ans, a toujours été l'écueil des physiologistes.

Étude de l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme (2), par le docteur L. Rénon.

On donne le nom d'aspergillus à des champignons ou moisissures qui peuvent jouer un rôle pathogène analogue à celui que joue le bacille de la tuberculose, et plus rarement le champignon radié de l'actinomycose. M. Rénon n'a pas voulu étudier les différentes variétés d'aspergillus, mais seulement l'aspergillus fumigatus. Il l'a considéré successivement chez les animaux et chez l'homme; son travail se trouve divisé en trois parties : l'aspergillose spontanée des animaux, l'aspergillose expérimentale et l'aspergillose de l'homme.

On voit ainsi cet organisme parasitaire simuler une série de maladies communes, comme la tuberculose aiguë ou chronique, les infections typhoïdes, les septicémies hémorragiques. Leur étude est des plus intéressantes au point de vue de la pathologie générale, car on a pu démontrer que ce parasite est assez répandu, on a pu saisir le mode de contagion et en déduire des règles très simples d'hygiène prophylactique. L'aspergillose simule souvent de très près la tuberculose, si bien que certainement on a, le plus souvent, confondu les deux maladies; il est des plus intéressants au point de vue de la pathologie générale de démontrer que le bacille de Koch n'est pas le seul qui puisse produire des accidents semblables, et qu'à côté des bacilles il faut donner une place aux moisissures pathogènes.

Nous nous en tiendrons à ces généralités, ne voulant en ce moment que signaler aux médecins l'intérêt très grand présenté par le travail de M. Rénon, qui a consacré plusieurs années de sa vie à l'étude de l'aspergillose. Nous ne voulons pas en donner l'analyse; nous ferons mieux, nous consacrerons prochainement une de nos Revues générales à cette question nouvelle, aussi importante en théorie qu'en pratique.

(1) In-8°, 14 pl. hors texte. Prix : 7 francs. — Paris, G. Masson.

(2) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 juin 1897, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Roux, médecin principal de la marine, en retraite.

— Les élèves de M. le professeur Guyon fêteront le 1er juillet prochain le trentième anniversaire de l'entrée du maître comme chef de service à l'hôpital Necker. Visite dans les salles; déjeuner au Bois de Boulogne et remise au professeur Guyon d'un album contenant, avec la photographie de tous les anciens internes du service, l'énumération des travaux publiés sous l'inspiration du maître.

— M. le docteur Chatelin est nommé médecin du lycée de Charleville, en remplacement de M. le docteur Carion, décédé.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Villes d'eaux.— Billets d'aller et retour collectifs.* — Il est délivré du 15 mai au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres, aller et retour, aux familles d'au moins quatre personnes, payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classe, valables 30 jours pour les stations thermales suivantes : Aix (Aix-en-Provence), Aix-les-Bains (Aix-les-Bains, Marlioz), Baume-les-Dames (Guillon-les-Bains), Besançon, Bollène-la-Croisière (Condorcet-les-Bains), Bourbon-Lancy, Carpentras (Montbrun-les-Bains, Montmirail), Cette (Balaruc), Chambéry (Challes), Charbonnières, Clermont-Ferrand (Royat), Cluses (Saint-Gervais), Coudes (Saint-Nectaire), Digne, Euzet-les-Bains, Evian-les-Bains, Genève (Champel), Goncelin (Allevard), Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot (La Caille), LaBastide (Saint-Laurent-les-Bains), Lépin-Lac-d'Aiguebelette (La Bauche), Le Vigan (Cauvalat-lès-Vigan), Lons-le-Saunier, Manosque (Gréoulx), Montélimar (Bondonneau), Montpellier (Palavas), Montrond, Moulins (Bourbon-l'Archambault), Moutiers (Salins, Brides), Pougues (Pougues-les-Eaux), Rémilly (Saint-Honoré-les-Bains), Riom (Châtel-Guyon, Châteauneuf), Roanne (Saint-Alban), Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers (La Motte), Saint-Julien-de-Cassagnas (Les Fumades), Saint-Martin-d'Estréaux (Sail-les-Bains), Salins, Santenay, Sauve (Fousange-les-Bains), Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-La Bégude, Vandenesse (Saint-Honoré-les-Bains), Vichy, Villefort (Bagnols).

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois, c'est-à-dire que les trois premières personnes paient le plein tarif et que la quatrième et les suivantes paient le demi-tarif seulement.

Billets d'aller et retour de Paris à Chamonix (Mont-Blanc), via Mâcon, Culoz, Bellegarde et Genève ou Saint-Julien (Haute-Savoie). — Prix des billets : 1re classe, 127 fr. 05; 2e classe, 95 fr. 40; 3e classe, 67 fr. 05, valables 15 jours, avec faculté de prolongation. Arrêts facultatifs. Franchise de 30 kilos de bagages. De Cluses à Chamonix, le trajet s'effectue par les voitures de la Société de correspondance.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 14 au 19 juin 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 14 JUIN. — Dissection, épreuve pratique : MM. Marchand, Poirier et Sebileau.

2e examen (2e partie) : MM. Rémy, Marie et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Pinard, Lejars et Broca.

4e examen : MM. Potain, Hayem et Gaucher; — M. Varnier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Humbert et Tuffier; — (2e série) : MM. Terrier, Delens et Jalaguier; — (2e partie) : MM. Fournier, Chauffard et Widal; — M. Walther, suppléant.

MARDI 15 JUIN. — Dissection, épreuve pratique : MM. Rémy, Poirier et Thiéry.

1er examen (nouveau régime) : MM. Brun, Quénu et Sébileau.

2e examen (2e partie) : MM. Raymond, Gley et Chassevant.

4e examen (1re série) : MM. Grancher, Proust et André; — (2e série): MM. Pouchet, Hutinel et Thoinot; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Berger et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Gilbert; — (2e série) : MM. Debove, Marfan et Ménétrier; — M. Letulle, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Panas, Pozzi et Nélaton; — (2e série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Hartmann; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Charrin et Achard; — M. Roger, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique) : *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

MERCREDI 16 JUIN. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Terrier, Delbet et Walther.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Tillaux, Retterer et Sébileau; — (2e série) : MM. Marchand, Poirier et Widal; — (2e partie) : MM. Rémy, Ricard et Weiss.

3e examen (2e partie) : MM. Hayem, Fournier et Gilles de la Tourette.

4e examen : MM. Landouzy, Chauffard et Netter; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Peyrot, Tuffier et Lejars; — (2e série) : MM. Delens, Humbert et Broca; — M. Wurtz, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

JEUDI 17 JUIN. — Dissection, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Polaillon et Rémy.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Farabeuf, Albarran et Thiéry; — (2e série) : MM. Guyon, Roger et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pozzi, Schwartz et Bar; — (2e série) : MM. Berger, Brun et Maygrier; — (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Joffroy et Marfan; — (2e série) : MM. Grancher, Ménétrier et Achard.

4e examen : MM. Proust, Pouchet et Gilbert; — M. André, suppléant.

VENDREDI 18 JUIN. — Dissection, épreuve pratique : MM. Peyrot, Ricard et Broca.

1er examen (nouveau régime) : MM. Marchand, Poirier et Sébileau.

2e examen (oral, 1re partie, 2e série) : MM. Humbert, Jalaguier et Delbet; — (2e partie, 1re série) : MM. Richet, Chantemesse et Retterer; — (2e série) : MM. Gariel, Rémy et Marie.

4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Tillaux, Lejars et Walther; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Gaucher et Widal; — (2e série) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette et Wurtz; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

SAMEDI 19 JUIN. — 1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Rémy et Thiéry;

2e examen oral (1re partie) : MM. Polaillon, Quénu et Poirier; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Gley et Chassevant;

4e examen : MM. Pouchet, Gilbert et André; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Le Dentu, Nélaton et Albarran; — (2e série) : MM. Berger, Schwartz et Hartmann; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Grancher et Marfan; — M. Ménétrier, suppléant.

5e examen (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Raymond, Hutinel et Roger; — (2e série) : MM. Cornil, Letulle et Achard; — M. Brun, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 16 JUIN, à une heure. — Mlle de Chrzanowska. Du pneumothorax chez l'enfant (MM. Potain, président; Pouchet, Marie et Gaucher). — M. Girard. Le double souffle intermittent crural sans insuffisance aortique (MM. Pouchet, président; Potain, Marie et Gaucher).

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il s'est fait beaucoup de bruit récemment autour du traitement des gibbosités pottiques par le redressement brusque. Nous avons ici même signalé les exagérations d'une certaine presse, l'affolement du public en faveur d'une méthode qui peut être bonne, qui peut avoir ses indications, qui a déjà donné des résultats immédiats très remarquables, mais qui ne saurait, sans imprudence, s'appliquer à tous les cas ni répondre à cette formule singulièrement exagérée : « Plus de bossus! » D'où vient tout ce bruit? Quelle a été l'origine de cette campagne trop retentissante? Deux ou trois communications faites à la tribune de l'Académie. Cela peut être flatteur pour l'Académie, mais cela n'est certainement pas sans inconvénients. Aussi se devait-elle à elle-même de renvoyer ces communications à un rapporteur sagace, impartial et prudent. Son choix s'est porté sur M. Monod, et il ne pouvait être plus heureux. Aussi ne saurions-nous trop engager tous ceux que la question intéresse à lire le rapport de M. Monod qu'on trouvera plus loin *in extenso*. On y verra que, s'il faut compter avec cette nouvelle méthode de traitement, il faut aussi se défendre d'emballements qui ne pourraient conduire qu'à de cruelles désillusions.

Dans une courte discussion qui a suivi, M. Péan, tout en s'associant aux raisons du rapporteur, a cité un fait intéressant dans lequel le redressement brusque a fait disparaître, non seulement la gibbosité, mais aussi la paraplégie qui l'accompagnait. MM. Berger et Le Dentu se sont également associés aux conclusions de M. Monod, M. Le Dentu avec une tendance peut-être plus marquée vers l'adoption de la nouvelle méthode pour certains cas déterminés. Il ressort, en somme, de cette discussion, des communications qui en ont été le point de départ, du rapport de M. Monod, que la nouvelle méthode proposée par MM. Calot et Chipault a donné des résultats immédiats très remarquables, mais que cette méthode est encore trop récente pour qu'on puisse juger de ses résultats définitifs. Au point de vue de ses dangers possibles, n'oublions pas les constatations anatomiques un peu troublantes de M. Ménard et attendons, tout en conseillant la plus grande prudence aux opérateurs décidés à recourir à ce traitement.

M. Péan a fait un rapport sur un travail de M. Maurice Bloch qui a trait au pied plat valgus douloureux. L'auteur n'a pas seulement étudié avec soin cette affection, à laquelle il donne le nom de tarsoptose; il a aussi imaginé un appareil qui permet de corriger la déformation et fait, par cela même, disparaître la douleur.

M. Bazy a fait une courte communication sur la sonde à demeure avec déambulation pour remplacer, dans beaucoup de cas, le méat hypogastrique.

M. Tuffier a raconté la curieuse histoire d'une malade qui eut une grossesse régulière, à la suite de laquelle elle eut des douleurs hépatiques. On se disposait à faire la cholécystectomie quand on tomba sur une grossesse extra-utérine sous-hépatique.

Enfin, M. Doyen a présenté des calculs qu'il a enlevés par la voie vaginale et par la néphrotomie. M. Doyen a fait suivre cette communication de plusieurs autres présentations.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Une communication de M. L.-H. Petit, sur les dangers et les avantages de la **bicyclette**, a amené, à la Société médicale des hôpitaux, une discussion qui a occupé presque toute la séance du 4 juin. A cette discussion ont pris part MM. Debove, Hallopeau, Rendu, Le Gendre, Merklen, Faisans et Jacquet.

L'espace nous manque pour donner le compte rendu détaillé de cette séance et pour exposer successivement les divers avis exprimés en les attribuant à leurs auteurs. Nous préférons dire quels sont les principaux points sur lesquels l'accord a pu se faire sans difficulté.

La bicyclette peut être montée par des personnes saines ou par des malades.

Pour les personnes saines on recherchera, comme pour tous les exercices physiques, l'entraînement progressif et on évitera l'abus, le surmenage. Il faut arriver progressivement à augmenter l'endurance des cyclistes, mais ils ne doivent jamais dépasser les limites de leur résistance.

Pour les personnes malades, il faut être d'une prudence extrême lorsque l'appareil circulatoire et l'appareil respiratoire se trouvent compromis d'une façon sérieuse. La bicyclette a été quelquefois ordonnée au même titre que la cure de montagne aux malades atteints de maladies du cœur ou des vaisseaux. Il est beaucoup plus prudent de leur déconseiller cet exercice.

Beaucoup de cardiaques se sont mal trouvés de la bicyclette, et M. L.-H. Petit a pu relever huit cas de mort chez des malades de ce genre. Il est vrai que, dans quelques-uns de ces cas, il paraît y avoir eu une simple coïncidence : il ne faut pas conclure *post hoc, ergo propter hoc*.

Chez un certain nombre de personnes, une affection latente du cœur ou des vaisseaux s'est trouvée révélée par le fait d'une course à bicyclette trop longue ou trop rapide, ou encore de la montée d'une côte. Il en résulte qu'avant de s'abandonner aux délices de la pédale, il convient de s'assurer qu'on ne présente aucune tare cardio-pulmonaire qui s'y oppose. Autre conclusion non moins rationnelle : les cyclistes qui ont dépassé quarante ans feront bien d'être particulièrement prudents et d'éviter de surmener leur cœur.

M. Faisans déconseille complètement la bicyclette aux tuberculeux; la raison qu'il en donne c'est que ces malades n'ont déjà que trop tendance à avoir de la tachycardie; or, l'exercice du cycle amène une accélération énorme de la fréquence du pouls qui atteint souvent 200 pulsations et même plus après une course un peu longue ou un peu pénible.

On interdira aussi la bicyclette aux convalescents d'une maladie fébrile aiguë, surtout si elle a été de longue durée, et aux obèses, lorsqu'on soupçonnera la dégénérescence du myocarde, etc.

Les maladies nerveuses, la neurasthénie en première ligne, bénéficient souvent de la bicyclette. Les hypocondriaques y trouvent une occasion d'oublier leurs phobies.

En somme, le cycle peut être un instrument de production des maladies; il serait beaucoup plus souvent encore un instrument de révélation et d'aggravation d'une tare morbide antérieure; il représente pour les individus sains un excellent instrument de gymnastique et d'entraînement.

Le danger de son emploi résulte surtout de l'attrait que

présente cet exercice, de l'entraînement et de la griserie qui s'empare de ses adeptes. Ils veulent aller toujours plus loin, toujours plus vite; ils sont pris de vertige, leur cerveau s'obnubile en quelque sorte et ils arrivent facilement à dépasser le degré de fatigue que normalement ils n'auraient pas dû atteindre. Il y a là un facteur psychologique, comme le dit M. Le Gendre, que doivent connaître les médecins appelés tous les jours à donner des conseils aux cyclistes.

Incidemment, il a été beaucoup question des intermittences cardiaques vraies qui consistent dans le manque d'un battement du cœur et d'une pulsation radiale. Le plus souvent, cette intermittence est consciente. Il résulte des remarques échangées entre MM. Hallopeau, Debove, Merklen et Rendu que ce n'est pas là un phénomène grave, mais c'est un avertissement d'avoir à ménager son cœur. On peut vivre vingt ans, quarante ans et plus avec des intermittences de cet ordre : il vaut mieux toutefois éviter avec soin de se surmener lorsqu'on en est atteint.

Au commencement de la séance, M. Albert Mathieu a montré des calculs gros comme une grosse noisette qui paraissent être des calculs intestinaux : ils se sont développés chez une femme atteinte d'entérite muco-membraneuse, qui a eu à la région épigastrique des douleurs extrêmement intenses, rappelant tout à fait des crises de coliques hépatiques. Il n'y avait pas eu d'ictère.

Il semble que ces calculs ne soient que de petites scybales desséchées, incrustées de sels de chaux et saupoudrées de cholestérine. Ils ne renferment pas trace de pigment biliaire, d'après l'analyse de M. Laboulais.

TRAITEMENT DE LA GIBBOSITÉ POTTIQUE

PAR LE REDRESSEMENT BRUSQUE

(Rapport lu à l'Académie de médecine par M. Monod, dans la séance du 8 juin 1897.)

Le traitement du mal de Pott, et particulièrement celui de la gibbosité qu'il détermine, est entré tout récemment dans une voie nouvelle, que d'aucuns qualifieraient volontiers de voie triomphale.

On s'en va répétant par la plume, par l'image, voire même par l'affiche au coin de nos rues populeuses, que le redressement des bossus n'est plus aujourd'hui qu'un jeu, que coupables seraient ceux qui voudraient soustraire leurs malades aux bénéfices d'une thérapeutique hardie, en apparence, mais en réalité sans danger et singulièrement efficace.

Jusqu'à quel point ces affirmations sont-elles fondées ? Sommes-nous réellement en possession d'un traitement du mal de Pott qui en assure la guérison, et la guérison sans difformité? La question vaut assurément d'être examinée avec quelque attention.

I

L'Académie a entendu, dans ces derniers temps, trois communications sur ce sujet : celles de MM. Calot, Chipault et Ménard.

La première, et la non moins retentissante, est celle de M. le docteur Calot (de Berck).

M. Calot n'est certes pas le premier chirurgien qui ait songé à redresser les gibbosités pottiques; mais, et c'est là l'originalité de sa méthode, il pratique ce redressement en un seul temps, en ayant au besoin recours, pour atteindre le but, à la plus grande violence. Voici, d'après lui-même, comment il opère :

« Quatre aides solides, attelés deux à deux aux extrémités du patient, tirent en sens inverse, tandis que le chirurgien, les mains appliquées sur la gibbosité, exerce sur ce point une pression extrêmement vigoureuse, allant jusqu'à l'extrême limite de ses forces, jusqu'à ce que les vertèbres déplacées soient rentrées au niveau, et même au-dessous des vertèbres voisines. On perçoit sous la main et l'on entend quelquefois des craquements osseux qui témoignent du désengrènement des deux segments rachidiens. »

M. Calot fait ordinairement précéder le redressement du rachis de l'ablation des apophyses épineuses saillantes, ainsi que du segment de peau souvent épaisse qui les recouvre. Il peut ainsi mieux diriger ses pressions, et met son malade à l'abri des eschares qui pourraient se produire sous l'appareil contentif, au niveau des pointes apophysaires.

Si la bosse est très vieille, il peut être indiqué de pratiquer, avant le redressement, une résectiou cunéiforme du rachis, — soit parce que les deux segments de la colonne se sont réunis, — soit parce qu'on redoute, après avoir violemment écarté en avant les surfaces malades, qu'il ne reste de ce côté un hiatus qui ne puisse se combler; en enlevant en arrière un coin osseux à base répondant à la gibbosité, et à sommet antérieur, répondant à l'angle de flexion, on obtiendra le contact en ligne droite des deux segments de la colonne.

Deux fois, mais deux fois seulement, M. Calot a pratiqué cette résection complémentaire, dont on ne saurait méconnaître les difficultés et les dangers.

Le redressement obtenu par l'un des moyens que je viens de dire, le malade est immobilisé dans un grand appareil plâtré, à la bonne application duquel M. Calot attache la plus grande importance. Cet appareil sera renouvelé deux ou trois fois, à des intervalles de trois à quatre mois. Au bout de ce temps, l'opéré est autorisé à marcher avec un corset. La correction de la difformité a duré de cinq à dix mois.

M. Calot nous disait, en décembre dernier, qu'il avait pratiqué 37 fois ce redressement de la gibbosité pottique, et cela avec des résultats immédiats parfaits. Non seulement il n'a pas eu de morts, mais jamais aucun accident.

La moelle, en particulier, n'a jamais paru souffrir de ces manœuvres; une seule fois, quelques phénomènes de lourdeur et de parésie des membres inférieurs, qui ont vite disparu. Bien plus, dans un cas, une paralysie existante a paru céder à la suite de l'opération.

Chez deux opérés seulement, des abcès à distance (fosse iliaque, fesse) se sont montrés quatre à six mois après le redressement; ces abcès furent traités et guéris par les moyens ordinaires. Par contre, chez trois malades qui avaient, au moment de l'opération, des abcès par congestion dans la fosse iliaque, ces abcès se résorbèrent et disparurent spontanément.

Ces résultats sont presque trop beaux, et peu en rapport avec ce que l'on sait du traitement de la tuberculose osseuse en général et de celui du mal de Pott en particulier. Aussi M. Calot ne disconvient-il pas qu'il est, sans doute, tombé sur une série heureuse.

Encore aurait-il valu la peine de rapporter avec quelque détail des faits de cette importance. Mais M. Calot, préoc-

cupé sans doute de ne pas fatiguer l'attention de l'Académie, s'est borné à nous donner de courtes notes sur les malades qu'il nous a présentés, et ces malades sont au nombre de six seulement.

Six observations sur trente-sept cas... c'est peu. Sur les autres, nous ne savons rien que les conclusions que M. Calot en tire. Nous ne savons rien en particulier, ni du degré de la déviation, ni de l'époque de son apparition, point capital, comme nous le montrerons tout à l'heure. Nous avons quelques raisons de croire qu'il s'est presque toujours agi de gibbosités relativement récentes ou peu prononcées, puisque, comme je l'ai dit, M. Calot n'a eu que deux fois recours à la résection orthopédique du rachis, manœuvre complémentaire qu'il réserve aux cas où la bosse est ancienne et accentuée.

Ces insuffisances sont plus manifestes encore si nous essayons de nous rendre compte des résultats définitifs de l'opération préconisée par M. Calot. Il nous dira sans doute qu'il n'est pas ici en faute, qu'un long temps, six mois au moins, est nécessaire pour que la guérison puisse être considérée comme assurée et que la plupart de ses opérés le sont depuis trop peu pour que l'on puisse juger encore du résultat définitif. A cela nous répondrons, qu'il eût peut-être mieux valu attendre plus longtemps avant de venir affirmer l'excellence d'un procédé dont les résultats ne peuvent encore être connus.

Quoi qu'il en soit à cet égard, ce n'est plus 6 cas (sur 37), mais bien 4 seulement qui demeurent. Le cinquième malade présenté, en effet, est l'un de ceux qui ont subi la résection cunéiforme : il était opéré depuis neuf mois, mais il n'y avait que douze jours qu'il marchait et il ne pouvait encore se passer de corset.

Le sixième n'était opéré que depuis quatre mois, il était encore dans son appareil plâtré. Sa bosse était énorme, elle datait de quatre ans et demi, conditions particulièrement défavorables ; mais nul ne peut encore dire si la correction se maintiendra.

Pour les quatre opérés depuis six à douze mois, ils nous ont été montrés redressés et libres de tout appareil, un depuis quinze jours, deux depuis deux mois, un depuis six mois. Pour deux d'entre eux la gibbosité datait de sept à neuf mois, pour deux de deux à trois ans.

Ces résultats sont suffisants pour justifier l'intérêt qui s'attache à la communication de M. Calot. S'ils se montrent semblables pour ses 33 autres opérés, notre confrère pourra bien dire qu'il a victoire gagnée.

Jusqu'ici il est simplement permis de conclure que l'opération paraît innocente, qu'elle semble donner un résultat immédiat excellent, mais toute réserve doit être faite pour les résultats définitifs.

II

La seconde communication dont j'ai à vous entretenir est celle de M. Chipault. Elle vous a été faite le 19 janvier 1897. Elle est intitulée : « Du traitement des gibbosités de diverses origines par les ligatures apophysaires. »

Au redressement forcé, pratiqué à l'aide de manœuvres semblables à celles de M. Calot, M. Chipault conseille d'ajouter la ligature en 8 de chiffre, à l'aide de fils d'argent, des apophyses épineuses correspondant à la gibbosité. Il considère que c'est là le meilleur moyen de maintenir la correction obtenue. Il s'appuie pour soutenir cette opinion sur les recherches anatomo-pathologiques de M. Regnault, établissant « qu'une colonne vertébrale tuberculeuse abandonnée à elle-même se consolide spontanément par ankylose des arcs et des apophyses ». Les ligatures apophysaires qu'il recommande ne font donc que régler et hâter le travail de guérison dans le sens où il se fait spontanément.

Les résultats obtenus par M. Chipault dans cinq cas où il ne s'agissait, il est vrai, que de petites gibbosités facilement réductibles, ont été excellents. Dans un sixième, la bosse était considérable et ancienne, mais le fait est trop récent pour pouvoir entrer en ligne de compte.

Il va sans dire que M. Chipault associe aux manœuvres de réduction et aux ligatures apophysaires l'immobilisation prolongée du malade, non dans un appareil plâtré, mais sur une planche *ah hoc*, où il est maintenu à l'aide de sangles passant au niveau des aisselles, des hanches et des genoux.

Il est intéressant de voir que M. Chipault comme M. Calot a osé redresser de force des gibbosités pottiques et cela sans observer, plus que son confrère, des accidents résultant de cette réduction.

Mais ici encore les résultats éloignés ou définitifs n'ont été constatés que pour des gibbosités facilement réductibles.

Dans une nouvelle note lue à cette tribune le 6 avril dernier, M. Chipault s'est efforcé d'établir qu'il a eu avant M. Calot l'idée du redressement brusque des gibbosités pottiques. Dans un article publié dans la *Médecine moderne* le 22 juillet 1896, c'est-à-dire six mois avant la communication de M. Calot, et avec ce titre : « Un traitement nouveau du mal de Pott, » il écrivait :

« J'ai, au Congrès de chirurgie (octobre 1895), insisté sur l'intérêt de la technique nouvelle auprès de plusieurs de mes confrères, et, en particulier, auprès de mon ami Calot qui voulut bien me promettre de l'expérimenter largement. »

Comme les premières opérations de M. Calot datent de décembre 1895, c'est-à-dire des jours qui suivirent le Congrès de chirurgie, il semble bien que les tentatives déjà faites par son ami M. Chipault aient été pour quelque chose dans sa détermination.

Les deux auteurs ne diffèrent que sur un point, le mode suivant lequel ils assurent le maintien de la correction obtenue.

L'un ligature les apophyses épineuses et immobilise l'opéré sur une planche.

L'autre résèque, au contraire, volontiers les apophyses épineuses et enferme son malade dans un immense appareil plâtré. M. Calot soutient même que c'est dans la bonne construction de cet appareil qu'est le secret des succès qu'il obtient.

Je le veux bien. Mais le point vraiment original du procédé, comme je le disais il y a un instant, n'est-il pas la correction forcée et en un seul temps de la difformité ?

Aussi semble-t-il que M. Chipault avait raison de nous dire que « sans contester à son collègue et ami Calot le rôle important de vulgarisateur qu'il a joué, il réclamait pour lui-même la priorité (idée et exécution) de la réduction en un temps sous chloroforme des gibbosités pottiques ».

Il m'a paru du moins équitable de mettre sous les yeux de l'Académie les pièces de ce petit procès de revendication scientifique.

III

J'en viens à la dernière des trois communications que je

vous rappelais en commençant ce rapport — celle toute recente de M. Ménard (de Berck), 11 mai 1897.

Avec M. Ménard nous entendons une tout autre cloche. Il condamne absolument les tentatives de ses confrères; il les considère comme dangereuses et forcément inefficaces.

M. Ménard regrette d'abord qu'avant de pratiquer une opération telle que le redressement forcé d'une colonne vertébrale tuberculeuse, les chirurgiens qui l'ont conseillée n'aient pas essayé de se rendre compte de la nature et de la gravité des désordres que de pareilles manœuvres peuvent produire.

Il a cherché à combler cette lacune par des expériences sur le cadavre et l'examen des pièces conservées dans les musées. Il est venu vous soumettre les conclusions qu'il a cru pouvoir tirer de cette étude.

Le premier point qu'il met en relief est que, malgré la dislocation de la colonne qui résulte de ce redressement forcé, la moelle et les méninges demeurent intactes. Et de fait, nous avons vu que, chez leurs opérés, MM. Calot et Chipault n'ont observé aucun phénomène de paralysie.

Par contre, dans un cas, M. Ménard a constaté la rupture de la membrane qui limitait une collection purulente au niveau de la gibbosité. Le contenu de cette collection aurait été, chez le vivant, déversé dans le médiastin.

Mais le fait anatomique sur lequel M. Ménard insiste surtout est le suivant : le redressement forcé produit nécessairement l'écartement des deux segments de la colonne osseuse malade, et par suite la formation d'une vaste caverne qui mesure, d'après les expériences de M. Ménard, 2, 4, 6 centimètres de haut et même plus.

Pour que la guérison suive une pareille intervention, il faut nécessairement que cette vaste cavité se comble, et se comble à l'aide d'un cal osseux solide.

Si ce cal ne se forme pas, et si la cicatrice est seulement fibreuse et rétractile, la gibbosité, lorsque le soutien fourni par l'appareil plâtré sera supprimé, se reproduira forcément.

Or, tout ce que l'on sait de l'histoire du mal de Pott permet de prévoir que c'est la seconde de ces deux alternatives qui se produira.

Il est facile, en effet, de constater dans les autopsies et sur les pièces des musées que le périoste des vertèbres, dans le mal de Pott, est profondément altéré et détruit et ne produit de tissu osseux nouveau à aucune période de l'évolution de la maladie; on ne trouve chez les sujets guéris aucune trace d'hyperostose à la surface des vertèbres malades opérés dans leur intervalle.

Il peut se faire, au sommet de l'angle de la gibbosité, par suite de la fusion de plusieurs vertèbres entre elles, un véritable cal osseux résistant, mais en avant, entre les corps vertébraux rapprochés par la flexion, subsistent toujours des intervalles occupés par des cavités tuberculeuses, nullement comblées par du tissu osseux.

Est-il admissible qu'un travail de régénération et de consolidation puisse se produire à la suite de manœuvres dont le premier effet est d'augmenter considérablement l'écart entre les segments malades ?

On sait que cette consolidation fait ordinairement défaut dans les arthrites tuberculeuses du genou et de la hanche, alors que les surfaces sont maintenues intimement en contact. Combien plus ne manquera-t-elle pas pour l'arthrite vertébrale dans les conditions créées par le redressement, c'est-à-dire par l'écartement forcé des os malades ?

De ces considérations dont je résume les parties essentielles, il résulte pour M. Ménard la conviction que, dans les gibbosités accentuées, les seules, suivant lui, justiciables du redressement forcé, la bosse doit fatalement se reproduire ; que mieux vaut donc n'y pas toucher.

IV

A mon tour de conclure et d'essayer de prendre parti entre des opinions diamétralement opposées.

Il est un point sur lequel tout le monde sera, je crois, d'accord, c'est que certaines gibbosités devront être absolument respectées, et cela pour les raisons bien mises en lumière par M. Ménard. Ce seront celles où l'écart produit par le redressement sera tel que la consolidation sera matériellement impossible. Pour M. Ménard, ces cas sont de beaucoup les plus nombreux.

Il en sera du moins ainsi, certainement, lorsque la bosse datera de quatre, cinq ans et plus.

A la crainte de voir, en pareille circonstance, la difformité se reproduire, on peut ajouter la possibilité d'accidents immédiats qui ne feront peut-être pas toujours aussi complètement défaut que dans l'heureuse série de M. Calot : ruptures des méninges adhérentes et hémorragies intrarachidiennes, lésions des vaisseaux du médiastin et des organes intrathoraciques; ouvertures d'abcès et de foyers tuberculeux avec infection consécutive, ou même tuberculose généralisée par suite du réveil d'une lésion qui demeurait isolée et enkystée, etc., etc.

Toutes ces éventualités sur lesquelles M. Lambotte (d'Anvers), dans un article récent, appelait avec raison l'attention, ne sont pas tellement improbables que l'on ne doive les faire entrer en ligne de compte, lorsqu'il s'agit de redresser des bosses déjà anciennes.

Je sais bien que, chez l'un des opérés de M. Calot, la difformité très accentuée avait plus de quatre ans d'âge, et que non seulement le redressement n'a eu aucun effet immédiatement fâcheux, mais que la correction paraissait se maintenir. Je dis *paraissait* car l'opération ne datait, en décembre dernier, que de quatre mois. Que si, chez cet enfant, la colonne reste droite après ablation de son appareil, force sera bien de reconnaître qu'une fois encore les faits peuvent avoir raison contre les meilleures théories. Mais je le répète, ce fait démonstratif, nous le demandons, il n'existe pas encore.

A l'autre extrémité de la série se placent les gibbosités récentes, celles qui datent de cinq, six, sept et neuf mois. Je comprends que pour celles-ci on tente le redressement forcé. J'ai pu récemment assister mon collègue et ami, M. Brun, dans deux opérations de ce genre, auxquelles il avait bien voulu me convier, et j'ai pu constater avec quelle facilité la correction était obtenue, et, en apparence, au plus grand bénéfice des malades. Je ne sais si la guérison sera, de la sorte, plus rapide : du moins, on peut espérer qu'elle sera sans difformité.

M. Calot nous a présenté deux enfants opérés dans ces conditions et guéris. Le résultat est encourageant et autorise de nouvelles et semblables tentatives.

Restent les cas intermédiaires, gibbosités de deux, trois, quatre ans au plus, dans lesquels la détermination à prendre est assurément plus difficile.

En voici la preuve :

Des quatre malades opérés par M. Calot, et amenés ici

libres de tout appareil, il en est deux, je l'ai dit, dont la gibbosité datait de deux à trois ans.

Or, la pièce si démonstrative que nous a montrée M. Ménard, celle sur laquelle le redressement pratiqué sur le cadavre avait produit un écart de plus de 4 centimètres de hauteur, correspondant à la destruction de trois corps vertébraux, vaste hiatus dont la disparition par consolidation osseuse paraît *à priori* impossible, avait été recueillie sur un enfant dont l'affection ne remontait pas à plus de trois ans.

Qu'est-ce à dire? Sinon qu'il importe de tenir compte, au point de vue des décisions à prendre, non seulement de l'âge de la lésion mais aussi de son degré.

Avant d'agir, il serait donc bon de pouvoir connaître le nombre des vertèbres atteintes. Il suffirait pour cela, d'après M. Ménard, de compter extérieurement les apophyses épineuses appartenant nettement à la courbure pathologique. A ce nombre correspond habituellement celui des corps vertébraux détruits.

Si l'on arrive, par ce moyen, à se convaincre que ceux-ci le sont sur une hauteur telle que la cavité produite par le redressement doive nécessairement rester béante, mieux vaut assurément s'abstenir, alors même que la gibbosité daterait de moins de trois ans. Dans le cas contraire, on serait autorisé à agir, même si la bosse avait cet âge.

Je m'efforce, vous le voyez, Messieurs, de préciser les indications de l'intervention, tout en ne me dissimulant pas que ces distinctions manquent encore de la base solide que peut seule donner une observation clinique prolongée.

De fait, la question est encore à l'étude. Les recherches se poursuivent en ce moment. Il faut attendre les résultats définitifs, qui manquent encore, dans le plus grand nombre des cas, pour pouvoir préciser dans quelles limites il est permis de compter, non pas seulement sur la correction de la gibbosité, mais sur une correction durable.

Sachons gré cependant à MM. Calot et Chipault de nous avoir montré que le redressement brusque des gibbosités du mal de Pott est souvent possible et possible sans danger. Mais remercions aussi M. Ménard de nous avoir mis en garde contre de trop grandes audaces, pouvant conduire à de cruelles désillusions.

Non, Messieurs, en dépit de certaines affirmations, qui n'ont trouvé que trop d'écho dans le public, le jour n'est pas encore venu, où il n'y aura plus, la chirurgie aidant, de bossus en ce monde.

On empêchera sans doute, mieux que par le passé, la formation de gibbosités considérables, en s'attaquant aux déviations pottiques dès leur début. Mais il est à craindre que la bosse confirmée, déjà vieille et accentuée — redressable peut-être, mais fatalement vouée à la récidive — ne reste à jamais au-dessus des ressources de notre art.

Trop heureux serais-je, si les faits viennent montrer que les réserves, dont je n'ai pu me défendre et que j'ai cru devoir formuler en votre nom, sont exagérées.

ÉTUDE SUR L'ANGINE DIPHTÉRITIQUE

Par le docteur Jules GUILLEMAUT.

Conclusions. — Si les découvertes de Lœffler, Behring et Roux ont permis d'établir la nature de la diphtérie et ont doté notre thérapeutique d'un sérum curatif, il ne faut cependant pas admettre que, dans le diagnostic de l'angine diphtérique, l'investigation bactériologique doit désormais l'emporter sur l'examen clinique.

La constatation du bacille de Lœffler, tel qu'il nous est décelé par la simple culture et les réactions colorantes, ne permet pas d'affirmer à coup sûr un processus diphtérique. Les signes cliniques de l'angine diphtérique conservent, dans la pratique, une valeur capitale et ne doivent pas être rejetés au second rang.

La présence du bacille dans les exsudats constitue une indication parfois précieuse, mais ne saurait à elle seule permettre d'établir un diagnostic absolu, puisque le bacille de Lœffler se rencontre fréquemment dans certaines angines bénignes et dans la gorge de personnes saines.

Lorsque l'angine diphtérique est bien caractérisée au point de vue clinique par l'aspect et la topographie des exsudats ou que les symptômes constatés font craindre une extension au larynx ou une forme toxique, le diagnostic peut être posé immédiatement et l'injection peut être pratiquée sans retard, et sans qu'il soit besoin d'attendre les vingt-quatre heures nécessaires à la culture bactériologique, délai qui peut compromettre sérieusement le pronostic.

D'autre part, le bacille de Lœffler signalé dans les angines suspectes, sans fausses membranes, doit exciter la vigilance du clinicien et lui faire surveiller de près le malade : mais l'examen bactériologique ne peut à lui seul commander immédiatement l'injection d'un agent thérapeutique qui doit être manié avec une certaine prudence.

En résumé, l'importance du diagnostic clinique de l'angine diphtérique s'impose : actuellement l'investigation bactériologique n'est pas à elle seule suffisante pour donner un diagnostic et un pronostic exacts. Si la présence du bacille coïncide avec les manifestations de la maladie, elle corrobore le diagnostic; si ces dernières manquent, on pourra supposer que l'on se trouve en présence d'un bacille non virulent ou d'un pseudo-bacille. Dans la plupart des cas, l'observation clinique reste, en conséquence, le guide le plus sûr pour fixer les indications thérapeutiques.

FISTULES LATÉRALES

CONSÉCUTIVES A L'URANO-STAPHYLORRAPHIE (1)

Par le docteur EHRMANN (de Mulhouse).

Dans la pratique de l'urano-staphylorraphie, il faut prendre des précautions destinées à éviter l'enroulement transversal des lambeaux et la persistance fistuleuse des incisions libératrices qui, trop souvent, en résulte.

La longueur exagérée des incisions libératrices est une des causes de cet enroulement. Aussi on doit se faire une règle de limiter l'étendue de ces incisions à ce qui est strictement nécessaire pour assurer un affrontement libre de toute tension.

Il est plus essentiel encore de veiller à ce que le travail de réparation de ces plaies y marche toujours parallèlement. Si besoin est, on le ralentira dans l'une d'elles, soit par l'interposition de mèches, soit même par une reprise du décollement.

Quand on recourt à l'opération en deux temps espacés, il est d'importance majeure de ne pas attendre plus de sept jours pour appliquer la suture. Si, par suite d'une cause générale ou de l'inobservation des règles précédentes, la fistule est acquise, le procédé habituel en pont est applicable à sa guérison, mais à la condition formelle d'employer la méthode en deux temps, dont cette fois on exagérera les délais, car une moyenne de dix à quinze jours est indispensable en raison de la fragilité de la muqueuse cicatricielle

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 617.

dénuée de périoste pour l'amener à une vascularisation efficace.

Chez les enfants, plusieurs décollements successifs, à des semaines ou à des mois d'intervalle, peuvent devenir nécessaires avant d'en arriver à la suture, quand la bandelette résultant du premier décollement n'est pas suffisamment étoffée ou que, par le fait de sa mollesse, elle s'est trop fortement rétrécie.

Les considérations qui précèdent sont également applicables aux cas où, par le fait d'un trop grand écartement osseux, les surfaces qui limitent une division congénitale ne seraient pas susceptibles de fournir un volet assez large, pour en déterminer, de prime abord, l'occlusion; les ouvertures latérales qui, dans ces conditions, survivent à l'uranoplastie, pourront toujours — sauf les cas extrêmes — être comblées par la membrane reproduite à la surface de l'os dénudé.

De ce chef se trouve élargi, au delà des limites autrefois admises, pour nombre de sujets jusqu'ici réputés incurables, le champ de l'intervention chirurgicale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juin 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

RAPPORTS

Kyste du corps de Wolf. — M. BLANCHARD fait un rapport sur une observation adressée par M. Magalhaës sur un exemple de kyste du corps de Wolf.

Traitement de la gibbosité pottique par le redressement brusque. — M. MONOD donne lecture d'un rapport sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 656.)

M. PÉAN se déclare partisan des sages réserves que vient de faire M. Monod. Toutefois il signale, parmi les cas dans lesquels il a fait des tentatives de redressement par cette méthode, celui d'une jeune fille de quinze ans, atteinte d'une gibbosité pottique avec paraplégie et douleurs ayant jusqu'ici résisté à tous les traitements, et condamnée à rester au lit depuis près de deux ans. Sous l'influence du redressement brusque, non seulement les douleurs et la gibbosité ont immédiatement disparu, mais la paraplégie elle-même a peu à peu diminué et cette jeune fille peut aujourd'hui se servir de ses jambes. M. Péan ajoute que, dans la méthode dont il s'agit, il n'y a pas seulement le redressement, il y a aussi les appareils contentifs qui, depuis longtemps, rendent les plus grands services dans le traitement des maux de Pott, surtout lorsque la lésion siège dans la région dorso-cervicale.

M. BERGER fait observer que, dans bien des cas analogues à celui que vient de citer M. Péan, la paraplégie disparaît d'elle-même, sans qu'il ait été fait aucun redressement de la gibbosité. M. Berger ne considère donc pas la paraplégie comme une indication suffisante du redressement brusque.

M. LE DENTU adopte entièrement les conclusions de M. Monod. Il ne croit pas, comme lui, qu'il faille repousser, sans examen, l'idée juste, en somme, d'une proposition de redressement de la colonne vertébrale. C'est là, évidemment, une idée acceptable en principe. Il faut se reporter au temps où pareille proposition a été faite pour le genou. A cette époque, le redressement brusque du genou a trouvé de grandes résistances. Il en est de même aujourd'hui du redressement de la colonne vertébrale. Quant à la paraplégie, il est vrai qu'elle peut disparaître d'elle-même. Cette paraplégie, d'ailleurs, peut reconnaître diverses causes. M. Le Dentu ne croit pas, par exemple, que le redressement puisse avoir aucune influence sur la paraplégie d'origine pachyméningitique. Il ne saurait donc considérer la paraplégie comme une indication du redressement brusque.

M. Le Dentu ajoute qu'il faut tenir compte des objections présentées par M. Ménard et appuyées sur des constatations anatomiques. En somme, M. Le Dentu se rallie aux conclusions de M. Monod; il accepte, dans une certaine mesure, l'application du redressement brusque au traitement de certaines gibbosités pottiques. C'est une question d'indication et il faut savoir se mettre en garde contre l'entraînement irréfléchi du public.

M. PÉAN déclare n'avoir pas voulu poser en principe que la paraplégie était une indication du redressement brusque de la colonne vertébrale. Il a voulu simplement citer un fait intéressant dans lequel cette paraplégie a disparu à la suite de ce mode de redressement. M. Péan adopte très formellement les conclusions de M. Monod.

M. MONOD. Le procédé de MM. Calot et Chipault ne semble pas toucher à la moelle. Quant aux résultats définitifs, il croit qu'il faut être très réservé avant de se prononcer. Il peut se faire que de grandes cavités soient produites par l'opération forcée et qu'alors ces cavités ne puissent se combler, les résultats de l'opération seraient alors nuls. Dans d'autres cas, au contraire, les résultats pourront être excellents.

Tarsoptose et tarsalgie. — M. PÉAN fait un rapport sur un travail de M. Maurice Bloch, ayant trait au pied plat valgus douloureux.

M. BLOCH estime que le pied plat acquis douloureux, auquel il donne le nom de tarsoptose, est caractérisé par l'excès de laxité de ligaments qui relient entre eux et aux os voisins les trois cunéiformes et le cuboïde. Cet excès de laxité serait dû, suivant lui, à ce que les os et leurs articulations ne seraient plus assez solidement maintenus dans leurs rapports normaux par l'action des muscles jambiers antérieurs et péroniers latéraux. Il aurait remarqué que ces deux muscles, tout en étant antagonistes, ont un rôle commun qui est celui de maintenir la convexité du pied et tout particulièrement l'union des trois cunéiformes. En effet, dit-il, si l'un de ces muscles vient à succomber, et si l'autre ne vient pas à son aide, en vertu des lois de la synergie, ces os se disjoignent, et, le poids du corps aidant, s'abaissent de plus en plus du côté de la plante des pieds. Cet abaissement ne se fait pas seulement dans le sens vertical; il se fait en même temps dans le sens transversal et de dedans en dehors en refoulant le cuboïde. Il en résulte que, en même temps qu'il s'aplatit, le pied s'élargit du côté externe. Dans la majorité des cas, le bord interne du pied résiste à la déformation, à cause de la solidité plus grande des ligaments qui existent de ce côté.

Le traitement prescrit par l'auteur résulte naturellement de ces considérations. Pour corriger la déformation, il a imaginé un appareil dont il a donné la description et la figure dans le travail qu'il a présenté à l'Académie.

Cet appareil se compose : 1° d'une semelle métallique recouverte de liège du côté qui doit être appliqué sur la plante du pied; 2° d'une autre pièce métallique, plus petite, quadrilatère, qui est soudée à angle droit au bord externe de la précédente. Cette pièce est elle-même rembourrée à la manière d'un tampon, du côté qui doit être appliqué sur le bord externe du pied. Elle doit être placée au niveau du cuboïde, c'est-à-dire immédiatement en arrière de la saillie du cinquième métatarsien.

A l'aide d'un mécanisme, qui permet de faire varier une partie de cette seconde pièce, à la fois dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur, l'auteur parvient à refouler en dedans le cuboïde, par suite les trois cunéiformes, et à les immobiliser.

A ce moment, la douleur ainsi que la gêne de la marche

causées par la tarsoptose disparaissent, et le malade peut reprendre ses travaux, ainsi que j'ai pu m'en assurer chez plusieurs sujets des deux sexes qui ont été traités par cette méthode en ville et dans plusieurs hôpitaux.

Dans le travail qu'il nous a soumis, M. Maurice Bloch déclare qu'il n'y a pas lieu de conserver au pied plat acquis douloureux le nom de tarsalgie qui lui a été donné par Gosselin, et qu'il est préférable de lui donner celui de tarsoptose douloureuse, puisqu'il existe dans les articulations du tarse d'autres affections qui rendent la marche pénible, qui ont une symptomatologie différente et qui nécessitent un autre mode de traitement.

Ces affections, qui sont habituellement causées par le rhumatisme et surtout par les maladies nerveuses, en particulier les névrites, sont caractérisées par la douleur, dès que le malade appuie le pied sur le sol pour se lever ou pour marcher, par des troubles trophiques, moins limités du côté de la jambe, pouvant remonter aux cuisses, et plus particulièrement par l'absence du signe qu'il décrit sous le nom de cuboïdien, et qui serait pathognomonique de la tarsoptose. En effet, pour découvrir ce signe, il suffit d'appuyer avec le pouce sur la face externe du cuboïde, et de refouler cet os de dehors en dedans dans le sens des cunéiformes. S'il y a tarsalgie sans tarsoptose, le signe cuboïdien fait défaut; en pareil cas, le traitement consiste à immobiliser autant que possible toutes les articulations du tarse avec une semelle métallique pour empêcher les mouvements du tarse d'éveiller les douleurs qui se produiraient dès le premier temps de la marche.

COMMUNICATIONS

La sonde à demeure avec déambulation. — M. BAZY croit que cette méthode peut remplacer, dans beaucoup de cas, le méat hypogastrique.

Il a observé un malade de soixante-dix-sept ans, qui a conservé pendant dix-huit mois une sonde à demeure, tout en continuant à vaquer à ses occupations sans avoir eu d'accidents graves, à peine deux petites orchites. La sonde étant sortie et le malade n'ayant pu la réintroduire, son médecin M. Meyer introduisit une bougie filiforme le long de laquelle il urina pendant huit jours. Au bout de ce temps il se mit à uriner seul. Depuis dix mois il continue à uriner facilement sans sonde. Chez un autre malade, au bout d'un mois et demi, la sonde à demeure sort, et dès lors le malade urine seul.

Chez ces malades, porteurs de sonde à demeure, il se produit une atrophie manifeste de la prostate.

Grossesse extra-utérine coïncidant avec une grossesse normale. — M. TUFFIER lit un travail sur un cas de grossesse extra-utérine avec kyste fœtal sous-hépatique siégeant dans l'hypocondre droit. Cette femme eut une grossesse régulière durant laquelle elle se plaignit plusieurs fois de douleurs hépatiques. La grossesse vint à terme, l'accouchement fut normal; un mois après, crise hépatique avec ictère; un mois plus tard, accidents attribués à de la cholécystite. On commence la cholécystectomie et on tombe sur un kyste fœtal adhérent à la vésicule biliaire et contenant un fœtus macéré de cinq mois environ. La poche fut nettoyée, tamponnée et la guérison fut rapide.

Calculs de l'uretère. — M. DOYEN présente des calculs de l'uretère enlevés par la voie vaginale et par la néphrotomie.

I. Une malade présentait 25 calculs tétraédriques. Elle fut guérie par la taille vaginale. L'uretère, suturé, se cicatrisa par réunion immédiate.

II. Une autre femme, atteinte de pyélite double avec obstruction intermittente de l'uretère gauche, fut soumise à la radiographie et au cathétérisme des uretères. Ce dernier ne put être pratiqué, la sonde étant arrêtée après un court trajet. Douleurs au niveau du rein droit, et, à gauche, à l'extrémité terminale de l'uretère. La radiographie avait décelé, à l'écran, une tache sombre au niveau du bassinet droit. Néphrotomie à droite. Extraction d'un calcul urique du bassinet. La sonde reconnaît vers la terminaison de l'uretère la présence de calculs. Le toucher intra-vésical et vaginal, combiné au palper abdominal, permet de reconnaître, à droite, la sonde et plusieurs calculs, à gauche, une énorme pierre allongée.

Taille vaginale des uretères. Extraction à gauche d'un calcul uretéral de la grosseur du pouce et de 8 centimètres de longueur; à droite, d'un petit calcul tétraédrique. Deux autres fuient dans les profondeurs. L'un d'eux est sorti spontanément quelques jours après, l'autre a été extrait trois semaines après, dans une seconde séance, où fut pratiquée la vérification de la perméabilité des deux uretères. Guérison sans fistule rénale ni vaginale.

Le cathétérisme, de haut en bas, de l'uretère droit, avait été impossible, l'uretère étant coudé non loin de la vessie.

III. Dans un autre cas, les calculs furent extraits par la néphrotomie.

IV. Chez un jeune homme enfin, une pyélite calculeuse gauche détermina un abcès périnéphrétique, une perforation du diaphragme et une pleurésie purulente.

Pleurotomie, résection des dernières côtes, incision du diaphragme et tamponnement du foyer sous-phrénique. Quelques semaines plus tard, néphrotomie. L'uretère est cathétérisé par une incision du bord convexe du rein, de haut en bas, sur un conducteur, avec une longue sonde, qui est saisie dans la vessie à l'aide d'un lithotriteur n° 0, et attirée par le méat urinaire. Dilatation et lavages de l'uretère droit et de la vessie. Dilatation d'un rétrécissement uréthral. Guérison sans fistule rénale.

Conclusions : 1° L'uretère calculeux peut se couder près de la vessie et se trouver inaccessible au cathétérisme ascendant. Cette coudure s'oppose également au cathétérisme descendant, pratiqué par une incision du rein.

2° Dans le cas de calculs bilatéraux de l'uretère, la taille uretérale par le vagin peut être pratiquée des deux côtés dans une même séance et combinée à la néphrotomie unilatérale.

3° L'incision du rein sur sa convexité, que Doyen pratique depuis dix ans, est la meilleure voie pour atteindre le bassinet. Elle se ferme seule, si l'uretère est perméable.

PRÉSENTATION

M. DOYEN présente un instrument malléable pour l'extraction par la voie rénale des calculs de l'uretère et un cathéter métallique malléable et perforé pour l'exploration de l'uretère et pour en faciliter le cathétérisme vers la vessie en cas de coudure.

Radiographie. — MM. DOYEN ET HOUDIN ont photographié une série de calculs biliaires et urinaires, une corne, des pièces osseuses et sur une même plaque et avec le même temps de pose. Les calculs biliaires sont peu visibles sur le négatif, de même que la corne. Les calculs urinaires sont aussi opaques que les pièces osseuses, d'un volume analogue. Ils peuvent être aperçus à l'écran au travers de la cuisse. La tache noire reconnue à l'écran devait donc être le calcul du bassinet extrait par la néphrotomie, d'autant mieux que MM. Doyen et Houdin ont pu reconnaître quelques jours après dans la tête, en plein lobe occipital et avec le même écran, une balle de revolver dont la situation a été précisée par deux photographies prises l'une de profil, l'autre d'avant en arrière, et qui n'ont nécessité que vingt-cinq à trente minutes de pose. M. Doyen présente ces photographies.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Aide-mémoire de médecine militaire, MALADIES ET ÉPIDÉMIES DES ARMÉES (1), par le docteur A. COUSTAN, médecin-major de première classe.

On n'est pas malade au régiment de la même manière qu'au foyer.

S'il est vrai que le groupe militaire tout entier soit enclin aux mêmes maladies que la collectivité civile, les nécessités du service renforcent dans des proportions souvent considérables son aptitude à les contracter. De ce fait, certaines maladies sont beaucoup plus fréquentes dans l'armée que dans la population, si l'on considère les groupes de même âge; et c'est pourtant en faveur de l'armée qu'on a pris, au recrutement comme au conseil de revision, les meilleurs sujets.

D'autre part, le soldat est exposé, par les nécessités de la vie militaire, à contracter d'autres affections que ne connaîtront pas ceux qui n'ont jamais servi.

Il y a donc des maladies que la profession militaire crée ou aggrave, d'autres dont elle multiplie simplement les sévices banals. Et c'est pourquoi il y a une médecine d'armée, ayant pour objet l'étude des maladies, internes ou externes, observées sous les drapeaux.

L'aide-mémoire de médecine militaire passe en revue tout ce qui se rattache aux maladies internes et épidémies des armées : maladies générales, maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, du système nerveux, de la peau, maladies vénériennes.

M. Coustan a passé de longues années dans l'armée, en France, en Algérie et aux colonies. Il a publié de nombreux mémoires sur la médecine d'armée, couronnés par l'Académie des sciences, l'Académie de médecine et le ministère de la Guerre. Il était donc, mieux que tout autre, préparé à écrire ce *Manuel de médecine militaire*.

CORRESPONDANCE

Les tables de régime dans les villes d'eaux.

Paris, le 3 juin 1897.

Monsieur le rédacteur en chef,

Un des éléments de la prospérité croissante d'un certain nombre de stations thermales étrangères réside dans les facilités qu'ont les malades d'y suivre un régime alimentaire approprié à leur état morbide et qui favorise l'action de la cure thermale. Ce régime est assuré soit par l'habitude du service à la carte, soit par des « tables de régime ».

Préoccupé de mettre les stations françaises au niveau de celles d'outre-Rhin, le Syndicat des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France a chargé l'un de ses membres, M. le docteur Janicot, de lui présenter un rapport « sur les tables de régime à organiser dans certaines stations thermales » (2).

La création de ces tables de régime se heurte malheureusement à d'assez grosses difficultés, provenant surtout des hôteliers et un peu des malades.

Nous avons été unanimes à penser, avec celui de nos collègues qui a été chargé d'étudier la question, que la première chose à faire pour tourner ces difficultés était de demander au corps médical son appui. Cet appui serait très efficace si, chaque fois qu'un médecin envoie un malade justiciable d'un régime à une station thermale, il lui recommandait de demander la « table de régime », ou, à son défaut, le service à la carte, dirigé par le médecin. Pour se renseigner à ce point de vue, les malades n'auraient qu'à écrire, avant de partir, au médecin auquel ils sont adressés.

C'est pour nous assurer cet appui du corps médical, en vue d'une réforme aussi utile, que nous vous prions, monsieur le rédacteur en chef, de vouloir bien nous prêter la publicité de votre estimable journal. Nous vous remercions d'avance.

Agréez, etc.

Pour le Syndicat des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France,

Le Conseil d'administration :

Albert ROBIN, président,
Marcellin CAZAUX, secrétaire général,
Maurice BINET, trésorier.

(1) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Ce rapport a paru dans les nos du 27 mai et du 3 juin courant de la *Gazette des Eaux*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 2 juin : MM. Boulloche, 19; Caussade, 18; Bezançon, Enriquez et Sée, 17.

Séance du 4 juin : MM. Renon, 19; Lyon, 18; Hudelo, Nageotte et Thérèse, 17.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 2 juin : MM. Glantenay, 26; Auvray, 24; Genouville et Souligoux, 22.

Séance du 4 juin : MM. Thiéry, 28; Cazin, Raymond et Reblaub, 23.

— *Concours du prosectorat.* — Épreuve d'anatomie du 5 juin, « Rapports du rein » : MM. Gosset et Frédet, 19; Savariaud et Cunéo, 18; Baudet, 17; Wiart, 15.

Épreuve de physiologie du 9 juin, « Du pouls » : MM. Savariaud, 18; Frédet, 17; Baudet, 16; Cunéo et Gosset, 15.

— Par décision ministérielle, en date du 3 juin 1897, M. Brault, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire du Dey, à Alger, est placé dans la position hors cadre.

— Par décision ministérielle, en date du 7 juin 1897, M. Simonin, médecin-major de deuxième classe, surveillant à l'École du service de santé militaire à Lyon, est désigné pour l'hôpital militaire de Bordeaux (laboratoire de bactériologie); M. Georges, médecin aide-major de première classe au 26e d'infanterie, est désigné pour occuper l'emploi de surveillant à l'École du service de santé militaire à Lyon.

— Sont maintenus en exercice pour une période de trois ans, à dater du 1er novembre 1898 : MM. Denigès, agrégé de chimie, et Barthe, agrégé de pharmacie près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux; Beauvisage, agrégé d'histoire naturelle près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon; Guérin, agrégé de chimie près la Faculté de médecine de Nancy.

— Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Marseille vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Camille Juge.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bonnans (de Bordeaux); Ab. Clermont (de Paris); Corties (de Gentilly); Nepveu (de Brain) et Saladin (d'Aubenas).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

LE SAMEDI 26 JUIN 1897

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, d'une fourniture de *250 kilogrammes d'éponges* nécessaires au service de la Pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, nº 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'emploi des solutions salines en injections massives.

Par MM. DELAMARE et DESCAZALS,
Internes des hôpitaux de Paris.

I

HISTORIQUE. — La transfusion du sang de l'homme ou d'un animal remonte à la découverte de la circulation (1628); mais l'idée de remplacer le sang par une solution artificielle est due à Hermann.

Pendant la première invasion du choléra en Europe (1830), frappé de l'épaississement du sang à la période algide, il proposa de le diluer en injectant de l'eau dans les veines. Jœhrnichen (de Moscou), guidé par cette théorie, injecta, dans les veines d'une femme agonisante, de l'eau légèrement acidulée d'acide nitrique.

D'autres tentatives furent faites, toujours dans des cas de choléra; à l'étranger, par Thomas Latta de Leith (1832), par Craigie, Gerdwood, Laurie, Weatherill; en France, par Magendie (1832), Duchaussoy (1855), Colson (de Beauvais), Hérard et Oulmont [de Paris] (1866), Lorain (1868), Dujardin-Beaumetz (1873).

Ces injections, d'un liquide que l'on cherchait à rendre aussi semblable que possible au sérum sanguin, furent appliquées plus tard au traitement d'affections autres que le choléra. Jolyet et Laffont (1) firent les premières recherches dans ce sens (1878) en injectant dans des cas d'anémie aiguë une solution à 5 p. 1000 de chlorure de sodium. Un an après, Kronecker et Sander, en Allemagne, après une série d'expériences, préconisent l'emploi d'injections salines dans les hémorragies mortelles. En 1881, Schwartz [de Halle (2)] confirme ces expériences et fixe même à 500 centimètres cubes la dose minima à injecter chez l'homme. Cette même année (8 octobre), Bischoff (de Bâle) fit, avec succès, une transfusion d'eau salée dans un cas d'hémorragie puerpérale grave. Il injecta par l'artère radiale 1250 grammes d'une solution de chlorure de sodium à 6 p. 1000, additionnée de quelques gouttes de potasse caustique. En Angleterre, C. Egerton Jennings (1882) emploie systématiquement dans les cas d'hémorragie puerpérale les transfusions d'eau salée, tantôt isolément, tantôt combinées avec des injections de sang complet.

Quand le choléra fit son apparition en France, en juillet 1884, le professeur Hayem (3) érigea la transfusion de sérum artificiel en une véritable méthode de traitement, dont il précisa les indications et la technique. MM. Lesage, Mathieu et Galliard continuèrent l'application de cette méthode qui se répandit également à l'étranger. Pendant l'épidémie de Hambourg (1892), MM. Rumpf, Schede, Rieder, Heyre, Mouchot l'employèrent avec succès.

Jusqu'à ces derniers temps, les injections salines n'étaient donc employées que dans le traitement de l'algidité et du collapsus cholériques et dans l'anémie aiguë post-hémorragique; elles étaient uniquement destinées à suppléer à l'insuffisance de la quantité de liquide contenu dans l'organisme. Depuis, leur emploi tend à se généraliser de plus en plus.

Les expériences de MM. Dastre et Loye (4) sur le lavage du sang ont été le point de départ de l'application de la transfusion à la thérapeutique des maladies infectieuses; les injections sont employées pour favoriser l'élimination de certains principes toxiques.

M. Sahli [de Berne (5)], 1890, cherche à faire bénéficier la thérapeutique de ces recherches et pratique chez des malades atteints de diverses infections (fièvres typhoïdes graves, auto-intoxications de l'urémie, du coma diabétique) des injections hypodermiques massives d'une solution de 6 à 7 p. 1000 de chlorure de sodium. Il obtint des résultats satisfaisants.

MM. Porak et Bernheim [1893 (6)] n'eurent aussi qu'à se louer des injections sous-cutanées d'eau salée employées comme diurétique dans le traitement de l'albuminurie gravidique grave.

Plus récemment encore, un certain nombre de chirurgiens ont constaté que la transfusion hypodermique ou intraveineuse pouvait rendre de grands services dans le shock chirurgical et dans la plupart des infections (Delbet, Lejars, Jayle, Duret, Tuffier, etc.). Cette nouvelle application est d'ailleurs encore une conséquence des recherches expérimentales de Dastre et Loye.

Dans l'étude qui va suivre, nous laisserons de côté tout ce qui a trait à l'emploi du sérum dans la thérapeutique du choléra. Ce mode de traitement, devenu classique, est trop connu pour que nous revenions sur les nombreux travaux

qu'il a suscités et dont nous avons d'ailleurs mentionné les principaux. Nous nous attacherons surtout à mettre en lumière les recherches plus récentes faites sur l'emploi des injections de sérum dsns les hémorragies et dans les infections, quelle que soit leur nature.

II

Physiologie expérimentale. — 1° *Hémorragies.* — Bien que l'idée de suppléer à la perte d'une certaine quantité de sang par l'injection d'un liquide artificiel remonte à Conheim, qui, en 1869, fit sa célèbre expérience de la grenouille salée, Jolyet et Laffont (1) firent les premières recherches expérimentales sur ce sujet (1878). Ils ranimèrent des animaux exsangues en leur injectant de l'eau salée à 1/2 p. 100 (solution des histologistes) et montrèrent que cette « eau salée agit simplement en remplaçant le sang perdu comme masse et en faisant remonter la tension artérielle qui est une des conditions essentielles de la vie ». Si l'eau pure n'a pas la même action, c'est qu'elle altère les globules sanguins.

M. Hayem (3) a fixé à 1/19 du poids du corps la quantité de sang qu'il faut soustraire en une seule fois à un chien adulte, bien portant, pour le faire tomber dans un état d'anémie aiguë, fatalement mortel. En retirant une quantité moindre, 1/20 du poids du corps, un certain nombre d'animaux survivent. On peut cependant, dans ces conditions, sauver les animaux anémiés en leur faisant soit une injection de sérum, soit une transfusion de sang complet qui donne encore de meilleurs résultats.

Mais ces injections n'agissent pas seulement en restituant la masse du sang et en rétablissant la pression sanguine nécessaire à l'excitation des centres bulbaires. Elles ont, de plus, une action hémostatique. M. Hayem a, en effet, constaté que la transfusion produit l'hémostase en augmentant la coagulabilité du sang ; et, fait assez curieux, la transfusion du sang pur, qui lui avait donné les meilleurs résultats pour ranimer ses chiens anémiés, a une action hémostatique inférieure à celle des solutions salines.

MM. Faney (7), Fourmeaux (8) et Delbet (9) ont cherché à déterminer la valeur hémostatique de l'eau salée injectée dans le sang dans les cas d'hémorragie. M. Pierre Delbet, dont les expériences ont été publiées en détail dans la thèse de Mourette (10), pratiquait sur le chien des saignées et des injections intra-vasculaires successives. La plasticité du sang avait tellement augmenté qu'il se coagulait en sortant des vaisseaux. Faney et Fourmeaux se mettaient dans des conditions d'expérimentation différentes; ils produisaient des hémorragies en nappe en sectionnant, le premier, le couturier d'un chien, le second, le grand fessier d'un lapin. Ils pratiquaient ensuite des injections interstitielles de sérum artificiel et voyaient, au bout de trois minutes dans un cas, de une minute et demie dans l'autre, l'écoulement sanguin s'arrêter spontanément, tandis que, chez les animaux témoins, l'hémorragie durait beaucoup plus longtemps.

Le liquide injecté active la migration des hématoblastes hors de leurs centres hémato-formateurs ; ces hématoblastes, destinés à remplacer les hématies perdues par la saignée, arrivent dans un sérum sanguin encore assez riche en fibrine et servent de point de départ à la formation du caillot.

Les injections de sérum artificiel dans les hémorragies répondent donc à une double indication : elles relèvent la pression sanguine et favorisent l'hémostase. Ces deux actions sont en apparence difficiles à concilier, car l'augmentation de la tension vasculaire pourrait faire craindre un redoublement de l'hémorragie ; la propriété coagulante de l'injection écarte presque complètement ce danger. Cependant M. Fourmeaux fait remarquer avec raison qu'il est imprudent de faire d'emblée une injection massive. En présence d'une hémorragie grave, dont la source est inaccessible (hémorragie intestinale de la fièvre typhoïde, hémoptysie, etc.), il faut d'abord rechercher l'action hémostatique du sérum injecté, et, pour cela, commencer par de petites doses répétées. Au bout de quelques heures, quand le caillot est formé, on pratique de nouvelles injections destinées à relever la pression sanguine ; mais il faut agir avec beaucoup de prudence et rester même un peu au-dessous de la tension normale.

2° *Maladies infectieuses.* — La période critique des maladies infectieuses est presque toujours marquée par des sueurs profuses et une diurèse abondante. L'hypertoxicité des urines émises à ce moment semble indiquer que l'organisme se débarrasse de poisons résultant soit de combustions fébriles exagérées, soit de l'activité des microbes eux-mêmes. Il était donc tout indiqué de chercher à produire ou favoriser cette élimination par l'emploi de purgatifs, sudorifiques et diurétiques. Le rôle du rein comme émonctoire est tellement prépondérant qu'on a cherché à favoriser son action en relevant la pression sanguine. C'est dans ce but que M. le professeur Debove recommande à ses typhiques de boire le plus possible (6 à 7 litres de liquide par vingt-quatre heures). C'est cette idée qui a conduit les cliniciens à agir plus directement sur l'émonctoire rénal en injectant des liquides dans les veines ou le tissu cellulaire ; ils cherchaient ainsi à pratiquer un véritable lavage du sang.

MM. Dastre et Loye entreprirent une série de recherches dans ce sens. Ils montrèrent qu'on peut introduire par l'appareil circulatoire une quantité considérable d'eau salée (quadruple du volume du sang et même au delà) sans provoquer chez l'animal le moindre accident, si les reins sont en bon état; car cet organe rejette pendant l'opération l'excès d'eau introduite. Mais si la quantité de liquide est indifférente, il n'en est pas de même de la vitesse avec laquelle on l'injecte. Cette vitesse ne doit pas dépasser chez le lapin 3 centimètres cubes par minute et par kilogramme, chez le chien 1 centimètre cube. « Il n'y a pas de dose toxique, mais une vitesse toxique. »

Dans une nouvelle série d'expériences, ils cherchèrent si ces injections n'avaient pas une action éliminatoire sur les poisons introduits dans l'organisme. Après avoir injecté à des animaux (lapins, chiens) soit des cultures de microbes pathogènes, soit leurs toxines, ils pratiquaient chez eux le lavage du sang. Malheureusement les animaux en expérience mouraient toujours avant les animaux témoins, soit par diminution plus ou moins considérable de la résistance vitale, soit par diffusion, dans tout l'organisme, de la matière nocive, dont l'envahissement, sans cela, eût été plus lent.

Telles étaient les explications de MM. Dastre et Loye. Mais il est probable que la quantité énorme de liquide qui traversait l'organisme contribuait pour une grande part à l'insuccès de ces expériences ; car les cliniciens qui pratiquèrent dans des cas d'infection des injections moins abondantes obtinrent des résultats satisfaisants. Sahli (de Berne), avec 1 litre de solution physiologique, soulageait des

typhiques et des urémiques. Il fut d'ailleurs imité par les médecins et les chirurgiens qui, pour la plupart, n'eurent qu'à se louer des bons effets de la transfusion.

Certains cliniciens font précéder l'injection d'une saignée. M. Bosc, qui a employé le premier méthodiquement la saignée-transfusion (1893), insiste dans un article récent (11) sur ses avantages. Elle se trouve particulièrement indiquée dans les auto-intoxications graves, comme l'urémie, et dans les intoxications d'origine infectieuse, comme le choléra. La saignée, largement pratiquée (300 à 400 grammes), enlève une grande quantité de toxine; la transfusion agit dans le même sens en diluant les poisons qui restent; elle fixe l'hémoglobine des globules rouges (Mayet), diminue le pouvoir globulicide du sérum (Castellino) et provoque les phénomènes critiques que nous étudierons plus loin.

M. Barré (12) pratique simultanément l'extraction du sang et l'introduction du sérum. Il emploie la voie veineuse et injecte une quantité de sérum égale à celle du sang retiré. Il donne à ce procédé le nom de « Désintoxication du sang »; le remplacement du liquide organique par la solution artificielle se fait ainsi sans secousse brusque. Après l'opération, il y a évidemment une diminution notable des globules rouges; mais, comme le dit M. Barré, « il est préférable d'avoir une longue convalescence, par suite d'anémie, que de mourir avec ses globules au complet ». Quant à la phagocytose, elle n'est pas entravée par la saignée, car le nombre des globules blancs est généralement doublé ou triplé le lendemain de la saignée, qui provoque une véritable crise leucocytique (Moret).

3° *Intoxications.* — Les expériences de MM. Dastre et Loye sur les infections conduisirent à des recherches analogues dans les cas d'empoisonnements. Magendie avait déjà fait des recherches sur l'influence que peuvent avoir les variations de la masse sanguine pour favoriser ou retarder l'absorption des poisons. M. Roger (13), dès 1888, reprit et compléta ces expériences lorsqu'il fit ses recherches sur les effets des injections intra-veineuses d'eau salée dans les intoxications. A cette époque, il se servit de sulfate neutre d'atropine qu'il injectait par une veine tout en faisant pénétrer par une autre veine une certaine quantité de solution physiologique. Ces premiers résultats furent négatifs. Depuis, le même auteur a employé dans de nouvelles expériences du sulfate de strychnine. Il commençait par introduire dans les veines d'un lapin une solution salée à 6 p. 1000, et cinq minutes après il injectait sous la peau un demi à 2 milligrammes de sulfate de strychnine. La résistance de l'animal n'était pas modifiée et était même parfois diminuée quand il n'injectait que de faibles doses de sérum; mais les injections plus considérables retardaient et atténuaient les accidents.

M. Roger explique ces bons résultats d'injections intra-veineuses d'eau salée sur les effets des injections sous-cutanées de sulfate de strychnine par une absorption plus lente, une élimination plus rapide et une modification du pouvoir réactionnel des centres nerveux.

Si, au contraire, on injecte le poison dans les veines, l'absorption se fait beaucoup plus rapidement et les animaux qui ont reçu la solution salée succombent avant les témoins. Cependant, si on injecte très lentement dans les veines cette solution toxique diluée, l'élimination peut se faire au fur et à mesure de l'imprégnation de l'organisme.

Du reste, dans une nouvelle série d'expériences, M. Roger a établi que, outre l'augmentation de la sécrétion urinaire, les injections intra-veineuses d'eau salée favorisent l'élimination des substances toxiques introduites ou formées dans l'organisme. Après injection de ferro-cyanure de potassium dans la veine auriculaire d'un lapin, ce corps apparaît deux fois plus vite dans l'urine quand on a fait une injection préalable d'eau salée à l'animal. Le sulfindigotate de soude a donné à l'auteur des résultats plus évidents. Sous l'influence d'une injection de 15 à 20 centimètres cubes d'une solution à 3 p. 100 de cette substance, les muqueuses et la peau se colorent en bleu. Si on pratique ensuite une injection d'eau salée, les muqueuses, au bout de deux heures et demie, ont repris leur coloration normale, ce qui ne se produit que beaucoup plus tardivement chez les animaux témoins.

Cette expérience si concluante met de plus en lumière un fait intéressant; elle montre, en effet, que l'eau salée agit sur les éléments glandulaires, car Heidenhain a prouvé que le sulfindigotate de soude s'élimine par l'épithélium des tubes contournés.

MM. Chassevant et Got (14), à la suite d'expériences faites avec de la strychnine, pensent que les injections intra-veineuses d'eau salée permettent l'élimination du poison en protégeant le système nerveux contre son action toxique.

III

Résultats des injections. — Après avoir indiqué les recherches expérimentales faites dans le but de déterminer l'action physiologique des solutions salées sur l'organisme, nous allons maintenant étudier les effets de ces injections sur chaque organe, en particulier. Ajoutons que la composition du liquide a peu d'influence sur leurs résultats, car Chéron a pu formuler cette loi : « Toutes les injections hypodermiques produisent des effets identiques, quel que soit le liquide introduit sous la peau, à condition que ce liquide ne soit pas toxique. La différence ne porte que sur l'intensité plus ou moins grande du phénomène produit. »

Température. — Pendant l'injection, la pression sanguine augmente, le pouls devient perceptible, régulier, la dyspnée diminue, la température s'élève graduellement que la maladie soit hypo ou hyperthermisante.

Pendant les trente ou quarante secondes qui suivent l'injection on n'observe aucun autre phénomène. Puis le malade passe par deux phases que M. Bosc appelle : période de réaction critique et période post-critique, et qu'il résume ainsi : « La première débute par un frisson violent, une sensation de froid intense, et se marque par un pouls qui redevient fréquent, inégal, irrégulier, une respiration accélérée, difficile, des phénomènes de spasme, de crampes et même d'excitation cérébrale : une élévation rapide de la température dans l'aisselle et le rectum jusqu'à un maximum thermique élevé, 39°8, 40°5, 40°8 dans l'aisselle; 40 degrés, 41°5 dans le rectum.

Cette phase de froid est suivie d'une phase de chaleur. Comme dans l'accès paludéen, la face est vultueuse, les conjonctives injectées, la respiration fréquente, haletante, le pouls très accéléré (150, 160, 180), mais énergique : les réflexes tendineux sont exagérés; la température se maintient élevée avec des sensations vives de chaleur à la peau. Puis les phénomènes diminuent progressivement, et la température descend à la normale; le pouls et la respiration s'améliorent.

C'est là la période de réaction qui dure environ trois heures; c'est une véritable action critique avec miction, diarrhée, sueurs.

Dans la deuxième période, la température se fixe et reste à la normale définitivement dans les cas de guérison, ou pour vingt-quatre ou quarante-huit heures, s'il doit se produire une rechute.

Ces résultats concordent d'une façon générale avec ceux de MM. Debove et Bruhl (15). Ces auteurs ont, dans 48 cas sur 50, constaté une élévation thermique variant de 0°5 à 1°5. Cette fièvre souvent non sentie par le malade ne durait pas vingt-quatre heures et avait son maximum au bout de six à dix heures. Ces expériences, qui portaient sur des injections sous-cutanées, ont montré, de plus, qu'il y avait pour l'organisme une véritable accoutumance. Au bout de quatre à cinq injections, le malade ne réagissait plus. Cette diminution de l'hyperthermie, à mesure que se répétaient les injections, a été aussi observée par M. Fourmeaux.

Circulation. — Pendant l'injection, les battements du cœur deviennent perceptibles, se régularisent, sauf dans les cas où l'arythmie est sous la dépendance d'une affection cardiaque. La pression se relève; le pouls, d'ailleurs, traduit ces modifications et suit la marche de la température.

C'est ainsi que pendant le frisson de la période de réaction, les inégalités reparaissent, sa fréquence devient considérable. Après le frisson, pendant la phase de chaleur, il reste aussi fréquent, mais ses pulsations sont égales et énergiques.

Dans la période post-critique, le pouls et la température redeviennent normaux.

Il est bon de faire remarquer que ces résultats heureux ne sont pas toujours obtenus dès la première injection, il faut quelquefois les renouveler deux et trois fois pour constater une amélioration durable dans la circulation.

M. André Claisse (16) a fait des recherches intéressantes sur la composition du sang après l'injection. Il a trouvé que la leucocytose si exagérérée dans la plupart des cas d'infection, diminue rapidement à la suite des injections. Dans deux cas, il a constaté, deux heures après l'injection, une diminution de moitié dans le nombre des leucocytes. Dans une autre observation, le retour des accidents infectieux a été précédé d'une nouvelle leucocytose, fait important au point de vue du pronostic.

Urines. — Pendant la réaction qui atteint parfois une intensité extrême, véritable orage, suivant l'expression de Bosc, il y a presque toujours une émission abondante d'urine. C'est une véritable diurèse critique. La densité des urines va rapidement en diminuant après chaque injection. Elles deviennent en même temps plus claires. Cependant, après plusieurs injections, M. Fourmeaux les a vues devenir de nouveau rougeâtres et au spectroscope elles présentaient les raies d'absorption de l'hémoglobine. Cette hémoglobinurie passagère s'explique par l'action du sérum sur les globules sanguins.

Les modifications chimiques de l'urine sont fort importantes. L'urée augmente d'une façon notable. Cette hyperazoturie avait d'ailleurs été déjà constatée par les anciens chimistes (Becquerel, Becker, Chassat, Voit, Weigelin) après l'absorption de grande quantité d'eau; le chlorure de sodium, pour Rabuteau, augmenterait aussi la proportion d'urée dans l'urine.

Les reins éliminent aussi activement le chlorure de sodium injecté, comme l'ont montré MM. Carrion et Hallion (17), dans leurs recherches sur l'influence des injections intravasculaires de chlorure de sodium, sur la constitution moléculaire de l'urine. Quel que soit le titre de la solution de chlorure de sodium injecté dans le sang d'un animal, on constate que la concentration moléculaire de l'urine et sa teneur en chlorure de sodium tendent toujours vers un rapport fixe.

L'albuminurie, quand elle est de nature infectieuse, ou simplement liée aux troubles circulatoires, disparaît assez rapidement, elle persiste, au contraire, dans les cas de néphrite; il ne faut, d'ailleurs, chez un malade, pratiquer les injections qu'avec une extrême prudence; l'œdème d'origine rénale étant, pour beaucoup d'auteurs, une véritable contre-indication.

Quant à l'augmentation de toxicité des urines critiques, elle est admise, elle fait partie intégrante de la théorie du lavage du sang. Plusieurs auteurs ont entrepris de la déterminer : MM. Carrion et Hallion, en prenant pour point de départ leurs recherches sur la constitution moléculaire de l'urine; M. Roger en étudiant la vitesse d'élimination de substances colorantes; mais jusqu'ici ce dernier seul a publié des résultats concluants. Il reste à déterminer par des expériences directes le pouvoir toxique des urines avant et après l'injection de solutions salines, en tenant compte des quantités de liquide injecté et d'urine émise.

Tube digestif. — Les injections de sérum agissent sur le tube digestif comme sur les autres appareils; elles facilitent son fonctionnement et provoquent souvent une diarrhée abondante qui fait partie du cortège des phénomènes critiques. Elles augmentent d'ailleurs la sécrétion de toutes les glandes. La salivation s'exagère et s'accompagne souvent de sensation de chaleur, de picotements dans la bouche (Lejars, Bosc). La langue redevient humide et la soif disparaît.

Poumon. — La congestion et l'œdème pulmonaire sont des accidents qui se rencontrent surtout dans les injections intra-veineuses et constituent une sérieuse contre-indication. L'élimination pulmonaire est activée, les crachats entraînent probablement, eux aussi, quelques toxines. La dyspnée disparaît. Le rythme respiratoire se régularise.

Glandes sudoripares. — La peau devient moite, souple, et cinq ou six heures après l'injection, quand l'hyperthermie du stade critique commence à disparaître, une abondante sudation vient activer la défervescence et contribuer pour sa faible part à l'élimination des poisons solubles et du chlorure de sodium. Les sueurs sont, en effet, d'une grande richesse en chlorure de sodium. D'abord acides, elles deviennent neutres au bout de quelques injections.

Système nerveux. — Quant au système nerveux, il est parfois légèrement surexcité à la suite de l'injection. On observe souvent un peu de subdélire, qui se calme, d'ailleurs, rapidement en même temps que la fièvre.

IV

Voies d'introduction. — On peut injecter le sérum artificiel par trois voies : 1° les séreuses; 2° les vaisseaux; 3° le tissu cellulaire sous-cutané.

1° *Les séreuses.* — Les injections intraséreuses ont presque toujours été faites dans le péritoine. Imaginées en 1879 par Ponfick, qui avait remarqué que le sang épanché dans les séreuses se résorbait rapidement, elles ont été étudiées par Bizzozzero et Golgi, puis par Foa et Pellacani. Leur emploi ne se généralisa qu'en Allemagne et en Italie.

Pour la pratiquer, après avoir fait une incision cutanée au-dessus de l'ombilic et pénétrant jusqu'à la ligne blanche, on enfonce comme un trocart l'aiguille qui termine le tube en caoutchouc. La perforation de l'intestin est excessivement rare; mais l'opération est toujours douloureuse et elle est souvent suivie de ballonnement du ventre. La moindre faute d'antisepsie peut, en outre, entraîner une péritonite mortelle. La transfusion intrapéritonéale est peu employée. Dans certains cas spéciaux, cependant, où l'injection intraveineuse ou sous-cutanée étaient impraticables, on s'en est bien trouvé [Hayem, Bernhard (18)].

Quant aux injections intrapleurales pratiquées par Bozzolo, nous ne ferons que les citer pour mémoire.

2° *Les vaisseaux.* — La voie artérielle n'a été que très rarement employée (Hutter). Il est toujours dangereux d'ouvrir une artère et le liquide injecté se répand plus lentement dans l'organisme; il faut, de plus, une pression considérable et on a cité un cas de gangrène de la main.

Les avantages de la voie veineuse sont nombreux. En premier lieu : la rapidité d'absorption, qui en fait un procédé de choix dans les cas urgents; l'effet produit est presque immédiat. En outre, quand le sang est fortement hydraté, le liquide injecté sous la peau n'est plus absorbé, tandis que par les veines il n'y a pas de limite à l'absorption. L'opération est aussi moins douloureuse que l'injection sous-cutanée.

Ces avantages sont largement compensés par un certain nombre d'inconvénients, qui font préférer à beaucoup de cliniciens les injections interstitielles. L'opération n'est pas sans effrayer le malade et éveiller quelques appréhensions dans son entourage et parfois même chez l'opérateur. La veine est souvent difficile à découvrir, surtout chez les femmes et les enfants. Quant à l'entrée de l'air, facile à éviter du reste, c'est un danger qui est loin d'être démontré. Les accidents septiques ont une plus grande importance; très rares dans un service hospitalier bien organisé, ils sont plus menaçants quand les aides et le matériel sont insuffisants, et l'on sait quelle gravité revêtent parfois les phlébites.

M. Pozzi (19), dans une récente discussion à l'Académie de médecine, s'est nettement prononcé en faveur des injections sous-cutanées, en insistant sur le danger de produire un œdème aigu du poumon lorsqu'on fait l'injection dans les veines; un grand nombre de chirurgiens, MM. Lucas-Championnière, Duret, Péan, préfèrent aussi la voie hypodermique.

D'ailleurs, les contre-indications de la méthode intraveineuse sont plus fréquentes; les lésions cardiaques et la faiblesse du myocarde en particulier, comme l'a montré M. Duret, doivent toujours faire préférer la méthode interstitielle.

3° *Le tissu cellulaire sous-cutané.* — Les effets physiologiques des injections pratiquées dans le tissu cellulaire sous-cutané étant les mêmes que ceux des injections intraveineuses, sauf leur vitesse d'apparition et leur persistance plus longue, comme l'a montré M. Bosc, on s'explique la préférence qui leur est accordée par la majorité des cliniciens. Le manuel opératoire, comme nous le verrons, est des plus simples, l'antisepsie est plus facile à pratiquer, et, en tout cas, lorsqu'ils viennent à se produire, les accidents septiques restent localisés et se réduisent à un abcès.

Les seuls inconvénients de cette méthode sont la douleur et la répétition des piqûres. La douleur, parfois très vive, surtout au début de l'opération, peut être en partie atténuée par la lenteur de l'injection, par le choix de l'injection, et surtout par l'addition au liquide employé de glycérine (Mathieu) ou d'acide phénique. Quant à la répétition des piqûres, elle n'est un ennui réel que dans les cas où on injecte une assez grande quantité de sérum artificiel; car en injectant une trop grande masse de liquide au même point, la peau fortement tendue et anémiée pourrait se sphacéler.

En résumé, les injections sous-cutanées répondent à presque tous les besoins et doivent, d'une façon générale, être préférées aux injections intraveineuses. Ces dernières, cependant, ont leurs indications spéciales et précises; elles permettent d'agir plus rapidement dans les cas urgents.

V

Indications. — Ce que nous avons dit jusqu'à présent sur la physiologie expérimentale et les résultats des injections de sérum nous permettra d'être bref sur leurs indications.

MM. Tuffier et Dujarier (20) distinguent trois séries de cas dans lesquels on pratique les injections : les hémorragies, les maladies infectieuses médicales, et les infections chirurgicales et obstétricales. Les expériences de M. Delbet et de M. Roger permettent d'ajouter un quatrième groupe, celui des empoisonnements.

Hémorragies. — Nous avons vu que les injections avaient une double action : elles relèvent la tension artérielle et agissent comme hémostatique. Si on peut atteindre le foyer de l'hémorragie et pratiquer une hémostase complète, l'injection n'a qu'un but, relever la tension vasculaire. Dans les hémorragies graves, en effet, il reste en général un nombre de globules rouges suffisant pour entretenir la vie, mais dont la vacuité des vaisseaux empêche la circulation et partant l'utilisation; l'injection, en rétablissant la pression vasculaire, permet à ces globules sanguins de rentrer dans la circulation.

Dans ces cas, les injections devront être massives d'emblée et on ne devra pas hésiter à recourir à la voie veineuse, dont les effets sont beaucoup plus rapides. Quant à la quantité de liquide à injecter, elle variera de 1 à 3 litres, suivant l'état du blessé. Du reste, on doit se laisser guider par les résultats obtenus, car on sait qu'il n'y a pas de dose toxique, mais une vitesse toxique. L'injection pourra être répétée les jours suivants, jusqu'à relèvement définitif de la tension vasculaire. D'ailleurs, quand on aura conjuré tout péril immédiat on remplacera les injections intraveineuses par des injections interstitielles, en diminuant la dose s'il y a lieu.

On s'adressera surtout à la propriété coagulante des injections salines, dans les hémorragies dont le foyer est inaccessible, ou qui sont dues à une modification du sang, telle que l'hémophilie. Les hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde, les hématémèses de l'ulcère de l'estomac (21), l'hémoptysie de la tuberculose, certaines hémorragies utérines (métrite, cancer, fibrome), sont autant de cas où les injections salines sont indiquées. Il en est de même de certains purpura rebelles dont la cause est bien difficile à déterminer, mais dans lesquels l'insuffisance de la coagulabilité du sang joue certainement un rôle (Delbet). Il faut alors employer les petites injections sous-cutanées ne dépassant pas 100 à 200 grammes; non pas que l'hypertension soit à craindre immédiatement, mais parce qu'une plus grande dilution diminue le pouvoir coagulant (Fourmeaux). Au

bout de quelques heures, quand on suppose que le caillot est suffisamment adhérent, on pratique une injection massive unique de 500 à 800 grammes, destinée cette fois à combattre l'hypotension.

C'est dans le même ordre d'idées qu'on a proposé de faire une injection préventive avant de pratiquer une opération grave chez un sujet anémié ou hémophilique.

Les injections de sérum ont été employées récemment par M. Chauffard (22) pour combattre l'hypotension chez un malade atteint de tachycardie essentielle paroxystique. Il se trouvait, d'ailleurs, en présence d'un cas très grave, alors que toutes les médications usitées en pareil cas avaient échoué.

Sous l'influence d'une injection de 1 250 grammes, la pression remonta de 13 à 21 centimètres et les symptômes d'asystolie disparurent en moins de une heure.

Maladies infectieuses. — Dans les infections médicales le lavage du sang a souvent donné de bons résultats. Nous laissons de côté son action chez les cholériques, les injections agissent ici surtout en augmentant la tension vasculaire et en hydratant les tissus. MM. Hayem, Galliard, Fernet, Mathieu ont publié de remarquables travaux sur ce sujet.

Dans les maladies infectieuses le myocarde est souvent atteint; aussi, avant d'intervenir, il est indispensable d'examiner, non seulement l'état du filtre rénal, mais encore la puissance du muscle cardiaque. Cependant, M. Dalché (23) a pratiqué avec succès, chez un malade atteint d'endocardite infectieuse, cinq injections intra-veineuses de 1 litre chacune, en cinq jours consécutifs. Dans un autre cas terminé par la mort, cet auteur, en présence de la faiblesse du myocarde, n'osa pratiquer de grand lavage. L'autopsie révéla d'ailleurs une altération profonde de l'organe.

Il cite un troisième cas de néphrite interstitielle compliquée de myocardite; une saignée de 250 grammes suivie de l'injection de 650 grammes de sérum, ne put vaincre l'anurie mais provoqua un accès d'urémie suivi d'une diarrhée abondante.

On le voit, les accidents cardiaques ne sont pas nécessairement une contre-indication à la transfusion, qui peut, comme l'ont montré MM. Dalché et Chauffard, amener des améliorations durables, en agissant soit par lavage du sang, soit en augmentant la tension.

Les affections rénales bénéficient beaucoup moins des injections salines; on ne peut, en effet, exiger d'un rein altéré ce qu'on obtient difficilement d'un rein sain. Cependant, les injections peuvent être pratiquées chez un malade présentant de l'albuminurie infectieuse, chez un typhique par exemple. M. Fourmeaux cite même quelques urémiques guéris de leurs accidents comateux ou convulsifs, par des injections salines de 200 ou 300 grammes, précédées, il est vrai, de saignées.

Le cas rapporté par M. Bosc est beaucoup plus instructif. Un malade atteint de néphrite parenchymateuse, éliminant de 10 à 14 grammes d'albumine, est pris d'urémie avec anasarque considérable. Trois jours de suite on pratique des injections sous-cutanées de 100, 150 et 200 grammes de sérum amenant chaque fois une légère détente avec un peu de diarrhée et une faible augmentation des urines. Après la troisième injection, il se produit une diarrhée intense qui persiste deux jours et s'accompagne d'évacuation d'urine abondante; l'anasarque disparaît avec une très grande rapidité et l'accès d'urémie est terminé en quelques jours.

Cette observation nous montre que l'œdème n'est pas une contre-indication, pas plus que l'abondance de l'albuminurie. Les injections doivent être peu abondantes et surtout pratiquées dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il ne faut pas hésiter à les répéter jusqu'à production de l'effet thérapeutique.

Dans les affections de l'appareil respiratoire, les injections de sérum ont été peu employées.

M. Delbet a rapporté un cas d'angine avec infection pulmonaire, et M. Bosc un cas de pneumonie traités par des injections de sérum. Ce dernier a injecté, après une saignée de 120 grammes, 600 centimètres cubes de sérum dans le tissu cellulaire de l'abdomen. La malade fut momentanément améliorée, mais malgré deux nouvelles injections, suivies, elles aussi, d'amélioration passagère, elle succomba au bout de cinq jours avec des symptômes d'insuffisance cardiaque. A l'autopsie on trouva une pneumonie double avec un œdème pulmonaire généralisé. Cette dernière lésion, comme l'a fait remarquer M. Pozzi, est un des accidents les plus fréquents des injections intra-veineuses : peut-être chez un malade dont le poumon est un locus minoris resistentiæ, cet accident a-t-il pu être provoqué par des injections sous-cutanées pratiquées même avec la plus grande prudence ?

Dans les maladies du tube digestif, au contraire, les injections de solutions salines ont donné de meilleurs résultats.

Dans l'infection intestinale des nourrissons, M. Barbier (1) a employé la méthode sous-cutanée avec quelques succès.

M. Bosc a rassemblé un certain nombre d'observations de fièvres typhoïdes traitées par des injections intra-veineuses. Ces cas, comme il le fait remarquer, sont à rapprocher des injections dans le choléra. Les opérateurs obéissaient aux mêmes indications, et les résultats obtenus sont tout à fait comparables. C'est la même réaction critique, qui, au lieu de partir de 34 degrés par exemple, comme dans le choléra, part de 39 degrés pour s'élever à 40 degrés et même 41 ; puis on a une descente assez rapide ramenant la température à 37 degrés dans les cas heureux et s'accompagnant de mictions, de diarrhées, de sueurs profuses.

L'ictère grave, parmi les affections hépatiques, est la seule qui, à notre connaissance, ait été traitée par les injections sous-cutanées. M. Fourmeaux cite un cas de guérison dans sa thèse, mais M. Cury (cité par M. Dalché) ne put obtenir chez sa malade qu'une amélioration passagère.

Les injections intraveineuses d'eau salée ont été employées récemment par M. Reclus (25), dans un cas de rage confirmée chez un jeune malade qui avait suivi trop tardivement le traitement de l'Institut Pasteur. Une injection de 1 300 grammes amena une amélioration immédiate, mais de fort courte durée, car, deux heures après, l'enfant était mort.

Par contre, elles ont amené la guérison dans deux cas de tétanos soignés par M. Tuffier (26).

Ajoutons en terminant cette revue rapide des cas médicaux dans lesquels les injections de sérum ont été pratiquées, que là ne doivent pas se borner les indications de cette méthode; dans beaucoup d'autres infections médicales, et surtout dans les pyrexies contagieuses telles que la rougeole, la variole, la scarlatine, l'état du malade pourra s'améliorer sous l'influence d'injections d'eau salée précédées ou non de saignées.

Infections chirurgicales et obstétricales. — A la suite des

grandes interventions qui deviennent actuellement de plus en plus fréquentes, on voit parfois se produire des accidents graves, dus presque toujours à la septicémie. Cette redoutable complication est surtout à craindre chez les malades qui ont subi une opération portant sur les organes abdominaux ou pelviens (laparotomie, hystérectomie vaginale, etc.).

Sans faire une étude clinique de la septicémie, rappelons que, suivant la rapidité de son évolution et la gravité de ses symptômes, on la divise en : septicémie suraiguë, septicémie aiguë et septicémie chronique. La première forme, presque foudroyante, tue les malades parfois en moins de vingt-quatre heures; souvent ils reprennent à peine connaissance après l'opération et semblent succomber au choc. La seconde forme ou septicémie aiguë est beaucoup plus fréquente. Le pouls s'élève à 130, 140, il est faible et misérable, le facies est grippé, les yeux s'excavent, le malade tombe rapidement dans le collapsus. C'est dans ces cas que les injections massives rendent de grands services et opèrent parfois de véritables résurrections.

Malgré les réserves faites par quelques chirurgiens (Lucas-Championnière, Pinard), presque tous les opérateurs s'accordent pour reconnaître les grands avantages de cette pratique; il n'y a de divergence que sur quelques points secondaires. MM. Péan, Pozzi, Duret (27) préconisent l'emploi des injections sous-cutanées; tandis que MM. Th. Anger, Michaux, Monod (28), Delbet, Jayle (29), Lejars (30), Tuffier sont partisans des injections intra-veineuses; ces derniers d'ailleurs ne sont pas exclusifs et pratiquent, suivant l'urgence ou l'intensité des effets qu'ils veulent obtenir, tantôt des injections intraveineuses, tantôt des injections sous-cutanées.

Il est impossible de fixer des règles précises pour cette intervention : dans chaque cas particulier, on se guidera sur l'état du malade qui peut être infecté antérieurement à l'opération, sur l'anémie causée par la perte de sang qu'il a éprouvée du fait du traumatisme ou de l'opération; enfin il faudra surveiller, avec le plus grand soin, les premiers signes de septicémie, c'est-à-dire l'agitation du malade, la fréquence du pouls, la céphalée, ce qui constitue en un mot une alerte chez un opéré. Si ces différents symptômes permettent de temporiser, on se contentera d'une injection sous-cutanée de 500 à 800 grammes. Mais si la réaction tarde à se produire, on n'hésitera pas à pratiquer l'injection de 1500 à 2000 grammes de solution saline dans une veine. Le plus souvent, d'ailleurs, c'est par là qu'il faudra commencer; il faut savoir, en effet, que sous une apparente bénignité, la septicémie aiguë surprend souvent par la rapidité de son évolution. En outre, comme le fait remarquer M. Delbet, l'absorption dans le tissu cellulaire sous-cutané doit être très lente quand la masse du sang n'est pas diminuée par une hémorragie. Or, dans la septicémie, il faut agir rapidement; le lavage du sang produira des effets d'autant meilleurs qu'il aura été précoce. Il peut d'ailleurs, sans aucun inconvénient, être renouvelé dès que les accidents infectieux apparaissent de nouveau. On a pu ainsi faire passer jusqu'à 26 litres de solution saline en neuf jours (cas de Lejars). Pour cet auteur, d'ailleurs, « les injections massives de sérum artificiel sont susceptibles de fournir d'excellents résultats : 1° au début des grandes infections; 2° dans les infections confirmées péritonéales et autres; 3° dans les états mixtes où la résistance organique moindre, résultant de l'anémie, du choc, de l'infection chronique, etc., crée un terrain tout prêt pour les accidents infectieux aigus. »

Quant à la septicémie chronique ou plutôt retardée, la lenteur de son évolution la rapproche des maladies infectieuses médicales et, le plus souvent, les injections sous-cutanées suffiront à faire disparaître les accidents.

Dans les pyélites, M. Delbet préconise l'hématocatharsise, les injections salines agissent non seulement contre l'élément toxémique, mais elles produisent, comme cet auteur l'avait prévu, une action directe sur la pyélite. En effet, après chaque injection, la polyurie critique réalise un véritable lavage du bassinet et de l'uretère. Chez un malade atteint de polyurie trouble, à la suite d'un phlegmon urineux, une série d'injections intra-veineuses et sous-cutanées amena le rétablissement de la température à la normale, la diminution des urines et leur éclaircissement.

En obstétrique, les injections de sérum artificiel ne rendent pas des services moindres.

Nous avons vu plus haut de quelle utilité étaient ces injections dans les grandes hémorragies. Les métrorragies de la grossesse ou de la délivrance ont été souvent combattues avec succès par la transfusion.

Quant aux infections puerpérales, elles se rapprochent trop des infections chirurgicales, pour que nous nous étendions longuement sur leur traitement par les injections de sérum. Rappelons les heureux résultats de Bosc, ceux de Duret, obtenus simplement par des injections sous-cutanées. La plupart des accoucheurs préfèrent d'ailleurs cette voie à la voie intraveineuse, qu'ils réservent pour les cas désespérés.

Cette méthode semble appelée à rendre de grands services dans l'albuminurie gravidique grave et dans l'éclampsie. MM. Porak et Bernheim considèrent l'éclampsie comme une auto-intoxication, dont le pronostic est lié, le plus souvent, aux caractères et aux quantités de l'urine émise. La gravité de l'éclampsie et de l'albuminurie est en rapport inverse de la quantité d'urine. C'est donc comme diurétique que ces auteurs proposent l'injection hypodermique d'eau salée. Ces injections, il les ont pratiquées largement (2 litres en vingt-quatre heures). Sur 14 femmes traitées uniquement par l'injection de la solution salée, 1 seule succomba.

Ces résultats sont d'autant plus intéressants que l'albuminurie de la néphrite chronique est rarement améliorée par cette médication.

Dans les empoisonnements, les injections de sérum artificiel sont appelées à rendre de grands services. Les recherches de M. Roger montrent que les injections intraveineuses entravent plus ou moins l'absorption des poisons introduits dans l'organisme ou y ayant pris naissance. Elles agissent d'abord pour cet auteur comme un puissant stimulant en combattant l'adynamie et le collapsus. Elles n'aident que faiblement à l'élimination du poison et ne pratiquent que bien peu le lavage de l'organisme. Telles sont les conclusions de M. Roger.

VI

Manuel opératoire. — 1° *Injections sous-cutanées.* — On doit choisir pour pratiquer l'injection une région dont le tissu cellulaire très lâche se laisse facilement distendre. L'aisselle, la région sous-scapulaire, le flanc, l'abdomen, la fesse se prêtent très bien à l'injection. Le point choisi sera

aseptisé avec soin. De la main gauche, on fait un pli à la peau et de la droite on enfonce franchement l'aiguille ou le trocart, préalablement stérilisé, en évitant les veines superficielles. Quelques auteurs préfèrent l'injection profonde intramusculaire; dans ce cas, on enfonce de préférence l'aiguille dans la cuisse ou la région fessière.

Bien des instruments ont été employés pour obtenir une vitesse et une pression constantes, tout en évitant l'introduction de l'air dans le tissu cellulaire. L'appareil de Burlureau se compose d'un flacon muni à sa partie supérieure d'un manomètre et d'un tube par lequel on comprime de l'air; il porte à sa partie inférieure un ajutage auquel on adapte un tube de caoutchouc à l'autre extrémité duquel se trouve la canule.

Sahli se servait d'un flacon fermé par un bouchon à trois ouvertures donnant passage à un thermomètre, à un tube garni d'ouate où se filtrait l'air et à un autre tube plongeant au fond du flacon et réuni par un tube de caoutchouc à l'aiguille.

On peut, d'ailleurs, se contenter d'un vide-bouteille que l'on adapte à un flacon quelconque, d'un bock ou même d'un simple entonnoir. Tous ces instruments devront être stérilisés avec soin; aussi a-t-on intérêt à choisir les moins compliqués.

2° *Injections intraveineuses.* — On les fait généralement dans une des veines superficielles du bras; il est plus facile cependant de pratiquer la transfusion dans la saphène interne au niveau de la malléole; elle repose en ce point sur un plan osseux; elle est facile à trouver, même chez les sujets gras, et son calibre est plus considérable que celui des veines du pli du coude. En outre, l'introduction d'un peu d'air, en ce point très éloigné du cœur, offre peu de danger. Il faut inciser la peau au bistouri, effondrer le tissu cellulaire plus ou moins adipeux de cette région et charger la veine sur une sonde canelée. Puis on incise la veine au bistouri ou aux ciseaux en taillant un petit lambeau en V ou en U. On introduit dans l'orifice la canule d'où on a laissé couler un peu de liquide pour chasser les dernières bulles d'air contenues dans le tube. Quelques-uns après avoir dénudé la veine y plongent le trocart sans incision préalable.

L'instrumentation pourra être la même que celle de l'injection sous-cutanée. Mentionnons, cependant, les divers appareils à transfusion (de Hayem, de Collin, etc.) employés lors des épidémies cholériques, mais généralement délaissés à l'heure actuelle pour des instruments plus simples et d'une stérilisation plus facile.

VII

Liquides employés. — Nous ne ferons point ici l'histoire de la transfusion sanguine, et nous ne rappellerons pas les nombreux essais tentés dans le but d'empêcher la coagulation du sang injecté, cause assez fréquente d'embolies. Du reste, les expérimentateurs ne tardèrent point à s'apercevoir que, dans la plupart des cas, le liquide injecté agissait beaucoup plus par sa masse que par sa composition.

Jähruschen qui fit la première injection de sérum artificiel, en 1830, employa de l'eau légèrement acidulée d'acide acétique.

Plus tard, en 1832, un médecin écossais, Thomas Latta, se servit avec succès de la solution suivante :

Chlorure de sodium. . . .	3 à 5 grammes.
Sous-carbonate de soude .	1gr70
Eau.	3l400

et l'injectait à doses massives, 3 litres et plus en une même séance.

Il fallait donc une solution que l'on pût injecter en grande quantité, inoffensive pour les éléments figurés du sang et incapable de déterminer une réaction chimique en présence des sels contenus dans le sang.

Pour remplir ces conditions, les expérimentateurs ont cherché une solution se rapprochant autant que possible de la composition du sérum sanguin. MM. Jolyet et Laffont employèrent la solution des histologistes, renfermant 5 p. 1000 de chlorure de sodium.

Schwartz (de Halle), après Kronecker et J. Sander, proposa la formule suivante :

Chlorure de sodium.	6 grammes.
Solution caustique de potasse ou de soude	II gouttes.
Eau.	1 litre.

Symmann ajoute à la solution salée à 6 p. 1000, 1 gramme de bicarbonate de soude par litre; Landerer 3 grammes de sucre de canne, et Jennings quelques gouttes d'ammoniaque pour empêcher la coagulation.

Sidney Binger propose l'addition à la solution salée de petites quantités de sels de chaux et de potasse, afin de relever l'énergie du cœur.

Plus tard, Kronecker, admettant que la solution à 6 p. 1000 altère les globules sanguins, en porta la dose à 7,30 p. 1000.

En 1884, à la suite de ses belles recherches pendant l'épidémie de choléra, Hayem s'était arrêté à la formule suivante :

Eau distillée	1000 grammes.
Chlorure de sodium	5 —
Sulfate de soude	10 —

Un nombre considérable de solutions ont été proposées depuis : mais avant de citer les plus usitées, il importe de faire connaître le résultat des travaux de MM. Bosc et Vedel (31) sur l'action des diverses substances qui entrent dans la composition des solutions salées (solutions simples) ou chlorurées-sodiques (solutions composées).

Ces auteurs ont d'abord déterminé le rôle du véhicule.

L'eau distillée n'entraîne immédiatement la mort qu'à doses élevées (90 à 102 centimètres cubes chez le lapin par kilogramme). Mais sa toxicité éloignée, même à doses faibles (30 et 20 centimètres cubes chez le lapin), est très considérable et serait due, pour M. Maurel (32), à son action destructive sur les globules rouges. Il faut donc la rejeter comme véhicule de toute substance à introduire directement dans le sang.

L'eau ordinaire tue immédiatement aux mêmes doses que l'eau distillée, mais aux doses encore élevées de 120 à 130 centimètres cubes par kilogramme chez le chien, de 45 à 50 chez le lapin elle n'a aucun effet nuisible. Elle produit, en outre, une élévation légère de la température (0°6 à 1 degré) et une diurèse abondante. On pourrait donc à la rigueur l'introduire dans le sang.

Solution salée simple. — MM. Bosc et Vedel ont employé la solution de chlorure de sodium à 10 p. 100 chez le lapin, et à 7 p. 100 chez le chien. Ces solutions fortes ne tuent qu'à doses élevées (4 à 5 grammes par kilogramme chez le lapin et 3 à 4 grammes chez le chien) et ne présentent pas de danger tant que la solution de chlorure de sodium injecté

ne dépasse pas le triple de la quantité de ce même sel contenu dans le sang.

Les solutions faibles à 5 et 7 p. 1000 ne sont pas toxiques, alors même qu'on triple la masse du sang. Elles ralentissent la respiration, accélèrent le cœur, élèvent la température rectale de 2 degrés environ et provoquent une diurèse abondante. Pour les auteurs, ces effets seraient indépendants de la vitesse de l'injection et de la température du liquide. La solution à 7 p. 1000 est plus active que celle à 5 p. 1000 sur la diurèse et la calorification et doit être préférée à cette dernière.

Solutions composées (Solution de chlorure de sodium et de sulfate de soude, parties égales à 7 p. 1000). — Cette solution chlorurée-sodique a toujours donné les mêmes résultats que la solution salée simple; il s'ensuit que l'adjonction de sulfate de soude ne serait d'aucune utilité et même, d'après Mayet, ce sel serait nuisible pour les globules rouges.

M. Dastre (33) pense que, si la solution salée à 7 p. 1000 n'altère pas les globules rouges, elle a par contre une action certaine sur les globules blancs. Pour remédier à cet inconvénient, M. Dastre propose d'ajouter à la solution une substance albuminoïde, la gélatine par exemple.

M. Malassez (34) croit, au contraire, que les globules rouges se gonflent par osmose et augmentent de volume sous l'influence de la solution à 7 p. 1000 de chlorure de sodium. La solution à 10 p. 1000 lui a paru donner de meilleurs résultats.

Quelques auteurs ont conseillé après les accidents aigus de se servir d'une solution plus riche pour combattre les accidents asthéniques graves. Chéron injecte tous les deux ou trois jours 5 à 10 grammes de sérum, dont voici la formule bien connue :

Acide phénique neigeux. . .	1 gramme.
Chlorure de sodium.	2 grammes.
Phosphate de soude.	4 —
Sulfate de soude	8 —
Eau distillée.	100 —

Dans le but de supprimer, au moins en partie, la douleur de l'injection, on a ajouté diverses substances à la solution. C'est pour atteindre ce résultat que Chéron emploie l'acide phénique. Notre maître, M. A. Mathieu, se sert avec non moins de succès de la glycérine et nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'étudier dans son service les bons effets de la formule suivante :

Sulfate de soude . .	6 grammes.
Phosphate de soude.	4 —
Chlorure de sodium.	1 gramme.
Glycérine	20 centimètres cubes.
Eau distillée q. s. pour	100 —

Il est inutile de multiplier à l'infini les formules des divers sérums employés. Ce que nous avons dit des recherches de MM. Bosc, Vedel, Malassez, montre assez dans quelles limites, en somme assez étroites, peut varier le titre de ces solutions.

La stérilisation du liquide employé est un point très important et très délicat. Beaucoup se contentent de l'ébullition; mais si l'on veut porter la solution à une température plus élevée, on se servira de l'autoclave. On ne stérilisera que dix minutes à 115 degrés, sans quoi il se forme avec les parois du verre des sels d'alumine très toxiques, comme l'ont bien montré les recherches de M. Voisin.

La température du sérum devra être de 40 degrés environ, car les manipulations et le passage dans les tubes suffiront à le refroidir de quelques degrés.

Au reste, pour éviter le refroidissement trop rapide du liquide injecté en masse sous la peau, il est bon de recouvrir la région de linges chauds et secs.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(1) Jolyet et Laffont. Soc. de biol., 9 nov. 1878. — (2) Schwartz. Th. d'agrég. de Halle, 1881. — (3) Hayem. Traitement du choléra, *Bull. de thérap.*, 1882; — *Le sang*; — *Presse méd.* — (4) Dastre et Loye. Le lavage du sang, *Arch. de physiol.*, 15 août 1888; — Nouvelles recherches de l'injection de l'eau salée dans les vaisseaux, *Arch. de physiol.*, 1889; — Lavage du sang dans les maladies infectieuses, *C. R. de la Soc. de biol.*, 6 avril 1889. — (5) Sahli (de Berne). *Samml. klin. Vort.*, 1890, nº 11. — (6) Porak et Bernheim. Congr. obst. de France, 1896. — (7) Faney. *Traitement des hémorragies par le sérum salé*, Th. de Paris, 1896. — (8) Fourmeaux. *Des injections sous-cutanées massives de solutions salines*, Th. de Paris, 1896. — (9) Delbet. L'hématocatharsise, *Presse méd.*, 22 fév. 1896 et 6 janv. 1897. — (10) Mourette. Th. de Paris, 1896. (11) Bosc. *Presse méd.*, juin 1896, nos 45 et 47; fév. 1897, nº 11. — (12) Barré. *Rev. de thérap. méd.-chir.*, 1896. — (13) Roger. *Presse méd.*, 18 nov. 1896. — (14) Chassevent et Got. *C. R. de la Soc. de biol.*, 28 nov. 1896. — (15) Debove et Bruhl. Soc. méd. des hôpit., 22 mars 1895. — (16) A. Claisse. Soc. de biol., 18 juillet 1896. — (17) Carrion et Hallion. Soc. de biol., 25 juillet 1896. — (18) Bernhard. *Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aerzt.*, 1er nov. 1889. — (19) Pozzi. *C. R. de l'Acad. de méd.*, 30 juin 1896. — (20) Tuffier et Dujarier. *Gaz. hebd.*, nov. 1896, nº 94. — (21) Weber. *Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aerzt.*, 1er janv. 1890. — (22) Chauffard. *Bull. méd.*, 22 avril 1896, nº 33. — (23) Dalché. *Gaz. des hôpit.*, 21 janv. 1897. — (24) Barbier et Deroyer. *Bull. méd.*, 29 nov. 1896, nº 95. — (25) Reclus. Acad. de méd., 30 juin 1896. — (26) Tuffier. Soc. de biol., mai 1896. — (27) Duret. *Semaine gynécol.*, 28 avril et 5 mai 1896. — (28) Monod. Soc. de chir., 9 janv. 1896. — (29) Jayle. *Presse méd.*, 4 janv. 1896. — (30) Lejars. *Presse méd.*, 1er janv. et 23 nov. 1896. — (31) Bosc et Vedel. *Gaz. des hôpit.*, 18 août 1896. — (32) Maurel. Soc. de biol., 28 nov. 1896. — (33) Dastre. Soc. de biol., 17 mai 1896. — (34) Malassez. Soc. de biol., 17 mai 1896. — (35) Malliu. Th. de Montpellier, 1892.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'otite moyenne aiguë à la période de suppuration.

Voici, d'après le docteur Lermoyez, les règles de ce traitement :

Continuer le traitement antiseptique local de la gorge et du nez.

Injections dans le conduit, avec instruments aseptisés, d'eau boriquée bouillie tiède, jamais froide.

Douches d'air par le nez, au moyen de la poire de Politzer.

Ce pansement, injections et douches d'air, sera répété, en moyenne, deux fois par jour, plus souvent si l'écoulement est très abondant, une fois seulement par jour si l'oreille coule peu, mais il doit être fait par le médecin lui-même; en laisser le soin à l'entourage du malade, qui le fera incomplètement et malproprement, c'est marcher sûrement aux complications et à la chronicité.

Dans l'intervalle des pansements, le conduit sera rempli de glycérine phéniquée aux doses déjà indiquées, et le con-

duit bouché avec une lanière de gaze aseptique ou boriquée, enfoncée assez profondément, de façon à faire drain, sans toutefois toucher le tympan, et le pavillon sera recouvert d'une couche d'ouate boriquée, maintenue par un léger bandage.

La nuit, le patient devra, contrairement aux prescriptions de la première période, se coucher sur l'oreille malade, pour faciliter l'écoulement du pus.

Continuer ce traitement pendant deux ou trois semaines; c'est la durée ordinaire de l'otite aiguë qui suppure.

Si l'écoulement diminue, en même temps que le patient accuse une atténuation de ses bourdonnements et un accroissement de la portée auditive, sans que ses douleurs reparaissent, ne plus faire d'injections que tous les deux ou trois jours; remplacer le bain de glycérine phéniquée par des instillations biquotidiennes d'alcool boriqué tiède à 1/50, et suspendre les douches d'air. Bien entendu, on continuera jusqu'à la fin l'antisepsie de la gorge et du nez, et cela, même après guérison, pour prévenir une récidive d'otite. A cette période, toute médication externe a dû être arrêtée, le malade a pu reprendre prudemment ses occupations; et ainsi, peu à peu, l'oreille se sèche.

Mais, d'autres fois, voici qu'en pleine période aiguë l'écoulement se réduit et se tarit; la douche d'air ne fait plus entendre le sifflement caractéristique : simultanément la douleur d'oreille reparaît, aussi intense qu'avant la suppuration. Que se passe-t-il? Il y a fermeture précoce de l'orifice tympanique, rétention de pus dans l'oreille moyenne, d'où atroces douleurs, tuméfaction de l'apophyse mastoïde, esquisse d'accidents cérébraux, méningisme chez les enfants. Et que faut-il faire? Une seule chose encore : la paracentèse du tympan. Ici encore, il s'agit d'une question vitale : différer d'une journée, même si l'on obtient une sédation trompeuse par l'application de vessies de glace, c'est mener le malade très vite à la nécessité d'une trépanation mastoïdienne, c'est faire que, chez l'enfant, méningisme devienne méningite. Qui oserait prendre la responsabilité d'un tel atermoiement? (*Médecine moderne.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 14 AU 19 JUIN 1897)

Thèses de doctorat.

JEUDI 17 JUIN, à une heure. — M. LECONTE. Étude sur les hémorragies des capsules surrénales (MM. Laboulbène, président; Dieulafoy, Chantemesse et Netter). — M. PREVOST. Mycosis du pharynx (MM. Laboulbène, président; Dieulafoy, Chantemesse et Netter). — M. PACHE. Tabes. Syndromes. Crises gastriques (étude clinique) (MM. Dieulafoy, président; Laboulbène, Chantemesse et Netter). — M. BIARD. Étude sur la conjonctivite subaiguë (MM. Panas, président; Tarnier, Nélaton et Hartmann). — M. LÉVY. Contribution à l'étude de la dacryocystite congénitale (MM. Panas, président; Tarnier, Nélaton et Hartmann). — M. PARQUET. Contribution à l'étude de la mort subite et de la mort rapide dans les suites de couches (MM. Tarnier, président; Panas, Nélaton et Hartmann). — M. THOMAS. Le cervelet. Étude anatomique, clinique, physiologique (MM. Ch. Richet, président; Raymond, Gley et Thoinot). — M. GHAZAROSSIAN. Du beri-beri à forme paralytique (MM. Raymond, président; Ch. Richet, Gley et Thoinot). — M. IMBERT. Alcoolisme chronique professionnel (MM. Debove, président; Hutinel, Charrin et Wurtz). — M. MURIER. De l'emploi de la vapeur d'eau comme adjuvant de la sérothérapie dans le traitement du croup (MM. Hutinel, président; Debove, Charrin et Wurtz).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 juin 1897, M. le docteur Dupuy (Déotin-Décadi-Magloire), membre du Conseil général de l'Aisne, maire de Vervins, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 5 juin 1897, M. le docteur Mourette (Isidore-Benoni), médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 juin 1897, la chaire d'histoire naturelle de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 juin 1897, un concours s'ouvrira le 25 octobre 1897, devant l'École de médecine de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Ecole.

— Un concours s'ouvrira le 18 octobre prochain à l'École du Val-de-Grâce pour un emploi de professeur agrégé de chimie appliquée aux expertises de l'armée et de toxicologie.

— Le II[e] Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 18 octobre 1897, sous la présidence de M. le docteur Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Des contusions de l'abdomen*, M. Demons (de Bordeaux), rapporteur.

2° *Indications opératoires et traitement du cancer du rectum*, MM. Quénu et Hartmann (de Paris), rapporteurs.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

— M. le docteur Dubief est nommé médecin-inspecteur des écoles du XI[e] arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Rogron, décédé.

— M. le docteur Bisemstein est nommé médecin-inspecteur des écoles du XI[e] arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Quéhen, démissionnaire.

— M. le docteur Le Noël vient d'être élu maire d'Amiens.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Durand (de Davenescourt); Léon Germe, ancien professeur à l'École de médecine d'Arras, et Leroux, chirurgien honoraire de l'hospice de Versailles.

— CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Bains de mer de la Méditerranée. Billets d'aller et retour valables* 33 *jours.* — *Billets individuels et collectifs de famille.* — Il est délivré, du 1[er] juin au 15 septembre de chaque année, des billets d'aller et retour de bains de mer, de 1[re], 2[e] et 3[e] classe, à prix réduits, pour les stations balnéaires suivantes : Aigues-Mortes, Antibes, Bandol, Beaulieu, Cannes, Golfe-Juan-Vallauris, Hyères, La Ciotat, La Seyne-Tamaris-sur-Mer, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Montpellier, Nice, Ollioules-Sanary, Saint-Raphaël, Toulon et Villefranche-sur-Mer.

Ces billets sont émis dans toutes les gares du réseau P.-L.-M. et doivent comporter un parcours minimum de 300 kilomètres aller et retour.

Prix : le prix des billets est calculé d'après la distance totale, aller et retour, résultant de l'itinéraire choisi et d'après un barême faisant ressortir des réductions importantes pour les billets individuels, ces réductions peuvent s'élever à 50 p. 100 pour les billets de famille.

Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. D. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 14 juin 1897.

Voici venir la fin de l'année scolaire et avec elle vont naître des centaines de nouveaux docteurs, c'est dire qu'à la Faculté de médecine, les soutenances de thèses se suivent et se précipitent devenant chaque jour plus nombreuses. Maintes fois nous avons eu l'occasion d'exprimer ici notre opinion sur la valeur scientifique de ces thèses, très coûteuses pour l'élève, encombrantes et nulles au point de vue scientifique. Mais la routine continue à triompher et la thèse résiste aux assauts combinés du bon sens et de la raison.

Les élèves, d'ailleurs, se rendent compte de l'inutilité d'un effort quelconque ; et les travaux présentés continuent à n'avoir qu'un intérêt très médiocre. L'idée première de la thèse est souvent des plus insignifiantes, et, pour la soutenir, le candidat ramasse à coup de ciseaux, dans les journaux, dans les revues, dans les thèses précédemment parues, de quoi composer son texte, véritable manteau d'Arlequin. Mais voici qui devient plus fort. Les étudiants, à la veille de passer leur thèse, reçoivent à domicile un prospectus d'une maison d'édition où il est imprimé en italique : *La maison se charge de fournir des manuscrits de thèses de médecine à tout candidat qui en feront* (sic) *la demande.*

Un tel prospectus, lancé par centaines d'exemplaires, ne pouvait pas ne pas s'égarer en dehors du cercle intéressé; aussi l'un d'eux tomba-t-il entre les mains d'un de nos confrères de la presse politique.

Notre confrère, sa curiosité mise en éveil, s'achemina dès le lendemain vers le quartier latin, et après enquête paraissait dans son journal, sous ce titre suggestif : QUI VEUT DES THÈSES? un article dont voici les principaux passages :

« Une dame d'allure quelconque me reçoit et, lui mettant sous les yeux le prospectus de sa maison, je lui raconte en quelques mots que j'ai subi tous mes examens de médecine, qu'il me reste à passer ma thèse de docteur, que je n'ai pu préparer faute de temps. Je prie cette dame de me rendre le service de me procurer la thèse indispensable que je n'aurais qu'à signer.

— Rien de plus facile, Monsieur, me répond la dame ; je puis vous fournir une excellente thèse ordinaire à 200 francs ; si vous voulez un sujet plus distingué, ce sera 500, et pour une thèse remarquable en tous points et dont on parlera, ce sera 1 000 francs.

Je réplique à l'honorable libraire que je suis un modeste, qu'une bonne petite thèse quelconque me suffira, et que 200 francs me paraissent même un prix exagéré.

Nous discutons un peu et tombons enfin d'accord au prix de 150 francs.

Le prix étant définitivement fixé, je demande alors si je puis savoir quel sera le sujet de ma thèse.

— Cela, il m'est impossible de vous le dire, me répond mon interlocutrice, car je l'ignore moi-même ; mais repassez demain, je verrai aujourd'hui s'il y en a de prêtes, dans le cas contraire, ce ne sera qu'une affaire de quelques jours pour vous remettre le manuscrit.

Sur ces mots, nous nous quittons, la marchande et moi, les meilleurs amis du monde.

Et maintenant, que dire de ma découverte? Tonner en phrases indignées contre le commerce immoral du marchand? Déplorer en termes amers cet avilissement de certains étudiants qui, par leur paresse, ont facilité l'extension de pareils faits? Crier au scandale, à l'abus, et demander au doyen de la Faculté de médecine de sévir? Ce n'est point là mon rôle. »

Ne suivons pas l'auteur de l'article dans les considérations que lui suggère son enquête personnelle. Pour nous, médecins, nous devons déplorer vivement de pareilles mœurs. Ou la thèse est inutile et il faut la supprimer: c'est notre avis. Ou elle est utile, et alors ce doit être une épreuve sérieuse, toute différente de ce qu'elle est actuellement.

De tels faits, répandus dans la masse du public par les journaux politiques, ne contribueront pas encore à rendre à la profession l'estime et la considération que lui font perdre les vilenies et les mauvaises actions de quelques-uns, et à nous relever de cette période de suspicion que les mauvaises pratiques de quelques ambitieux sans scrupules font injustement peser sur la corporation tout entière.

Les **arthrites à pneumocoques** sont rares et, lorsqu'elles existent, elles restent en général isolées; de là l'intérêt particulier de l'observation présentée par M. Widal à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (11 juin). Un malade, à la suite d'une pneumonie, a été atteint d'arthrites et de synovites multiples; après la mort, on put démontrer la présence de pneumocoques dans le pus des synoviales et des gaines tendineuses. Il est à noter que cet

homme avait eu autrefois des arthrites et des synovites multiples à la fin d'une fièvre typhoïde. Ce n'est pas la première fois qu'on relève une semblable cause d'appel à la localisation articulaire de l'infection pneumococcique.

M. Dalché communique une intéressante étude d'ensemble sur les rapports des **métrorragies et des maladies du cœur**. Ce n'est pas à la période de l'asystolie et des œdèmes qu'on observe ces hémorragies dans le plus grand nombre des cas, mais à la période de compensation ; elles peuvent être le phénomène révélateur d'une affection orificielle jusque-là latente ; elles s'observent surtout chez les malades atteintes d'une lésion mitrale, mais plus particulièrement encore d'un rétrécissement mitral. La métrorragie est plus facile et plus fréquente, lorsqu'il y a une lésion concomitante de l'utérus, par elle-même hémorragipare : corps fibreux, métrite, etc.

L'artério-sclérose et les cardiopathies qui l'accompagnent peuvent être aussi une cause de métrorragie à l'époque de la ménopause.

A la période de l'asystolie et de la cachexie cardiaque, des métrorragies ne se montrent plus qu'à titre exceptionnel. Au contraire, on observe habituellement la disparition des règles.

L'opinion classique est qu'il ne faut pas pratiquer la ponction évacuatrice dans l'**hydropneumothorax tuberculeux**. Cette règle n'est cependant pas absolue, ainsi que le démontre de nouveau une observation rapportée par M. Troisier. Un malade entre dans son service avec un pneumothorax récent survenu subitement quelques jours auparavant. Comme la dyspnée est intense, on pratique la ponction et on évacue 750 grammes de liquide. Deux mois plus tard, on évacue de nouveau 900 grammes de liquide; or, quelque temps après, les signes de pneumothorax disparurent complètement et la guérison se maintint. Toutefois, les lésions tuberculeuses du poumon continuèrent à progresser. Il faut noter, dans ce cas, non seulement le fait de la guérison, mais aussi la rapidité de cette guérison.

De la discussion à laquelle prennent part MM. Rendu, Galliard, Faisans et Widal, il résulte que si, en règle générale, il vaut mieux ne pas toucher à l'hydro-pneumothorax tuberculeux, on a cependant le devoir d'intervenir lorsqu'il y a des accidents graves et, en particulier, une dyspnée intense ou des menaces de syncope.

Dans la dernière séance, il n'avait pas été question des **accidents fébriles de surmenage** qui peuvent être provoqués par l'abus de la bicyclette. MM. Albert Mathieu et Natta-Larrier citent un cas très net de fièvre de surmenage survenue chez un jeune homme qui avait fait, à peu près sans arrêt, une course de vingt-neuf heures sur piste. Presque immédiatement après sa descente de machine, il fut pris de céphalée, d'étourdissement, on dut le reconduire chez lui; pendant la nuit il eut des palpitations, de la dyspnée et il cracha environ un verre de sang. Le lendemain soir la température était de 38°7, le surlendemain de 40 degrés; elle se maintint ensuite pendant cinq jours entre 39 et 39°5. Le septième jour, elle tomba à la normale par une défervescence aussi brusque que celle d'une pneumonie. Il n'y avait eu aucun signe appréciable de lésion pulmonaire. Les deux ou trois premiers jours le malade avait l'air extrêmement fatigué, mais sauf la tuméfaction de la rate, rien ne pouvait faire penser à la fièvre typhoïde.

Ce type de surmenage fébrile, avec défervescence brusque vers le septième ou le huitième jour, a déjà été signalé à plusieurs reprises.

M. Faisans a vu, chez un médecin non entraîné, après une course de 45 kilomètres, se produire un état infectieux grave et prolongé avec température élevée, délire, phlébite de la jambe, myosite et myocardite. Convalescence comprise, la maladie a duré quatre mois.

C'est une autre forme clinique d'accidents fébriles, typhoïdes, produits par le surmenage. Il en existe d'autres encore que l'observation clinique dégage petit à petit.

Le seul point particulier à la bicyclette c'est de donner lieu à ces accidents dans des conditions étiologiques d'une netteté presque expérimentale.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (1)

Par le docteur J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

Obs. X.— *Péritonite diffuse par perforation de l'estomac à la suite d'un ulcère rond. Laparotomie. Mort* (publiée par M. Heresco, *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1897). — C..., vingt-deux ans, opéré le 26 décembre 1896, à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Reclus.

Deux jours auparavant, en voulant porter un panier au premier étage, au moment de saisir le bouton de la porte, il est pris d'une violente douleur dans le ventre. Cette douleur s'étendait un peu partout et irradiait *jusque dans l'épaule gauche*, où elle était extrêmement vive.

Ventre ballonné, très douloureux dans toute les régions, sans maximum appréciable. L'état général est très grave : sueurs froides, cyanose de la face et des extrémités qui sont refroidies, agitation, angoisse respiratoire, pouls radial incomptable, pouls fémoral à 128. Température 38 degrés.

Malgré la gravité de l'état général, je pratique la laparotomie, mais je crois devoir renoncer à l'anesthésie générale.

Incision de 12 centimètres à la cocaïne dans la région sous-ombilicale. Dès que le péritoine est ouvert, un flot de sérosité trouble s'écoule à l'extérieur. Bientôt le liquide s'épaissit et le petit bassin apparaît rempli de pus véritable, qui paraît venir en plus grande abondance de la région iliaque droite et me fait penser à une appendicite.

Nettoyage rapide avec quelques compresses stérilisées. Pas de lavage. Deux gros drains entourés de gaze sont placés l'un dans le petit bassin, l'autre dans la fosse iliaque. Un point de suture supérieur rétrécit un peu l'incision.

Après l'opération, qui dura vingt minutes environ, le malade se sent très soulagé. Son état est meilleur. Loin d'être déprimé par l'intervention, le malade est moins anxieux, moins anhélant, le pouls s'est relevé. Injection de 300 grammes de sérum.

Dans l'après-midi, une grande quantité de liquide s'écoule au point de traverser le pansement et les draps.

Mort presque subite à sept heures du soir, cinq heures après l'opération.

A l'autopsie, le ventre est propre, tout le liquide s'est écoulé. Un lavage n'eût certainement pas mieux fait. Rien d'anormal à l'appendice, ni dans le petit bassin. En explorant la partie supérieure du péritoine, on déchire des adhérences gastriques. L'estomac est perforé. Au fond d'une dépression profonde, sur les bords de laquelle les tuniques de l'estomac sont très épaissies et atteignent près de 1 cen-

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 634.

timètre, existe une perforation exactement circulaire de 8 millimètres de diamètre environ. Il s'agit évidemment d'un ulcère rond perforé.

Il y a, dans cette observation, deux points très intéressants et qui méritent d'être relevés.

Ce malade est le premier sur lequel j'aie mené mon opération d'un bout à l'autre, sans avoir recours à l'anesthésie générale. Après les désastres que j'avais eus chez les malades surinfectés, je m'étais promis de renoncer à l'anesthésie, lorsque je me trouverais en face de cas analogues. C'est ce que j'ai fait. L'incision à la cocaïne a été des plus simples, comme elle l'est toujours. L'évacuation du pus a été des plus faciles, d'autant plus que le malade se penchait de lui-même sur le côté, de façon à favoriser la sortie du liquide intrapéritonéal. Ce liquide, composé d'une sérosité trouble pour la plus grande partie, s'est transformé en pus véritable, épais et verdâtre lorsque a commencé à couler le contenu du petit bassin. Cette consistance beaucoup plus épaisse m'a fait penser à une origine pelvienne du mal. Je m'imaginai que si le pus était plus épais, c'est parce que j'étais au niveau de quelque poche développée à proximité de la lésion initiale et je songeai tout naturellement à une appendicite, si bien que je plaçai les mèches de gaze destinées au drainage dans le petit bassin et dans la fosse iliaque droite.

Il faut donc se méfier de ce signe qui peut induire en erreur. La présence de pus plus épais et plus consistant dans le petit bassin n'implique aucunement qu'il y ait de ce côté prédominance des lésions. Le pus s'accumule dans la cavité pelvienne uniquement parce qu'il est plus dense que la sérosité péritonéale et parce que la cavité pelvienne est le point le plus déclive.

Chez ce malade, je n'ai pas fait de lavage. Les liquides septiques du péritoine n'en ont pas moins été expulsés, puisqu'ils ont traversé plusieurs fois le pansement, et, à l'autopsie, la cavité péritonéale paraissait absolument propre.

Il est un autre point sur lequel je désire insister, parce qu'il est mal connu. Ce malade qui, lorsque j'ai été appelé à le voir, présentait des signes de péritonite diffuse sans aucun signe de localisation, et auquel j'avais, en conséquence, pratiqué la laparotomie sous-ombilicale, avait ressenti comme début des accidents une douleur très violente et très étendue, de l'épaule gauche à la fosse iliaque droite, avec maximum certain dans la région de l'épaule gauche.

Je crois, instruit par cette expérience, que cette douleur scapulaire, et plus généralement que la *douleur thoracique* a, pour la détermination du point de départ de la lésion, dans ces cas difficiles, la plus grande valeur. Je suis persuadé qu'elle est l'indice à peu près certain d'une lésion de la partie sus-ombilicale du péritoine et spécialement de l'estomac. C'est donc au-dessus de l'ombilic et non au-dessous qu'il faudra inciser lorsque, en présence de signes de péritonite diffuse, d'origine inconnue, on pourra établir que la douleur initiale s'est fait sentir dans le thorax plutôt que dans l'abdomen.

Si j'avais connu ce signe, dans cette opération, j'aurais très probablement trouvé la perforation de l'estomac, je l'aurais oblitérée. Mon malade n'en serait pas moins mort, j'en suis convaincu, mais on m'accordera que, même avec une terminaison fatale, j'aurais plus de titres à être satisfait de mon intervention.

Obs. XI. — *Péritonite diffuse par perforation appendiculaire probable. Laparotomie. Mort.* — Oli..., trente-sept ans, cuisinier, opéré le 19 mars 1897 à l'hôpital Lariboisière.

Début quarante-huit heures auparavant par une douleur violente dans tout l'abdomen, avec maximum dans la fosse iliaque droite. Vomissements, ballonnement du ventre; aggravation rapide.

Au moment où je vois le malade, son état est grave : facies anxieux, sueurs froides, pouls petit, à 140, esprit parfaitement lucide. Sensibilité diffuse du ventre avec maximum dans la fosse iliaque droite. En ce point existe en outre une matité des plus nettes et une plus grande résistance à la pression.

Anesthésie au chloroforme. Large incision dans la fosse iliaque. Elle est inondée de pus qui s'écoule et est immédiatement suivi d'une grande quantité de sérosité péritonéale trouble et louche. Malgré un examen très attentif du cæcum, il m'est impossible de trouver l'appendice. Mais il y a en ce point un maximum évident de lésions. Celles-ci sont d'ailleurs diffuses. Lavage avec 2 litres d'eau bouillie, et nettoyage avec des compresses stérilisées. Drainage avec deux gros drains et des compresses stérilisées. Suture rapide de la paroi. Injection de sérum. Durée une demi-heure.

Soulagement avec continuation des phénomènes toxiques, vomissements, pouls filiforme, etc. Affaiblissement progressif. Mort quarante-huit heures après l'opération. Pas d'autopsie par opposition judiciaire.

Ici, le diagnostic était exact, l'intervention me semble avoir été régulièrement conduite. Le soulagement du malade a été considérable, et malgré un dénouement fatal, je serais tenté de croire que l'opération a prolongé la vie du malade plutôt qu'elle n'a précipité la fin.

(A suivre.)

SUR L'ANCIENNETÉ DU TATOUAGE

EMPLOYÉ COMME MODE DE TRAITEMENT (1)

Par M. Fouquet (du Caire).

Depuis bien des années, mon attention avait été attirée par des tatouages d'un aspect très particulier. Composés uniquement de lignes ou de points, placés dans les régions les plus variées et souvent les moins apparentes, ils n'avaient aucun des caractères des tatouages que l'on observe habituellement et dont M. le professeur Lacassagne a fait et poursuit encore une si remarquable étude.

Les malades interrogés cherchaient presque toujours à faire une réponse évasive; je finis pourtant par savoir que ces raies et ces points étaient le fait d'un traitement presque toujours destiné à combattre, soit une périostite, soit l'inflammation chronique d'une séreuse, gaine de tendon ou articulation. Le plus souvent, sans autre résultat qu'une trace indélébile ou d'un traitement inutile : 3 fois seulement j'observai des lignes parallèles tatouées au creux épigastrique pour des affections chroniques de l'estomac; 6 fois deux larges points bleus ou noirs aux tempes, comme traitement de la migraine; 5 fois des tatouages en forme de gril sur l'articulation du poignet ou sur les malléoles; 1 fois des points et des raies sur le genou d'une femme de cinquante-quatre ans, atteinte de rhumatisme chronique.

La plus grande fréquence de ces pratiques chez les Coptes m'avait bien donné à penser qu'il s'agissait de la persis-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

tance d'un usage de l'ancienne Égypte, mais le hasard de mes recherches sur l'embaumement devait m'en donner une éclatante et irréfutable preuve, grâce à la momie d'une prêtresse d'Hator, la dame Ament, qui vivait à Thèbes, sous la XI[e] dynastie, il y a cinq mille ans, et trouvée en 1891, par M. Grébaut, dans une tombe inviolée. Le corps est exposé au musée de Ghizeh, dans la salle XVI, sous le n° 115.

Cette intéressante momie fut développée par mes soins le 8 octobre 1891, avec l'aide de MM. Daressy, conservateur adjoint du musée, et Hervé Bazil, chef du service administratif.

Lorsque la momie fut mise à nu, nous nous trouvâmes en présence d'une femme, jeune encore, d'une maigreur extrême, aux traits tirés et contractés, la bouche ouverte et tordue par la souffrance. Le ventre, creusé en bateau, porte, d'une façon très visible, trois séries de tatouages et de scarifications, ces dernières faites assez longtemps avant la mort pour avoir laissé des cicatrices apparentes, se détachant en blanc sur le ton jaunâtre de la peau et formant une légère saillie :

1° Dans le creux épigastrique, un tatouage composé de trois lignes verticales et parallèles, formées de trois traits chacune;

2° Un peu au-dessous du nombril, un tatouage moins apparent formé de sept lignes entrecoupées, comme les précédentes, et longues de 5 centimètres environ;

3° Toute la région sous-ombilicale est recouverte de lignes courbes parallèles entrecoupées, à concavité supérieure, formées de tatouages et de scarifications plus apparentes sur les fosses iliaques qu'au voisinage de la ligne médiane et dépassant de 1c5 environ le niveau des épines iliaques antérieures et supérieures.

Ces petits traits, colorés en bleu foncé, ont la plus grande analogie avec les tatouages observés sur les Coptes de notre époque. Ils sont formés de points très rapprochés les uns des autres, les lignes colorées ayant sensiblement la même longueur que les espaces de peau saine qui les séparent. Leur examen chez la dame Ament ne peut laisser aucun doute dans l'esprit; il s'agit du traitement d'une affection du petit bassin et très probablement d'une pelvi-péritonite.

N'est-il pas intéressant de constater presque sans variations, après une longue série de siècles, l'existence de cette pratique médicale? Sur 15 malades qui ont bien voulu répondre franchement à mes questions, 7 étaient très affirmatifs et déclaraient en avoir ressenti rapidement les bons effets ; 6 ne se rappelaient pas en avoir tiré un grand soulagement; 2 enfin paraissaient regretter d'avoir dû subir ce traitement. Pour 12 des malades, le traitement datait de la seconde enfance, c'est-à-dire d'une période de la vie dans laquelle la volonté des parents avait été dominante. Dix de mes sujets étaient des femmes. Ce sont des femmes aussi qui, le plus généralement, font l'opération. Elles traversent les quartiers indigènes en criant à haute voix leur industrie : « Faire les tatouages, percer les oreilles et couper les clitoris. » La langue arabe, comme le latin, n'a point les pudeurs du français. Malgré mes recherches sur les momies de femme, il ne m'a pas été possible de savoir si cette dernière opération était déjà pratiquée aux époques pharaoniques. On peut le supposer, car la circoncision, chez l'homme, existait déjà sous la IV[e] dynastie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juin 1897. — Présidence de M. Delens.

COMMUNICATIONS

Traitement de la coxalgie chez les enfants. — M. Ménard (de Berck) envisage surtout le traitement des suppurations dans la coxalgie; il diffère suivant qu'il s'agit d'un abcès fermé, non fistuleux et non infecté. Dans cette éventualité, la collection est assez petite, ne s'accompagne ni de fièvre, ni de douleurs. Dans le cas contraire, l'abcès est fistuleux, infecté par les microbes de la suppuration et d'une durée interminable.

Dans le premier cas, l'on se trouve en présence d'un abcès tuberculeux étendu hors de l'articulation coxo-fémorale, aseptique en quelque sorte, curable par les injections et conservant un caractère bénin.

Au contraire, la coxalgie fistuleuse résiste aux injections modificatrices, au curetage, au drainage, ne guérit presque jamais complètement. D'où le précepte de ne point transformer un abcès fermé en abcès ouvert par l'incision et susceptible de rester fistuleux.

Quand l'abcès résiste pendant des mois aux injections modificatrices, c'est alors que M. Ménard en pratique le curetage intégral pour obtenir une réunion par première intention.

Des fractures simultanées de la rotule. — M. Peyrot. Les fractures simultanées de la rotule par action musculaire témoignent de la friabilité particulière de cet os chez certains sujets. On a signalé depuis longtemps les troubles articulaires : douleurs, craquements, dont souffraient ces malades.

En 1877, un homme alors âgé de cinquante-quatre ans, en sautant de voiture, éprouve des douleurs vives dans les deux genoux, néanmoins il continue à marcher. Un mois après, il fait un nouvel effort, le genou gonfle, la marche devient très pénible : on constate alors une fracture de la rotule gauche, qui se consolide avec un cal fibreux. En mai 1880, traumatisme léger du genou, d'où résulte un nouveau gonflement qui nécessite un mois de repos. Il éprouve, dans la suite, plusieurs accidents analogues; après l'un d'eux, M. Peyrot l'examine et trouve la rotule gauche divisée en quatre fragments unis par un tissu fibreux solide.

De plus, il semble que les malades atteints de lésions du système nerveux central fracturent plus facilement leur rotule que des sujets sains. C'est ainsi qu'un homme de trente-sept ans, atteint d'accidents cérébraux d'origine spécifique, se fractura la rotule à la suite d'un choc très léger. M. Peyrot pratiqua la suture osseuse avec deux fils d'argent et obtint une consolidation osseuse. Cependant, en descendant un escalier, ce malade se redressa brusquement pour éviter une chute et se recassa la rotule, ainsi que les fils d'argent.

Pour éviter des fractures itératives auxquelles ces sujets restent prédisposés, M. Peyrot conseille le cerclage rotulien avec fils de platine, qui forment un soutien ferme autour de cet os.

M. Lucas-Championnière. Le traitement des fractures de la rotule par la suture osseuse est dû à Lister, qui, le premier, a pratiqué l'ouverture large de l'articulation et la suture des fragments. Le massage, préconisé dans ces cas par Metzger et Tilanus (d'Amsterdam), ne donne que des résultats incomplets ou défectueux. Personnellement, il a pratiqué 50 fois l'opération de Lister avec 46 succès et 4 morts, dues une fois au chloroforme, une fois à l'écrasement du rein dans un traumatisme étendu, une fois à l'azoturie, une fois à la cachexie par suppuration. Il ouvre l'arti-

culation par un large lambeau, la nettoie, enlève les caillots, les esquilles, puis réunit les fragments par deux gros fils d'argent de 1 millimètre de diamètre, qu'il passe au travers, ces fils forment une excellente attelle de soutien; drainage péri-articulaire et pansement antiseptique sans appareil plâtré. Il mobilise l'articulation, mais déconseille le massage consécutif. Il n'a recours aux manœuvres de massage que si, pour une raison quelconque, il y a eu contre-indication à la suture.

PRÉSENTATION DE MALADES

Polype naso-pharyngien. — M. BERGER présente un malade qu'il a opéré, il y a dix ans, d'un polype noso-pharyngien énorme. A ce moment, M. Berger a cautérisé le polype, après incision palatine. On continua les cautérisations pendant quelques années.

Actuellement, le malade est guéri; il n'y a plus de polype; mais les déformations de la face n'ont pas disparu.

Péritonite tuberculeuse. — M. POTHERAT présente une jeune femme qu'il a opérée de péritonite tuberculeuse, laparotomie, 12 litres d'ascite, granulations réparties sur le péritoine sous-ombilical et les annexes; extirpation des annexes, guérison.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'enfance (1), publié sous la direction de MM. J. GRANCHER, J. COMBY et A.-B. MARFAN.

Nous avons annoncé l'apparition du premier volume du « Traité des maladies de l'enfance » (2), publié sous la direction de MM. J. Grancher, J. Comby et A.-B. Marfan. Le second volume est en vente déjà depuis quelque temps; il ne s'est donc pas fait attendre. Nous en faisons nos compliments sincères aux directeurs et aux éditeurs, non moins qu'aux auteurs; la rapidité dans la publication est un véritable mérite lorsqu'il s'agit d'une œuvre de ce genre. A notre époque de publication intensive et de collaboration internationale, les livres de médecine vieillissent vite et il arrive facilement que les premiers volumes d'un ouvrage ne sont plus au courant de la science lorsque les derniers paraissent : cet écueil sera sûrement évité ici, grâce au zèle des directeurs et au grand nombre de leurs collaborateurs.

Dans ce second volume se trouve exposée l'histoire des maladies générales de la nutrition et des maladies du tube digestif. Les principaux articles sont dus à MM. Comby, H. Leroux, A.-B. Marfan, Th. Barlow, Lesage, Thiercelin, Sanné, Filatow. Quelques articles sont dus à la plume chirurgicale de MM. Broca, Jalaguier, Félizet. C'est une heureuse idée que d'avoir donné place, dans ce traité, à quelques chapitres relatifs à la pathologie chirurgicale de l'enfant. C'est ainsi que M. Broca a traité du bec de lièvre et des tumeurs du plancher de la bouche, M. Jalaguier de l'invagination intestinale, MM. Félizet et Broca des maladies du rectum, fréquentes chez les enfants (polypes, prolapsus), et des corps étrangers des voies digestives; M. Forgue des abcès et des fistules de la région ano-rectale.

On ne fait pas l'analyse d'un traité de pathologie, on juge l'ensemble : dans le cas présent, il est excellent.

(1) I-8°, t. II. Prix : 18 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 121.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 21 AU 26 JUIN 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 21 JUIN, à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Poirier et Retterer.

1er examen de sages-femmes de 2e classe (nouveau régime) : MM. Marchand, Varnier et Lejars.

2e examen de chirurgien-dentiste : MM. Chauffard, Sébileau et André; — M. Widal, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Tillaux, Peyrot et Tuffier; — (2e série) : MM. Delens, Humbert et Walther; — M. Broca, suppléant.

2e examen de sages-femmes, *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Jalaguier et Bonnaire.

MARDI 22 JUIN, à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Raymond, Rémy et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Polaillon, Maygrier et Thiéry.

2e examen de chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Quénu et Ménétrier; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Brun et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Gilbert et Letulle; — (2e série) : MM. Jaccoud, Proust et Charrin; — M. Marfan, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Panas, Schwartz et Nélaton; — (2e série) : MM. Guyon, Berger et Hartmann; — (2e partie) : MM. Cornil, Chantemesse et Roger; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Pozzi et Bar; — M. Gley, suppléant.

MERCREDI 23 JUIN, à neuf heures. — 2e examen de sages-femmes, *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. Weiss, suppléant.

A une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Retterer et Poirier.

1er examen de sages-femmes (nouveau régime) : MM. Fournier, Marchand et Varnier.

2e examen de chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Landouzy et Sébileau; — M. Walther, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Humbert et Tuffier; — (2e série) : MM. Peyrot, Delens et Delbet; — (2e partie) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette et Widal; — M. Gaucher, suppléant.

JEUDI 24 JUIN, à une heure. — 1er examen (nouveau régime) : MM. Panas, Farabeuf et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Polaillon, Pozzi et Rémy; — (2e série) : MM. Cornil, Berger et Poirier; — (3e série) : MM. Grancher, Le Dentu et Albarran.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Berger, Schwartz et Bar.

Sages-femmes de 1re et 2e classes (ancien régime) : MM. Maygrier, Weiss et Chassevant.

2e examen de chirurgien-dentiste : MM. Raymond, Quénu et André; — M. Gley, suppléant.

VENDREDI 25 JUIN, à neuf heures. — 2e examen de sages-femmes, *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

A une heure. — 2e examen oral (1re partie) : MM. Rémy, Poirier et Lejars.

1er examen de sages-femmes (nouveau régime) : MM. Peyrot, Varnier et Retterer.

2e examen de chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Sébileau et Netter; — M. Chantemesse, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie, *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Humbert, Jalaguier et Delbet; — (2e série) : MM. Terrier, Broca et Walther; — (2e partie) : MM. Potain, Gilles de la Tourette et Thoinot; — M. Wurtz, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Marchand et Bonnaire.

SAMEDI 26 JUIN, à une heure. — 1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Schwartz et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Poirier et Roger.

2e examen de chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Hutinel et Quénu; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Laboulbène, Debove et Achard; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Letulle et Achard; — M. Ménétrier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Polaillon, Nélaton et Albarran; — (2e série) : MM. Le Dentu, Brun et Hartmann; — M. Gilbert, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 23 JUIN, à une heure. — M. Fiquet. Contribution à l'étude des dérivés protéiques des albuminoïdes naturels (MM. Pinard, président; Gautier, Broca et Chassevant). — M. Lefebvre. Considérations sur quelques cas de rétention d'urine liée aux déviations de l'utérus gravide (MM. Gautier, président; Pinard, Broca et Chassevant). — M. Tharreau. Kystes de l'épididyme (MM. Tillaux, président; Chauffard, Jalaguier et Lejars). — M. Labiche. L'épithélioma de la main (MM. Tillaux, président; Chauffard, Jalaguier et Lejars).

JEUDI 24 JUIN, à une heure. — M. Rouquerol. Contribution à l'étude des eaux dans la Régence de Tunis et le Sahara tunisien, principalement au point de vue de l'hygiène (MM. Proust, président; Tarnier, Netter et Thoinot). — M. Guilmard. Des troubles de la menstruation dans les maladies du cœur (MM. Tarnier, président; Proust, Netter et Thoinot). — M. de Saint-Fuscien. Contribution à l'étude du cancer primitif de la vésicule biliaire (MM. Debove, président; Joffroy, Chantemesse et Charrin). — M. Hamant. Contribution à l'étude de la mort subite post-opératoire (MM. Debove, président; Joffroy, Chantemesse et Charrin).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 9 juin : MM. Claisse, 19; Aviragnet, 18; Sottas, 17 et Phulpin, 15.

Séance du 11 juin : MM. Belin, Dufour et Tissier, 18; Ettlinger et Gastou, 17.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 9 juin : MM. Guillemain, 29; Delbet, 23, et Peraire, 22.

Séance du 11 juin : MM. Bouglé, 27; Clado et Launay, 24.

— Par décret, en date du 10 juin 1897, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — MM. les docteurs Aube et Roux, médecins principaux de la marine en retraite.

— Par décret, en date du 11 juin 1897, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Galliot.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Alix, Laurent, Duclaud et Thémoin.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Kieffer, Marchandou, Lorin et Briend.

— *Service militaire.* — Les dispensés devront produire, du 15 septembre au 15 octobre de chaque année, jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage au sort, le certificat modèle G, prévu par l'article 12 du règlement d'administration publique du 23 novembre 1889. Ce certificat a pour but d'établir qu'ils continuent à remplir les conditions dans lesquelles la dispense leur a été accordée. MM. les étudiants intéressés sont priés de demander ce certificat à la Faculté de médecine dès la prise de l'inscription de juillet.

— Nous venons de recevoir le numéro 2 de la « Revue philanthropique », dirigée par M. Paul Strauss. Nous sommes heureux de pouvoir donner le sommaire de ce numéro, qui ne le cède en rien comme intérêt au numéro 1.

Jules Siegfried : Les habitations à bon marché. — Jean Aicard : Le chien de Janinet. — Professeur J. Grancher : L'antisepsie médicale dans la famille. — Séverine : Les serviteurs. — Louis Lucipia : L'école Lepeletier de Saint-Fargeau. — Louis Paulian : La donation de la comtesse de Castellane et la centralisation de toutes les œuvres de charité privées. — Paul Strauss : Le patronage des hôpitaux. — Dick May : Les colonies de vacances. — Émile Chaufour : Éducation sociale. — Jacques Fréhel : La commémoration de Jules Simon.

Variétés : Société pour l'instruction et la protection des sourds-muets. — Au musée social. — Poste central d'avertissement pour les ambulances à Paris. — La maison de travail pour jeunes gens; discours de M. Jean Aicard. — Histoire du wagon. — Société contre la mendicité des enfants. — Résultats obtenus à Grenoble par l'emploi du lait stérilisé, par le docteur Berlioz.

Chronique étrangère : Amérique : Le mont-de-piété des millionnaires. — Angleterre : Le régime des aliénés, par Gaston Cadoux. — L'hôpital français de Londres. — Autriche-Hongrie : L'hôpital des enfants de Buda-Pesth. — Allemagne : Contre l'alcoolisme. — Belgique : L'œuvre de la Croix-Rouge. — Suisse : Les maisons de travail. — Le congrès du travail à Zurich. — Transvaal : Société française de bienfaisance.

Informations. — Échos. — Revues et publications françaises et étrangères. — Bibliographie. — Bulletin, par Paul Strauss.

— *Erratum.* — Le résumé, d'après Lermoyez, du traitement de l'otite moyenne aiguë à la période de suppuration, que nous venons de publier dans notre n° 66, page 673, ne doit pas être indiqué comme extrait de la *Médecine moderne.* L'article original de Lermoyez a paru dans la *Presse médicale*, 1897, n° 16, p. 85.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau organisée avec le concours de la Société des voyages économiques (dimanche 27 juin 1897).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 8 h. matin; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 15 matin. — Départ de Fontainebleau, 10 h. 15 soir; arrivée à Paris, 11 h. 36 soir.

Prix : 1re classe, **18** fr.; 2e classe, **16** fr.; 3e classe, **15** fr.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour; 2° le transport en voiture, les repas, etc., sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 68. — JEUDI 17 JUIN 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 17 JUIN 1897. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — **1** an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — **1** an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Rendu, pour ses débuts, a communiqué à l'Académie une observation quelque peu troublante au point de vue du traitement de la rage par la méthode pastorienne. Il a émis quelques doutes qui ont amené à la tribune les représentants les plus autorisés de l'Institut Pasteur, MM. Roux et Grancher, et qui ont soulevé une discussion à laquelle ont pris part également MM. Brouardel et Laveran. Voici en deux mots ce dont il s'agit : un garçon d'amphithéâtre se pique en faisant l'autopsie d'un homme mort de la rage ; il va se faire traiter à l'Institut Pasteur. Au cours de ce traitement, il est pris d'accidents très graves de myélite ascendante aiguë. On n'en continue pas moins le traitement antirabique et, malgré la gravité de son état, ce malade finit par guérir. Sans rien affirmer, M. Rendu se demande si ces injections antirabiques n'ont pas été pour quelque chose dans l'apparition de ces accidents. C'est plutôt, chez M. Rendu, une impression qu'une opinion bien arrêtée ; c'est plutôt une question qu'il se pose et qu'il pose à l'Académie. A cette question, la réponse ne s'est pas fait longtemps attendre, et MM. Roux et Grancher, dans un langage d'ailleurs parfaitement académique, ont réduit à néant les accusations portées par M. Rendu contre le traitement antirabique.

Vous accusez dans l'espèce le traitement pastorien, ont-ils dit à M. Rendu, mais vous déclarez vous-même que, malgré les accidents observés, le traitement a été continué et le malade, qui était mourant, a guéri ! Si c'était le traitement qui l'eût rendu si malade, il n'aurait pas manqué de le tuer en étant continué ; et M. Roux ajoute cet argument qui a bien sa valeur : Il a été traité à l'Institut Pasteur 19000 personnes mordues par des chiens enragés. Sur ce nombre, on relève deux cas de paraplégie survenue au cours du traitement.

MM. Brouardel et Laveran ont cité des faits analogues à celui de M. Rendu, et tendant à prouver que ces accidents peuvent être attribués soit, selon M. Laveran, à une forme abortive de la rage, soit, selon M. Brouardel, à des accidents infectieux résultant d'une piqûre anatomique. La discussion n'en restera pas là. Elle doit être continuée dans la prochaine séance. M. Rendu arrivera-t-il à faire partager ses impressions et à faire planer le doute sur l'immunité du traitement de la rage par la méthode de Pasteur?

Nos lecteurs ont sans doute gardé le souvenir de l'importante Revue de M. Cestan sur les appareils dits ambulatoires dans le traitement des fractures du membre inférieur (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 465). M. Reclus a porté cette question devant l'Académie. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire sa communication *in extenso* comme un chapitre, et non des moins importants, à ajouter au travail de M. Cestan.

M. Duplouy (de Rochefort) a fait une intéressante communication sur les hôpitaux-bateaux.

LES APPAREILS DE MARCHE DANS LES FRACTURES DE JAMBE

Par le docteur Paul RECLUS,
Membre de l'Académie de médecine.

En 1878, au Congrès de Cassel, Hessing présenta à ses collègues un blessé atteint de fracture de jambe et qui, quinze jours après cet accident, marchait avec facilité, en s'appuyant sur le membre fracturé lui-même. C'était l'aube d'une véritable révolution pour le traitement des ruptures des os ; le mouvement se propagea rapidement à l'Allemagne, son pays d'origine, puis il gagna l'Italie, la Suède et les Etats-Unis d'Amérique ; mais il parut s'arrêter aux frontières de France. En effet, à ce jour, dix-neuf ans après sa première application, la méthode n'a encore été discutée dans aucune de nos sociétés savantes et notre littérature médicale est des plus pauvres à son endroit. Nous ne trouvons guère qu'un article de Rieffel et un autre de Ricard et Demoulin dans les deux *Traités de chirurgie* en cours de publication, un compte rendu de Porembsky dans la *Semaine médicale*, une thèse de 1896, inspirée à Lapeyre par notre collègue M. Le Dentu, et enfin une critique de Hennequin dans la *Revue d'orthopédie*. Encore tous ces auteurs se montrent-ils hostiles au nouveau traitement et il nous faut arriver au remarquable travail que notre ancien interne, M. Cestan, a publié dans la *Gazette des hôpitaux* (1897, p. 465), pour trouver une sérieuse apologie des appareils de marche. Nous avons suivi notre élève dans cette voie, nous avons partagé

ses convictions et c'est le résultat de nos communes recherches que je désire vous soumettre aujourd'hui.

I

Les appareils de marche, les appareils ambulatoires, comme disent les Allemands, reposent sur un principe bien simple : il consiste à prendre, au-dessus du foyer de la fracture, un point d'appui osseux résistant par un levier rigide — attelle de bois ou de fer — qui transmettra au sol le poids du corps, directement et sans agir sur les fragments osseux, isolés pour ainsi dire et soustraits aux pressions et aux mouvements dangereux. L'appareil qui réalise cette conception, et que M. Cestan et moi avons adopté après divers autres essais, est véritablement peu compliqué ; mais avant de le décrire, je crois utile d'ouvrir une parenthèse. — Les appareils de marche ont été appliqués à plusieurs catégories de cas fort différents : on y a recours pour les fractures de jambe, les fractures de cuisse, les fractures de la rotule ; on les emploie dans les ostéotomies, à la suite des résections tibio-tarsienne et fémoro-tibiale. Mais comme je désire ne vous entretenir que des faits que j'ai pu contrôler moi-même, je laisserai de côté les fractures de cuisse et les fractures de la rotule, les ostéotomies et les ostéoclasies, les résections tibio-tarsienne et fémoro-tibiale, et je ne vous parlerai que des appareils de marche dans les fractures de jambe. Il est vrai que ce groupe est de beaucoup le plus important : en effet, si j'en crois les relevés de Cestan qui portent sur 490 cas, élevés à 500 par nos observations personnelles, les appareils de marche pour fracture de jambe y comptent pour 377 et par conséquent absorbent près des trois quarts du chiffre total.

Voici maintenant la description de notre appareil pour les fractures de jambe. En premier lieu, on applique une gouttière plâtrée ordinaire ; elle part des orteils, prend le pied correctement placé à angle droit et remonte jusqu'au défaut du mollet, à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'interligne articulaire. Cette gouttière est très légère et faite de six ou sept épaisseurs de tarlatane tout au plus. Elle est appliquée dès le premier jour s'il n'y a pas de gonflement ; s'il en existe on attend qu'il soit dissipé. Cette gouttière est un appareil de contention et de maintien qui a pour mission d'immobiliser les fragments osseux rigoureusement réduits. Le lendemain, on enlève les bandes de toile qui l'enveloppaient et l'on applique alors l'appareil de marche proprement dit ; il nécessite un outillage peu compliqué. Il faut d'abord une lame de fer ou de zinc d'une résistance suffisante et courbée en étui suivant le modèle que je vous présente ; sa longueur est telle que ses branches atteignent, par leur bout supérieur, le chapiteau tibial à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'interligne articulaire et, par son extrémité inférieure, élargie en une sorte de semelle, dépasse de 3 ou 4 centimètres la plante du pied. Il nous faut en outre deux contreforts faits de seize à dix-huit épaisseurs de tarlatane ; ils seront larges de 6 à 7 centimètres et longs de 25 à 30. Ajoutons une bande de tarlatane saupoudrée de plâtre sec et trempée dans l'eau au moment voulu et nous aurons de quoi bâtir notre appareil de marche.

Pour le fabriquer on place d'abord les contreforts préalablement imbus d'une bouillie plâtrée et on les applique sur les parties latérales de la jambe, de façon à ce que leur extrémité inférieure empiète un peu sur la gouttière de maintien, puis remonte vers le genou et la partie inférieure de la cuisse. Ils formeront comme une sorte de lit de plâtre dans lequel viendront se mouler et se fixer les extrémités supérieures des branches métalliques de notre étrier. Celui-ci est alors appliqué par un aide de façon à ce que son extrémité inférieure évasée reste distante de la plante du pied de trois centimètres environ, à ce que ses branches montent dans l'axe des malléoles et viennent s'encastrer pour ainsi dire dans les contreforts plâtrés. Quelques tours de bande plâtrée les fixent dans cette position et solidarisent toutes les parties de l'appareil. Les parties libres des contreforts, celles qui remontent vers le genou et la cuisse sont rabattues sur les lames de zinc et fixées, elles aussi, par quelques tours de bande plâtrée. Enfin le tout est immobilisé et séché par des bandes de toile. Tel est cet appareil certainement plus facile à faire qu'à décrire ; vous voyez s'il réalise les principes que nous avions invoqués au début : il prend en haut un point d'appui sur l'évasement tibial, sur le chapiteau que forme l'os à son extrémité supérieure ; puis de là les hanches métalliques transmettent au sol, à 3 centimètres au-dessous de la plante du pied, le poids du corps qui n'agit plus sur la fracture isolée, et, pour ainsi dire, suspendue hors de toute atteinte et de toute pression.

II

J'ai appliqué huit fois l'appareil de marche pour des fractures de jambe dans mon service de l'hôpital Laënnec, mais comme trois de mes blessés sont encore en cours de traitement, je ne donnerai ici que le résumé rapide de cinq de mes observations. La première a trait à un manouvrier de Puteaux, entré dans nos salles pour une fracture oblique du tiers inférieur de la jambe et provoquée par la chute d'une plaque de fonte. Le membre avait été mis dans une gouttière plâtrée banale, lorsque vers le sixième jour M. Cestan me demanda d'essayer d'un appareil de marche ; il mit la première gouttière le 1er février ; les attelles, le 2. Dès le troisième jour, le blessé mettait le pied à terre, appuyé d'un côté sur une béquille, de l'autre sur une canne. Au quarantième jour l'appareil fut enlevé, et notre blessé put aller à pied de l'hôpital Laënnec à la rue de l'Abbaye et monter le difficile escalier de la Société de chirurgie. Là, mes collègues purent constater qu'il n'existait ni œdème malléolaire, ni atrophie des muscles, ni raideur articulaire, ni douleur au niveau du trait de fracture, mais peut-être encore quelques mouvements anormaux. Je fis pratiquer quelques séances de massage et, au bout de quinze jours, lorsque je montrai de nouveau ce malade à mes collègues, ils reconnurent que le résultat plastique et fonctionnel était excellent.

Dans mon deuxième cas, il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, atteint d'une fracture bi-malléolaire grave avec renversement du pied en dehors, élargissement de la région tibio-tarsienne, ballottement articulaire marqué et douleurs vives. La réduction fut faite et l'appareil appliqué. Le premier jour le malade fit quelques pas avec deux cannes ; au bout de la semaine, il circulait avec une seule et au commencement de la troisième semaine, il put franchir à pied la distance qui sépare l'hôpital Laënnec de la Société de chirurgie ; je désirai le montrer à mes collègues dans son appareil, ils furent frappés de la facilité de la marche et de l'absence totale de douleurs, pendant la progression, au niveau du trait de la fracture. Au quarantième jour, l'appareil fut enlevé ; la consolidation osseuse était parfaite et,

comme chez le blessé précédent, il n'y avait ni raideur articulaire ou tendineuse, ni œdème périmalléolaire, ni atrophie de muscle, ni douleur spontanée ou provoquée sur l'ancien foyer traumatique. C'était encore un très beau succès.

Mon troisième cas était un journalier de soixante-deux ans, qui se fit lui aussi une fracture bi-malléolaire en déchargeant une voiture ; il y avait luxation du pied en arrière et en dehors et la réduction immédiate fut faite par un camarade qui exerça une violente traction sur le pied. Dès les premiers jours, l'appareil de marche est appliqué; le blessé se met presque aussitôt à circuler dans les salles avec deux ou une canne ; il va aux cabinets, descend l'escalier, se promène dans le préau et, au quinzième jour, je l'envoie à la Société de chirurgie et il fait le voyage aller et retour, il est vrai, avec l'arrêt obligatoire chez le marchand de vins. Au quarante-troisième jour, j'enlève l'appareil et le blessé est aussi complètement guéri que les deux malades des précédentes observations.

Dans mon quatrième cas, il s'agissait d'un menuisier de trente ans qui, dans une rixe, reçut un coup de pied qui lui cassa net les deux os. Il nous arriva, dans notre service, avec une fracture oblique; le fragment supérieur, taillé en bec de flûte, formait sous la peau une saillie menaçante. Nous le réduisons et un appareil de marche est appliqué. Dès le lendemain, le malade circulait dans les salles et organisait même des courses de vitesse avec le malade de l'observation précédente. Cependant, vers le quinzième jour, il éprouve, sous son plâtre, une douleur qui nous oblige à enlever l'appareil et nous constatons l'existence d'une exulcération de la peau provoquée par la pression de la gouttière sur un point de la peau. Après cinq ou six jours de repos, nous nous apprêtions à remettre une nouvelle gouttière, mais le malade qui, à notre insu et malgré notre défense formelle, avait marché et cela sans fatigue et sans souffrance, ne voulut pas laisser emprisonner son membre et lorsque, le 10 juin, juste trente-sept jours après son accident, il quitta l'hôpital, la guérison était complète.

Je serai très bref sur ma cinquième observation, celle d'un tailleur de pierre de vingt-cinq ans qui, en descendant d'un trottoir, se tourne le pied et se fait une fracture bi-malléolaire. Nous ne pouvons que répéter à son sujet ce que nous avons dit des quatre précédents malades. Nous dirons seulement que le premier appareil de marche n'avait pas une lame de zinc assez résistante pour le poids du malade, solide et fortement musclé. Mais dans un second appareil plus résistant, notre blessé a pu circuler facilement dans nos salles et la guérison a été rapide et complète. Mais je voudrais vous dire un mot d'un sixième blessé, bien qu'il soit encore enfermé dans son appareil. Il s'agit d'un télégraphiste qui a été renversé par une voiture et dont la jambe a été brisée au tiers moyen. Notre individu est si sensible, si douillet, si pusillanime que, après l'application de l'appareil, il se refusait obstinément à mettre le pied à terre. Il craignait une fracture nouvelle et sentait de vives douleurs. Il s'y est enfin décidé et a constaté, avec bonheur, qu'il pouvait marcher sans souffrance, et maintenant il circule avec plaisir dans nos salles.

III

Nous voilà donc en mesure de répondre, observations en mains, aux objections que les adversaires de la méthode adressent aux appareils de marche. Et d'abord Hennequin nous demande si l'appareil n'a pas usurpé son nom et s'il est bien un appareil « de marche ». Et il nous dépeint le malade appuyé d'un côté sur un infirmier, de l'autre sur une béquille et osant à peine poser sur le sol son pied douloureux alourdi par le plâtre. En vérité, ce tableau est inexact, et je vous ai montré mes malades circulant, dès le deuxième jour dans les salles, avec deux ou une seule canne, et à la fin du deuxième septenaire pouvant aller de Laënnec à la rue de l'Abbaye. Certainement, Hennequin a raison de dire que le terrassier ne peut reprendre sa brouette et le fort de la Halle charger son sac de farine. Mais il est des métiers moins pénibles. Kraüse, au quatrième jour de sa fracture, reprenait ses visites, montait des escaliers, marchait plusieurs heures, ce qui ne l'empêcha pas d'être guéri et bien guéri à la quatrième semaine. Un malade de Korsch retournait de Francfort à Berlin au lendemain de sa fracture et reprenait ses occupations. Aussi devons-nous conclure que cet appareil de marche est vraiment un appareil de marche.

Autre objection : Sous l'influence des mouvements répétés et sous la pression du poids du corps, les téguments doivent s'ulcérer sous le plâtre et les eschares seront fréquentes, de telle sorte que le malade achètera l'avantage de marcher, privilège plutôt apparent que réel et vraiment très illusoire, au prix d'une prolongation dans la durée du traitement. Il est certain que l'eschare de la peau est parmi les accidents possibles et, dans une de nos observations, celle du menuisier qui reçut dans une rixe un coup de pied sur la jambe, nous avons observé une entamure des téguments. Mais tous les plâtres, toutes les gouttières possibles peuvent provoquer cet accident, et les relevés de Cestan prouvent que, dans les appareils de marche, leur production n'est pas plus grande. En tout cas, une gouttière qui blesse est une gouttière mal faite et qu'il faut recommencer sans tarder. C'est la seule conclusion que nous ayons à tirer et le chirurgien doit savoir qu'une étroite surveillance est toujours nécessaire.

Une troisième objection serait encore plus grave : Les mouvements, les pressions incessantes exercées sur le foyer de la fracture déplaceraient les fragments et s'opposeraient à leur coalescence régulière; le cal serait difforme ou retardé. Eh bien ! c'est juste le contraire qu'on observe : pour le prouver, je n'invoquerai pas mes observations, où la consolidation osseuse a été vraiment très rapide; on pourrait me répondre que ces faits sont trop peu nombreux et qu'il s'agit là d'une série heureuse. Mais je puis faire appel aux relevés de Cestan qui portent — je l'ai déjà dit — sur près de 500 cas; or, ils démontrent que la consolidation osseuse était achevée de dix à vingt jours plus vite avec les appareils de marche qu'avec les anciennes gouttières. Ce n'est pas tout : consolidation osseuse n'est pas du tout synonyme de guérison, et l'on sait qu'après l'organisation, même régulière, du cal, les muscles sont atrophiés, les gaines tendineuses enraidies, les jointures ankylosées, et il en résulte une impotence fonctionnelle souvent fort longue à dissiper. Or, avec les appareils de marche, il n'en est plus ainsi : plus d'atrophie, plus de raideur, plus d'ankylose, plus d'œdème, et le mot consolidation même devient à peu près l'équivalent de guérison.

Mais, pour être juste, il faut reconnaître que ce résultat était déjà acquis en France et nous devions cette conquête à notre collègue, M. Championnière; il nous avait appris ce qu'a de faux et de dangereux le dogme de l'immobilité absolue dans les fractures. Pour consolider les os, disait

l'éminent chirurgien, il faut immobiliser les fragments dans une bonne position; c'est exact, mais ce n'est qu'un des côtés du problème, et M. Championnière nous a montré qu'il faut aussi se préoccuper de la nutrition des muscles, du mouvement des tendons dans leur gaine, et de la mobilisation des surfaces articulaires. Et il faudra savoir amalgamer ces deux nécessités contradictoires au premier abord : immobiliser les os, mobiliser les muscles, les tendons et les jointures. Championnière y est arrivé par la mobilisation précoce articulaire et le massage : les appareils de marche amènent, eux aussi, aux mêmes résultats; et, comme ils y arrivent dans des cas où le traitement de Championnière est d'un emploi peut-être plus difficile, je tenais à vous faire connaître cette ressource thérapeutique nouvelle en vous donnant le résumé de mes premières expériences.

INSTRUCTION PRATIQUE

POUR L'EMPLOI DE LA POUDRE DE CAMPHRE DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES COMPLIQUÉES DE POURRITURE D'HOPITAL

Par le docteur Abraham NETTER,
Médecin principal en retraite à Nancy, officier de la Légion d'honneur.

Les plaies compliquées de pourriture d'hôpital seront recouvertes, jusqu'au delà des bords, d'une quantité surabondante de poudre de camphre.

C'est de camphre finement pulvérisé qu'il faut se servir, et sans addition de n'importe quel autre remède local. L'éther camphré est inutile, l'éther se volatilisant rapidement. Quant à l'alcool camphré, l'alcool avec sa faible densité ne peut à travers le détritus, autrement dit à travers les parties mortes de la gangrène, arriver jusqu'au fond de la plaie. Ces additions ne font que gêner la constatation des effets qui se produiront.

Lorsque la poudre de camphre préparée depuis quelques jours offre des grumeaux, ce qui arrive souvent, il faut, durant les pansements, avoir à côté de soi de l'alcool sur une assiette dans laquelle on trempera par moments les doigts, et les grumeaux se pulvériseront sous les doigts.

Si, parmi les bords de la plaie, il en est qui sont décollés, *on introduira la poudre de camphre le plus loin possible dans le creux des décollements.*

Une fois la poudre mise sur la plaie, on la maintiendra sur place par un pansement suffisamment serré.

Dans le cas où, autour de la plaie, la peau est enflammée. on mettra un cataplasme chaud par-dessus les linges du pansement.

Chaque jour le pansement sera renouvelé en son entier, et, pour débarrasser la plaie du camphre employé la veille, on la seringuera, non pas tout simplement avec de l'eau, *mais avec de l'eau additionnée de trois ou quatre gouttes d'alcool.*

On ne tardera pas à remarquer que le détritus jusque-là très adhérent se ramollira chaque jour davantage, ce qui permettra d'enlever les parties mortes avec la plus grande facilité et sans faire souffrir le malade.

Le renouvellement du pansement aura donc lieu quotidiennement. Surviendra-t-il exceptionnellement une hémorragie, on l'arrêtera avec du perchlorure de fer, et on reviendra au camphre le plus tôt possible.

Si, dans le cours des pansements, le ramollissement des parties molles semble interrompu, cela tient à la présence d'une aponévrose dans laquelle on pratiquera deux ou trois fentes avec une des branches de la pince à disséquer, en r espectant les nerfs qui sont visibles.

Dans le cours des pansements, la plaie paraît-elle de jour en jour plus profonde, il faut se garder de croire à une aggravation due au camphre; c'est le détritus depuis longtemps existant qui s'est peu à peu ramolli et qu'on a enlevé au fur et à mesure.

Telles sont les conditions du traitement dans la pourriture d'hôpital dite pulpeuse.

Dans la forme ulcéreuse, relativement rare, et dans laquelle la plaie suppure abondamment, on tassera sur elle la poudre, pour que les flots du pus ne la déplacent point par endroits, et le pansement sera serré un peu plus que d'habitude.

NOTA. — Cette instruction résume un travail que j'ai publié en 1871, à Paris, dans la *Gazette des hôpitaux.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juin 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

COMMUNICATION

Un cas de myélite ascendante pendant le traitement antirabique. — M. RENDU. Un homme meurt de la rage le 20 avril; le lendemain, à l'autopsie, le garçon d'amphithéâtre se pique le doigt; deux jours après il va à l'Institut Pasteur, on institue le traitement antirabique. Du 22 mars au 1er avril le malade reçoit seize piqûres faites par M. Chaillou. Le 1er avril il ressent une légère courbature; le soir, douleur de reins. Le lendemain matin, pesanteur lombaire. Il se couche, on trouve 38 degrés, de la pesanteur dans les jambes, de l'hyperesthésie.

M. Barth remarque alors que, dans les jambes, il y a une paralysie incomplète avec fourmillements et douleur en ceinture. Le troisième jour après le début des accidents, troubles urinaires. Le quatrième jour, paraplégie complète sensitivo-motrice. Le cinquième jour, étourdissements, vomissements. Le 6 avril, les bras commencent à se prendre, les mouvements de rotation de la tête deviennent difficiles.

La tachycardie s'installe : 140 pulsations. La respiration s'embarrasse.

M. Chaillou, le chef du service des inoculations antirabiques, fut d'avis néanmoins de continuer les piqûres (2 centimètres cubes de moelle du quatrième au cinquième jour; 1 piqûre par jour).

A partir du 7 avril, les accidents diminuent, les fourmillements des bras sont moins marqués. Les jambes reprennent quelque sensibilité.

Le 8 avril, les jambes remuent un peu, le malade peut s'asseoir.

Peu à peu l'amélioration s'établit.

Le 25, le malade put aller à la campagne. Il finit par guérir complètement.

De quoi avait-il bien pu s'agir ?

On avait pensé à de la rage paralytique. Mais la rapidité de l'évolution avait permis d'éliminer cette hypothèse. Dans ces cas la paralysie et les troubles sensitifs débutent par les environs de la morsure. Il y a toujours spasmes laryngés et mort constante, comme Ygouf l'a montré dans sa thèse.

Au contraire, l'hypothèse d'une myélite ascendante aiguë semble absolument s'imposer, myélite toxique analogue à celles qu'on peut réaliser expérimentalement (Roger, Marinesco, Marie, etc.).

On peut donc admettre que les injections de moelle ont été la cause de l'intoxication médullaire. Cependant, on

pourrait objecter à cette opinion qu'en même temps qu'on injectait le malade, d'autres, en grand nombre, recevaient des mêmes émulsions sans rien présenter. Mais on peut admettre que, chez ce sujet, il y avait des conditions professionnelles toutes particulières, ayant pu préparer et faciliter l'évolution de la myélite. En effet, de par son métier, ce sujet était chroniquement infecté et intoxiqué, sa moelle présentait donc un terrain très favorable pour l'évolution des toxines pouvant peut-être provenir des émulsions de moelle. Telle est cette observation, je n'accuse pas l'injection de tout le mal, mais j'ai tenu à rapporter ce fait intéressant et bien observé.

DISCUSSION

M. ROUX. M. Rendu nous a communiqué une observation dans laquelle il s'agit d'une paralysie survenue au cours d'un traitement antirabique. L'explication de M. Rendu est qu'il s'agissait d'un individu dans de mauvaises conditions, dans des conditions particulières de réceptivité morbide, et son impression est que le traitement antirabique a pu n'être pas étranger à l'apparition de cette paraplégie. De l'aveu même de M. Rendu, il est cependant, dans cette observation, un fait qui aurait dû lui faire repousser cette opinion, c'est qu'on a continué, chez ce malade, les injections antirabiques et que la paraplégie, loin d'augmenter, a été en diminuant et a fini par disparaître. C'est là, semble-t-il, une objection bien sérieuse à opposer à l'impression de M. Rendu.

Les faits de ce genre sont d'ailleurs extrêmement rares. Toutefois, j'en ai moi-même observé un analogue. Il s'agissait d'un homme qui avait été mordu par un chien enragé. Cet homme fut traité à l'Institut Pasteur, du 4 au 18 mai, puis il retourna à Orléans, où il fut pris presque aussitôt de rétention d'urine et de paraplégie. Le médecin d'Orléans qui nous avait envoyé ce malade nous écrivit pour nous demander ce qu'il devait faire. Nous lui répondîmes de ne rien faire et d'attendre. Après quelques jours, tous les accidents avaient disparu. Dans un autre cas, on nous signale l'apparition des mêmes accidents, chez un individu qui avait été également envoyé à l'Institut Pasteur pour y être traité de la rage. Renseignements pris, cet individu n'avait pas eu d'injections antirabiques.

Depuis la fondation, à l'Institut Pasteur, du service du traitement de la rage, il a été traité 19000 personnes par les injections antirabiques. Sur ce nombre, on relève deux cas de paraplégie qui ont guéri dans un délai assez court, ce qui fait environ 1 cas sur 10000. Ne trouverait-on pas la même proportion de paraplégies sur 10000 personnes revaccinées contre la variole ou ayant séjourné au bord de la mer? A qui viendrait-il l'idée d'attribuer la paraplégie, dans ces cas, à la revaccination ou au séjour au bord de la mer?

Je ne vois donc pas qu'on puisse établir la moindre relation de cause à effet entre la paraplégie du malade de M. Rendu et les injections de toxines rabiques qu'il a subies. Je ne sais pas plus que M. Rendu, quelle a été, dans ce cas, la cause de la paraplégie. Mais il se dégage de la communication de M. Rendu que les personnes mordues par un chien enragé et venant se faire traiter à l'Institut Pasteur, pour peu qu'elles fussent prédisposées, pourraient être exposées à avoir une paraplégie. C'est précisément cette impression, si fâcheuse chez des individus déjà alarmés, qu'il ne faut pas laisser pénétrer dans le public.

M. RENDU. La paralysie ascendante aiguë n'est pas une paraplégie ordinaire et c'est loin d'être une maladie bénigne. Le malade en question a été soumis à un traitement très énergique, on lui a appliqué des ventouses scarifiées; il a pris 4 à 5 grammes d'antipyrine par jour et, lorsque ce traitement a été mis en œuvre, ce malade était mourant. Sans avoir de preuves certaines, je ne puis m'empêcher de croire que les injections de toxines rabiques n'ont pas été étrangères aux accidents très graves qu'a présentés ce malade.

M. ROUX. M. Rendu reconnaît lui-même qu'il n'a pas de preuves certaines; mon impression, dit-il, a été celle-là. Eh bien, pouvons-nous faire de la science avec des impressions? Peut-on laisser ainsi s'accroître les craintes des personnes mordues par des chiens enragés? Enfin, ce fait que la continuation des injections chez ce malade mourant ne l'a pas empêché de guérir, n'est-il pas une preuve certaine que ces injections n'ont été pour rien dans les accidents observés?

M. RENDU. Cet homme n'avait rien avant.

M. ROUX. On n'a jamais rien avant de tomber malade.

M. LAVERAN. J'ai vu au Val-de-Grâce un cas analogue à celui de M. Rendu. Il s'agissait d'un militaire qui avait été mordu par un chien enragé. Il fut envoyé à l'Institut Pasteur pour y être soumis aux injections antirabiques. Au milieu du traitement, il fut pris d'accidents caractérisés par de l'embarras gastrique, un malaise général, de l'hyperesthésie des membres inférieurs, des douleurs de ces membres et une paraplégie moins complète que celle du malade de M. Rendu. Je craignais que ce ne fût la rage. Le traitement fut interrompu. Les accidents s'amendèrent, disparurent après quelques jours et le traitement a pu être repris.

J'estime que, dans ce cas, j'ai pu avoir affaire à une rage avortée, à une forme abortive de la rage. Je ne crois pas qu'on puisse dire qu'il est sans exemple que la rage n'ait pas été suivie de mort. Peut-être, dans le cas de M. Rendu comme dans celui-ci, pourrait-on attribuer les accidents observés à une forme abortive de la rage.

M. GRANCHER. Pendant les premières années où ont été pratiquées les injections antirabiques à l'Institut Pasteur et où j'étais chargé de ce service sous la direction de M. Pasteur, j'ai observé plusieurs fois des phénomènes paralytiques. Parmi ces accidents, il y en avait qui, certainement, étaient attribuables à la rage et non au traitement. C'est sur ces accidents que s'est appuyé Peter pour incriminer la méthode et il était de bonne foi, car il s'agissait là de formes inconnues de rage. Ces formes, en effet, il n'en est fait mention nulle part, pas même dans la description magistrale de MM. Brouardel et Bouley. L'avenir a montré que ces accidents n'étaient nullement imputables au traitement pastorien. Peter citait surtout deux malades du Havre, dont l'un est mort de la rage malgré le traitement, et dont l'autre, un douanier, a été atteint d'accidents que Peter a désignés sous le nom de rage du pneumogastrique. Il a été reconnu ultérieurement que ces accidents n'avaient rien à voir ni avec le traitement, ni avec la rage elle-même. L'interprétation de M. Rendu, en ce qui concerne le malade dont il a rapporté l'observation, n'est vraiment pas acceptable. Peut-être ce malade a-t-il eu des accidents infectieux résultant de la piqûre anatomique qu'il s'est faite. Que M. Rendu me permette aussi de lui demander, en insistant, si ce malade n'est pas alcoolique ou hystérique. Peut-être aura-t-il ultérieurement d'autres accidents d'origine hystérique. Il est donc bien important de suivre ce malade. Mais de toutes les hypothèses qu'on peut faire sur ce malade, celle de M. Rendu est certainement la moins soutenable. En effet, si le traitement antirabique avait été pour quelque chose dans les accidents qu'il a présentés, la continuation de ce traitement n'aurait pu qu'achever de le tuer. Je demande donc à M. Rendu de modifier la phrase de sa communication, dans laquelle il incrimine les injections antirabiques. Cette phrase n'est pas scientifique, n'est, par conséquent, pas digne de lui, ni de la tribune académique. M. Rendu, étant donné la légitime autorité qui s'attache à tout ce qu'il écrit, ne doit pas laisser subsister cette assertion que le traitement antirabique serait susceptible de donner lieu à des accidents graves de paralysie ascendante aiguë.

M. BROUARDEL. L'observation de M. Rendu mérite de

rappeler l'attention sur un certain ordre de faits qui n'ont pas été assez étudiés. Tout d'abord la rage paralytique de l'homme existait avant le traitement de Pasteur. Morgagni en a rapporté un exemple non douteux. Mais cela n'a pas une importance capitale au point de vue de l'observation de M. Rendu. Il faut se rappeler que cet homme a fait l'autopsie d'un sujet mort de la rage ; il s'est piqué au cours de cette autopsie. Je ne connais pas un seul cas d'inoculation rabique d'homme à homme. Mais cet homme n'a-t-il pu s'inoculer des accidents d'infection médullaire? N'a-t-il pas eu tout simplement une myélite ascendante infectieuse? Je me propose de rassembler des faits de ce genre et de les comparer à l'observation de M. Rendu. Il ne paraît pas impossible de démontrer ainsi qu'il s'agit, dans ce cas, d'une infection médullaire ayant coïncidé avec le traitement antirabique.

M. DUMONTPALLIER. La question soulevée par la communication de M. Rendu est tellement importante, elle entraîne de si graves conséquences qu'il est urgent, dans l'intérêt même de la méthode pastorienne, qu'elle soit étudiée à fond. Je demande donc que l'Académie mette cette question à l'ordre du jour d'une de ses prochaines séances.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. La discussion est ouverte et elle sera continuée puisque M. Brouardel doit prendre la parole dans la prochaine séance.

LECTURE

Traitement des fractures de jambe par l'appareil de marche. — M. RECLUS fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 685.)

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareil Werber-Rabelle pour rendre l'articulation aux amputés ankylosés partiellement du genou.

Cette jambe artificielle d'un nouveau système s'applique spécialement aux cas d'amputation de jambe au lieu d'élection, lorsque l'extension du moignon n'a pu être obtenue.



Elle est faite de trois parties distinctes au genou ; la jambe « partie inférieure », le cuissard, puis la partie intermédiaire sur laquelle l'amputé prend son point d'appui.

Cette dernière partie peut être solidaire de la jambe au moyen d'un encliquetement ou crochet à ressort. Elle peut être rendue libre au moyen d'un levier à bascule qui dégage le crochet de son encoche. Dans ce cas, les trois pièces pivotent sur le même axe du genou et deviennent libres les unes des autres, ce qui permet alors à l'amputé de s'asseoir.

Quand l'amputé veut se mettre en marche, il lui suffit de se lever et, en se redressant, de faire agir son moignon sur la troisième partie de l'appareil, jusqu'à ce que la jambe, de brisée qu'elle était, quand il était assis, redevienne verticale.

D'après ces quelques mots, on voit que l'amputé peut marcher en articulant du genou au lieu de s'appuyer sur un pilon et avancer la jambe raide comme il était obligé de le faire jusqu'à ce jour.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 14 juin : MM. Gouget et Triboulet, 17 ; Achalme, Michel et Weber, 16.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 14 juin : MM. Morestin, 27 ; Jayle, 26, et Michon, 24.

— *Concours du prosectorat.* — Épreuve pratique d'histologie : « Des différents éléments du tissu cartilagineux » : MM. Savariaud et Frédet, 18 ; Baudet, 17 ; Gosset, 15, et Cunéo, 14.

— Par décision ministérielle, en date du 13 juin 1897, M. Rocheblave, medecin-major de deuxième classe, est inscrit d'office, à son rang d'ancienneté, au tableau du concours pour chevalier de la Légion d'honneur établi à la suite de l'inspection générale de 1896.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 juin 1897, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine mises au concours par l'arrêté du 29 mai 1897 est porté de trente-sept à trente-huit. La nouvelle place sera comprise dans la section de chirurgie et réservée à la Faculté de médecine de Nancy.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Chandelux, agrégé libre, est rappelé à l'exercice jusqu'au 31 octobre 1898, en remplacement de M. Curtillet, appelé à d'autres fonctions.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du goitre exophtalmique; symptômes; pathogénie; traitement. (Section du grand sympathique cervical.)

Par Ph. VALENÇON,
Chef de clinique du docteur A. DARIER.

Le goitre exophtalmique est une affection toute spéciale, caractérisée par des troubles oculaires, le goitre, des troubles cardiaques et vasculaires qui en constituent les symptômes essentiels et auxquels s'adjoignent des symptômes secondaires, dont l'un des plus constants est le tremblement.

La dénomination de « goitre exophtalmique » est insuffisante, puisqu'elle ne fait allusion qu'à deux des phénomènes essentiels de la maladie : c'est cependant celle universellement choisie aujourd'hui parmi les termes multiples proposés (maladie exophtalmique, exophtalmie cachectique, névrose thyro-exophtalmique, tachycardia strumosa, etc.). Cette insuffisance de la dénomination est, à vrai dire, la conséquence immédiate de l'ignorance où nous nous trouvons encore de la véritable cause efficiente de la maladie : celle-ci une fois bien établie, il n'est pas douteux que — suivant la règle généralement admise dans la nomenclature, que toute dénomination doit, autant que possible, caractériser l'affection — le terme « goitre exophtalmique » ne soit remplacé par un autre plus explicite. Mais peut-être alors, pour honorer la mémoire de l'auteur, qui aura pu élucider l'obscurité de la pathogénie, proposera-t-on de donner son nom à l'affection, sans s'occuper des deux appellations existantes : maladie de Graves, maladie de Basedow, dont une est déjà superflue.

I

HISTORIQUE. — La première description à peu près complète du goitre exophtalmique est due à Graves. La publication de ses cliniques, en 1835, constitue le premier document important que l'on trouve sur l'affection. Sans doute, avant lui, quelques auteurs, notamment des oculistes, Demours, Mackensie, Sichel, Desmarres frappés de l' « expression sauvage » (Trousseau) de la figure des malades, que provoque l'exophtalmie, avaient pensé à quelque chose d'extraordinaire, mais ils négligeaient d'associer ce phénomène avec les deux autres cardinaux, goitre et tachycardie, et de constituer ainsi la triade symptomatique.

S'il faut en croire Buschan, la première mention de la maladie remonterait jusqu'en 1762. Morgagni (*De sedibus et causis morborum libri V*) aurait donné quelques descriptions relatives au goitre exophtalmique.

D'après Stokes, Flajani (en 1800) avait noté déjà la concomitance d'une maladie du cœur et d'un gonflement de la glande thyroïde; et en 1825, Parry avait fait mention de faits analogues et d'une exophtalmie si considérable que les yeux sortaient de l'orbite.

A la même époque où Graves publiait ses cliniques de l'hôpital de Dublin, en Allemagne, Brück (1835) et Pauli (1837) observaient les rapports qui existent parfois entre l'hystérie, l'anémie et les maladies du cœur. En 1840 paraissait le travail de Basedow qui, avec celui de Graves, plaçait définitivement la maladie au rang des entités morbides distinctes. En 1858, Hirsch proposait la dénomination de « maladie de Basedow ».

En France, ce fut Charcot qui, en 1856, relata le premier fait de goitre exophtalmique.

En 1859, Fischer publiait un cas d'exophtalmos cachectique.

En 1860, Aran lit à l'Académie de médecine une observation de goitre exophtalmique, qui est l'occasion d'un rapport de Trousseau.

En 1862, Jaccoud traduit les Leçons cliniques de Graves.

Enfin, en 1865, paraissaient les Cliniques médicales de Trousseau, où le clinicien émérite nous donnait, sur l'affection, des pages « admirables d'observation et de description » (Abadie).

Depuis, les auteurs ont complété la symptomatologie du goitre exophtalmique et actuellement nous en possédons une connaissance clinique approfondie. On n'en peut dire autant de la pathogénie, malgré tous les efforts entrepris pour l'établir. Des travaux considérables sur ce point se sont succédé, les hypothèses se sont ajoutées aux hypothèses, sans que l'une d'elles ait pu réunir tous les assentiments; *et adhuc sub judice lis est.*

II

SYMPTÔMES. — Le début de la maladie est caractérisé par l'apparition de trois symptômes cardinaux : les troubles

cardiaques, le gonflement de la thyroïde et l'exophtalmie. A la suite d'une émotion violente ou d'autres causes que nous examinerons plus loin à propos de l'étiologie, le malade est pris de palpitations persistantes du cœur, les vaisseaux du cou présentent des pulsations anormalement exagérées, le corps thyroïde devient le siège d'un souffle intermittent et augmente peu à peu de volume, les globes oculaires sont saillants hors de l'orbite, donnant au visage une expression étrange. En même temps se déclarent du tremblement, des troubles nerveux, respiratoires et digestifs, pouvant provoquer, par leur durée, l'apparition d'une cachexie manifeste et déterminer une issue fatale. Tel est rapidement exposé le tableau symptomatique complet de la maladie. Mais disons-le tout de suite, on ne le rencontre qu'exceptionnellement. Des formes frustes existent où l'un des trois symptômes essentiels peut manquer. Parfois même tout se réduit à des phénomènes cardio-vasculaires. Rien n'est donc plus irrégulier que l'évolution du goitre exophtalmique.

Mais examinons en détail les symptômes de l'affection.

Troubles cardiaques et vasculaires. — Les troubles cardiaques sont les plus importants, en ce sens qu'ils existent toujours. Ils consistent en une accélération des battements du cœur qui, tout en conservant leur régularité, deviennent parfois violents et parfois très pénibles : leur violence peut devenir telle que tout le thorax s'en trouve ébranlé, la région précordiale soulevée. A l'auscultation se constate un claquement valvulaire exagéré accompagné presque toujours d'un souffle inorganique très net au premier temps, se propageant vers les gros vaisseaux. Le choc du cœur peut devenir assez intense pour être entendu à distance; ce phénomène se produit surtout lorsqu'une émotion vive ou des efforts répétés provoquent le paroxysme des accès tachycardiques.

Le nombre des battements monte à 120, 140 par minute et plus, on a noté jusqu'à 200 (Charcot, Potain), leur rythme cependant est conservé, mais devenus trop nombreuses, les systoles se confondent et on constate de l'asystolie.

En plus de tous ces désordres, le cœur est presque toujours dilaté, hypertrophié par suite de la suractivité fonctionnelle et de l'excès de fatigue consécutive. On peut observer aussi un souffle organique avec lésion organique, mais celle-ci était antérieure ou est venue se surajouter à l'affection. La chlorose, ou la perpétuelle ampliation des mouvements cardiaques, rend compte des souffles anémiques et extra cardiaques qui peuvent apparaître au cours de la maladie.

La circulation présente comme son organe central d'importantes modifications, qui règnent d'une manière toute spéciale à la région cervicale. Les grosses veines du cou sont turgescentes, surtout celles du système thyroïdien. Les artères carotides et thyroïdiennes sont animées de pulsations exagérées avec bruit de souffle intermittent et se dilatent, alors que le pouls radial, tout en obéissant à la fréquence des battements cardiaques, est au contraire petit et faible, que les iliaques, les fémorales, tout le reste du système circulatoire, en un mot, semblent se maintenir dans leur forme régulière. Trousseau, cependant, fait mention de bruits de souffle au creux épigastrique, dont le siège serait le tronc cœliaque et ses branches principales.

Goitre. — Le corps thyroïde est augmenté de volume, mais acquiert rarement des proportions considérables. La tuméfaction est d'intensité moyenne, ordinairement symétrique, ou particulièrement limitée au lobe droit. Parfois le développement de la tumeur est si peu accentué, qu'il est presque impossible de l'apprécier, sa consistance étant toujours molle. Mais bien que ses dimensions soient restreintes, elle peut comprimer la trachée et provoquer une dyspnée qu'augmente encore le décubitus dorsal (Trousseau), et si cette compression fait sentir son action sur les nerfs laryngés récurrents, on constate de la faiblesse ou de la raucité de la voix.

Ce qui détermine l'apparition du goitre, c'est la dilatation des vaisseaux de la glande. Celle-ci devient pulsatile, offrant parfois des battements puissants de ses artères produisant un frémissement de la thyroïde; au stéthoscope, un souffle très net, systolique, peut être perçu.

La tumeur thyroïdienne se développe ordinairement d'une façon progressive, mais subit quelquefois des temps d'arrêt dans son évolution. On l'a même vue disparaître complètement et revenir ensuite. La menstruation, la grossesse, certains états d'âme auraient pu provoquer l'affaissement de la tumeur.

Exophtalmie. — L'exophtalmie est presque toujours bilatérale et symétrique. Les yeux sont directement refoulés en avant d'une manière à peine sensible ou d'une façon très considérable au point d'être luxés; l'aspect particulier qu'ils présentent se remarque toujours quand bien même la procidence serait peu marquée. Cet aspect dépend du soulèvement extraordinairement prononcé des paupières supérieures, de l'écartement des paupières que les émotions, les efforts, etc., exagèrent encore. La figure du malade exprime l'étonnement, la frayeur; lorsque le regard se porte en bas, les paupières supérieures restent fixées en haut, laissant à découvert au-dessus de la cornée une large bande de sclérotique. Cette incoordination palpébrale est désignée sous le nom de symptôme de von Græfe. La cornée qui n'est plus protégée se dessèche (signe de Stellwag) et, dans les cas extrêmes, elle peut se sphacéler et l'on assiste alors à un lamentable spectacle : « Les cornées détruites, les yeux se transforment en moignons sanglants et informes, le malheureux malade devient aveugle et reste toujours horrible à voir » (Abadie).

L'association des mouvements oculaires n'existe plus. On a observé du strabisme, de l'ophtalmoplégie externe. Les conjonctivites sont plus fréquentes. Quant à la vision, elle reste la même, tant que les cornées sont intactes; l'apparition de la myopie ou de la presbytie est exceptionnelle. Un rétrécissement du champ visuel peut parfois se produire chez les hystériques. A l'ophtalmoscope les milieux sont très clairs, les vaisseaux rétiniens dilatés, sans pulsations, le fond de l'œil présente une teinte rouge plus accentuée qu'à l'état normal, avec quelques dépôts de pigment et de matière jaunâtre, indiquant une modification de la nutrition de la rétine.

Les pupilles sont normales plus souvent que rétrécies.

Tremblement. — Ce phénomène, presque aussi constant que les trois symptômes cardinaux que nous venons d'examiner, est d'une grande valeur en ce qu'il est tout spécial, différent de tous ceux que l'on peut observer en neuropathologie. Plus régulier que le tremblement alcoolique, plus rapide que celui de la vieillesse, plus faible que celui de la paralysie générale, plus fréquent que celui de la paralysie

agitante, il est étendu à tous les grands muscles du tronc et des membres, mais surtout prononcé aux mains, où il existe même au repos. On compte ordinairement neuf oscillations par seconde (Potain), ces oscillations rapides et brèves ne peuvent être modifiées par le malade.

Troubles secondaires. — Un symptôme secondaire, qui, vu son importance pour le diagnostic des formes frustes de la maladie, mériterait peut-être de faire partie du groupe principal, consiste dans la diminution de la résistance électrique des tissus. Si l'on applique, par exemple, les électrodes d'une pile de plusieurs éléments, l'un sur la poitrine, l'autre sur le dos d'un malade atteint de goitre exophtalmique, le galvanomètre se dévie considérablement d'un seul coup et reste immobile. Le courant électrique a donc traversé les tissus avec une très grande rapidité, indiquant que leur conductibilité est exagérée. Chez un sujet sain, le galvanomètre ne se dévie que lentement et progressivement. Ce phénomène est dû à ce que la peau, ordinairement mauvais conducteur, étant chez le patient couverte presque toujours de sueurs profuses, ou tout au moins humide, est devenue bon conducteur.

Comme phénomènes cutanés on a signalé encore des taches de vitiligo, de l'urticaire, de la pigmentation de la peau, la tache cérébrale due « à une asthénie très prononcée de l'appareil vaso-moteur déterminant la dilatation facile, rapide et persistante des capillaires, sous l'influence de la plus légère irritation de l'épiderme » (Trousseau). Les malades éprouvent aussi, assez souvent, une sensation de chaleur qui leur fait rechercher les endroits frais. Potain cite à ce sujet un cas fort intéressant : « Une malade avait une sensation de chaleur si intense aux pieds, qu'elle ne pouvait s'empêcher de lever sa jupe pour voir si elle n'avait pas les pieds dans des matières incandescentes. »

Outre la dyspnée et les troubles de la voix, que nous avons déjà signalés à propos du goitre, on constate parfois, du côté des voies respiratoires, de violents accès de toux quinteuse, très fatigantes, souvent répétés et s'accompagnant d'une augmentation de fréquence des mouvements respiratoires.

L'appareil digestif est, avec le système nerveux, celui qui présente les modifications secondaires les plus importantes. L'appétit se perd, devient bizarre, ou bien augmente dans des proportions considérables ; une véritable boulimie existe assez souvent, n'empêchant pas l'amaigrissement progressif, et avec la perte de l'embonpoint celle des couleurs. Les vomissements se produisent quelquefois. La diarrhée apparaît sous forme de crises disparaissant brusquement après une durée variant de quelques heures à deux ou trois jours, pour revenir ensuite par intervalles plus ou moins réguliers.

On a noté de la leucoplasie linguale, dont l'intensité serait en rapport avec la gravité de l'affection, et dernièrement M. Marie rappelait l'attention sur les observations qu'il a faites d'une « sialorrhée extraordinaire, obligeant les malades à cracher dans une cuvette, une ou deux douzaines de mouchoirs ne pouvant suffire à recueillir le mucus excrété ». L'auteur, il est vrai, se demande s'il s'agissait bien de salive ou d'une sorte de mucus trachéo-bronchique.

L'ictère a été observé.

Quoi qu'il en soit, la diarrhée est, de tous ces troubles, le phénomène le plus fréquent et surtout le plus grave, car sa persistance peut devenir une des causes importantes de développement d'une cachexie grave.

Les perturbations nerveuses consistent surtout en modifications du caractère. Les malades sont irascibles, sombres, mélancoliques, toujours préoccupés et pouvant acquérir des tics. Le moindre bruit les fait tressaillir et les trouble pendant de longues heures. Ils peuvent présenter des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Leur irritabilité les dispose à s'offenser de tout et à se quereller avec tout le monde, ils ne peuvent souffrir une observation, sont portés au mensonge et pleins de soupçons. Incapables de tout travail, ils sont même dans l'impossibilité de penser à n'importe quoi d'une façon suivie (chorée d'idées de Reynolds) : telle couturière atteinte de goitre exophtalmique commençait à couper une sorte de vêtement et finissait en découpant un vêtement d'une tout autre espèce (A. Maude).

Mais la maladie étant fréquemment associée à l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie et même la vésanie, on serait tenté de rapporter la plupart de ces faits à l'une ou l'autre de ces affections nerveuses ; cependant des observations ont été recueillies où ces dernières ne pouvaient être incriminées dans la production des troubles nerveux. L'hystérie, qui pourtant offre des relations étroites avec le goitre exophtalmique, ne semble guère influencer la marche ordinaire de l'affection autrement que par l'apparition d'hémiplégies ou de paraplégies.

Citons pour terminer cette énumération des troubles nerveux observés : l'insomnie, parfois d'une persistance très grande ; son action débilitante s'ajoute à celle de la diarrhée pour hâter l'apparition de la cachexie. Enfin on a pu constater des phénomènes de fausse angine de poitrine et, du côté des organes génitaux, l'impuissance.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à signaler les troubles menstruels et urinaires : irrégularité et suppression des règles, leucorrhée, glycosurie, albuminurie, polyurie, pour avoir tout dit sur la symptomatologie du goitre exophtalmique.

III

Marche. — Nous venons de décrire, aussi complètement que possible, les différents phénomènes que l'on peut observer au cours de la maladie. Mais, on le comprend facilement, bien des symptômes secondaires ne se rencontrent pas chez le même sujet. Les formes frustes, où l'un des symptômes cardinaux manque, sont même assez fréquentes.

La marche du goitre exophtalmique est ordinairement lente et assez inégale. Trousseau en distinguait deux formes : l'une aiguë ou rapide, l'autre chronique ou lente, avec chacune leurs paroxysmes dont l'apparition est fort irrégulière. La forme aiguë avec début brusque et paroxysmes graves est très rare.

Lorsque la terminaison doit être favorable, les symptômes locaux ne diminuent qu'après l'amendement ou la disparition des phénomènes généraux ; mais la guérison complète est rare et la mort peut survenir dans le quart ou le cinquième des cas, par cachexie, hémorragies, gangrènes multiples (Fournier, Ollivier) ou de l'intestin (Straus), ou bien encore par complications inflammatoires du côté des poumons et du cœur.

IV

Étiologie. — Le goitre exophtalmique se rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, entre vingt et trente ans pour la première, entre trente et quarante pour le second. Le tempérament nerveux, l'anémie, les troubles menstruels, l'arthritisme, y prédisposent, mais comme facteurs étiologiques qui méritent surtout d'être signalés, nous devons citer l'hérédité et les émotions morales. L'hérédité peut se trouver sous forme directe de goitre exophtalmique ou sous forme indirecte d'autres névroses : épilepsie, aliénation mentale et surtout hystérie.

Les émotions morales agissent soit d'une façon subite : accès de frayeur, crises de colère, violents chagrins ; soit d'une façon lente et dépressive : préoccupations morales.

Signalons la possibilité de la coexistence du goitre endémique et du goitre exophtalmique, état que M. Marie propose de dénommer goitre basedowifié.

Nous devons maintenant examiner la nature de la maladie. Quelle est la véritable cause efficiente de tous ces troubles ? La solution de ce problème a provoqué les efforts de tous les auteurs. Nous n'avons point l'intention de reprendre ici l'historique de la pathogénie du goitre exophtalmique, la question ayant été très bien traitée à cette place par M. le docteur Haskovec. Nous exposerons seulement la nouvelle théorie de M. le docteur Abadie. La facilité avec laquelle elle rend compte des faits, les résultats si satisfaisants obtenus par le mode de traitement qui en découle, nous la font regarder, sinon comme la vraie, du moins comme la meilleure de toutes celles proposées jusqu'ici.

V

Pathogénie. — Les résultats des autopsies étant extrêmement variables, la constatation d'une lésion caractéristique de telle ou telle partie, qui permît d'y placer le point de départ de la maladie, n'ayant pas été faite, les auteurs ont cherché surtout à établir, par le raisonnement, une théorie pathogénique dont ils cherchaient la confirmation dans l'étiologie, l'anatomie pathologique ou la physiologie expérimentale. Le plus souvent, on arrivait facilement à se convaincre, malgré quelques faits inexpliqués, on en déduisait un mode de traitement ; quelques prétendues guérisons se produisaient et l'on se déclarait en possession de la véritable cause efficiente de la maladie.

C'est ainsi qu'on a regardé successivement celle-ci comme une névrose du vague, une névrose du bulbe, une névrose générale, etc. La lésion relativement constante de la thyroïde occasionna la fameuse théorie thyroïdienne, où la maladie est regardée comme produite par l'hyperactivité de la glande. « Le corps thyroïde altéré dans son fonctionnement déterminerait une intoxication du sang. La maladie de Basedow consisterait en une hyperthyroïdation de l'organisme, de même que le myxœdème serait dû à une hyposécrétion de la glande thyroïde » (Potain). L'heureux résultat de la thyroïdectomie pratiquée par M. le professeur Tillaux, en 1880, dans un cas de goitre exophtalmique, eut un grand retentissement et fut pour beaucoup dans le succès de cette théorie. Mais aujourd'hui l'enthousiasme a cessé devant les insuccès nombreux, voire même les accidents consécutifs à l'intervention chirurgicale sur la glande thyroïde, et lorsque M. Jaboulay (de Lyon), en 1895, eut pratiqué la section du cordon sympathique cervical, dans un cas de goitre exophtalmique récidivé malgré plusieurs interventions sur la thyroïde, et en obtint un excellent résultat, l'attention se porta de nouveau sur le grand sympathique. M. le docteur Abadie, au dernier Congrès de chirurgie, exposait une nouvelle théorie fort séduisante, avec des déductions thérapeutiques dont les observations successives semblent vouloir définitivement confirmer l'efficacité.

« Dans le goitre exophtalmique, tout semble se comporter comme s'il y avait une *excitation* permanente des *fibres vaso-dilatatrices seules* du grand sympathique cervical ou de leurs noyaux d'origine » (Abadie).

Le sympathique cervical, tenant sous sa dépendance les vaisseaux du cou, contient des filets vaso-constricteurs et des filets vaso-dilatateurs, dont l'existence est actuellement parfaitement établie. Les vaso-dilatateurs produisent la dilatation des vaisseaux du cou par inhibition, c'est-à-dire en annihilant l'action des vaso-constricteurs, il se produit là, comme le fait remarquer M. Abadie, des phénomènes d'interférence nerveuse, analogues aux phénomènes d'interférence de la lumière ; on s'explique dès lors facilement comment la tunique musculaire des artères, composée d'un seul appareil de fibres circulaires, peut produire à la fois dilatation ou contraction artérielle.

Admettons maintenant une excitation continue des fibres vaso-dilatatrices du sympathique cervical : les vaso-constricteurs n'agissent plus, les artères carotides et thyroïdiennes se dilatent ; le corps thyroïde s'hypertrophie consécutivement à la turgescence de ses artères, d'où le goitre. Les vaisseaux rétro-bulbaires se dilatent pour le même motif, d'où l'exophtalmie. Enfin la tachycardie existera comme elle existe toujours lorsque le grand sympathique est excité.

Voilà donc nos trois grands symptômes expliqués très facilement. Quand aux symptômes secondaires, ils reconnaissent pour cause la suractivité fonctionnelle de la thyroïde, consécutive à son hypertrophie. Une substance toxique est déversée dans le sang d'une façon exagérée et produit le tremblement, les sueurs profuses, les malaises, les diarrhées, etc.

La théorie de M. Abadie rend compte également des différentes formes de la maladie, et notamment des formes frustes.

Lorsque l'exophtalmie est prédominante, c'est que l'excitation porte surtout sur le centre médullaire, présidant à la dilatation des vaisseaux rétro-bulbaires.

Le corps thyroïde présente-t-il une hypertrophie manifeste, alors que l'exophtalmie et la tachycardie sont presque insignifiantes, c'est que les centres d'où parlent les filets dilatateurs des artères thyroïdiennes sont surtout intéressés.

Enfin la tachycardie, qui parfois existe seule, est la conséquence de l'excitation spéciale des centres d'où émanent les filets se rendant au cœur.

On s'explique très bien également la localisation des troubles vasculaires au cou ; la limitation uniquement à droite de certains cas de goitre exophtalmique.

Enfin l'étiologie vient plaider encore en faveur de la théorie. Les accidents initiaux de la maladie éclatent souvent à la suite d'une émotion puissante : or « les émotions agissent surtout sur les centres nerveux présidant aux contractions et aux dilatations des vaisseaux de la face, comme

Congr. franç. des méd. alién. et neurol. Bordeaux, 2e session, août 1895. — HASKOVEC. La maladie de Basedow : son traitement et sa pathogénie, *Gaz. des hôp.*, Paris 1895, 833-840. — JOFFROY. Corps thyroïde et maladie de Basedow, Congr. franç. des méd. alién. et neurol., Bordeaux, août 1895, 2e session; — JOFFROY. Nature et traitement du goitre exophtalmique, *Progrès méd.*, Paris 1894, 2e s. XIX, 61, etc. — PANAS. Goitre exophtalmique ou maladie de Basedow; nature et traitement de cette affection, *Arch. d'ophtal.*, Paris, 1880-1881, *i*, 97-111. — RENAUT. Corps thyroïde et maladie de Basedow, Congr. franç. des méd. alién. et neurol., Bordeaux, 2e session, août 1895. — STARR. Nature et traitement du goitre exophtalmique, *Med. News*, Philadelphie, 8 avril 1896, 420-421.

ABADIE. Nature et traitement du goitre exophtalmique, *Presse méd.*, 3 mars 1897. — ABADIE. Nature et traitement du goitre exophtalmique, *Clinique ophtal.*, 1897, n° 1.

Traitement. — BUSCHAN. Diagnose und Therapie des Morbus Basedowii, *Deuts. med. Woch.*, Leipzig 1895. — DRAPER. Traitement de la maladie de Graves, *The Lancet*, Londres 1891. — FERGUSON. Recent experience in the treatment of exophtalmic goitre. *Gaillard's Med. Journ.*, New-York 1890, l. 1, 511-516. — JOFFROY. Traitement du goitre exophtalmique, *Union méd.*, Paris 1892, 3 s., 649, 673. — JOSIPAVICI. Therapie des Morbus Basedowii, *Dissert. inaug.*, Berlin 1887. — LIÉGEOIS. Traitement du goitre exophtalmique. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, Paris 1887, 627-630. — MÖBIUS. Traitement du goitre exophtalmique, *Spec. Path. und Therap. de Nothnagel*, Vienne 1896. — OWEN. Further notes on the treatment of a case of exophtalmic goitre, *Brit. Med. Journ.*, Londres 1895, 361. — ROCKWELL. The treatment of exophtalmic goitre, based on forty-five consecutive cases, *Med. Rec.*, New-York 1893, 417-420. — SIECKE. Traitement de la maladie de Basedow, *Dissert. inaug.*, Berlin 1892. — STILLER. Zur Therapie des Morbus Basedowii, *Verh. d. Cong. f. innere Med.*, Wiesbaden 1888, 454, 461. — TAYLOR. The treatment of exophtalmic goitre, *Med. News*, Philadelphie 1893, 673-711. — VOISIN. Traitement de la maladie de Basedow par l'alimentation thyroïdienne, Congr. franç. des méd. alién. et neurol., Bordeaux, 2e session, août 1895. — VIGOUROUX. Sur le traitement et sur quelques particularités cliniques de la maladie de Basedow, *Progrès méd.*, Paris 1887, 2e session, 310-319. — VALIERI. Contribuzione alla terapeutica del gozzo exoftalmico, *Clinica*, Napoli 1875, 118-120.

BOGROFF. Contribution à l'étude de la valeur physiologique de la glande thyroïde et de son rôle dans la pathologie et la thérapie de la maladie de Basedow, *Yuz. russ. med. Gaz.*, Odessa 1894, III, 93, 107, 125. — BLAKE. Amylnitrite in exophtalmic goitre, *Practitioner*, Londres 1877, II, 189-193. — CAUSSIN. Un cas de goitre exophtalmique traité par la thyroïdothérapie, *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens 1895, 233-237. — CHIBRET. Le salicylate de soude dans le goitre exophtalmique, *Rev. gén. d'opht.*, Paris 1895. — DESNOS. Du traitement du goitre exophtalmique par les injections sous-cutanées de duboisine, *Bull. gén de thérap.*, etc., *de Paris*, 1881, 59-70. — GEOFFREDI. Thérapeutique de la maladie de Basedow par le sérum de chien éthyroïdé et additionné de 0,1 p. 100 de crésol à la dose de 1/2 cent. cube à 1 cent. cube par jour, *Semaime méd.*, Paris, 20 mai 1896. — GLAX. Zur klimatotherapie des Morbus Basedowii, *Wien. med. Woch.*, 1895, XLV, 427. — MOORE. Basedow's disease, and its treatment with sodium phosphate, *Columbus med. Journ.*, 1895, XV, 250-257. — MORGAN. Dilatation of the cavities of the heart, with probably some hypertrophy complicated with exophtalmic goitre, successfully treated with digitalis, *Med. and Surg. Rep.*, Philadelphie 1879, XLI, 290. — V. NORDEN. Théorie et pratique de la thérapeutique par la glande thyroïde dans l'obésité et la maladie de Basedow, *Zeits. f. prakt. Ærzt.*, 1896, I janv., 3-10. — O'DONOVAN. A case of exophtalmic goitre treated during two years with tincture of strophantus, *Maryland Med. Journ.*, Baltimore 1894, 208-210. — RANSE. Du traitement de la maladie de Basedow, en particulier de ses formes frustes, par les eaux minérales indéterminées, Congr. int. d'hydrol. et climat., *C. R.*, Paris 1886. — SILEX. Traitement de la maladie de Basedow avec la thyroïdine, Soc. méd. de Berlin, 5 fév. 1896. — STEWART. Three cases of exophtalmic goitre treated by ergot, *Canada Lancet*, Toronto 1881-82, XIV, 165-167. — SMITH. On the treatment of goitre with belladonna, *The Lancet*, Londres 1874, 902. — TATY et GUÉRIN. Sur un cas de maladie de Basedow traité par l'ingestion de thymus de veau et de thyroïdine, Congr. franç. des méd. alién. et neurol., Bordeaux, 2e session, août 1895. — WILSON. Saline baths in Grave's disease, *Practitioner*, Londres 1895, LV, p. 227-233. — VOISIN. Maladie de Basedow améliorée par l'ingestion de glande thyroïde, *Semaine méd.*, Paris 1894, p. 472.

GILBERT et D'HARCOURT. Goitre exophtalmique traité avec succès par l'hydrothérapie, Congr. méd. de France, Paris 1863, 177-185. — GRENELL. De l'hydrothérapie dans le traitement du goitre exophtalmique, *Rev. méd. de l'Est*, Nancy 1883, 425-433. — WINTERINTZ. *C. R. de la 23e réun. de la Soc. balnéol. de Vienne*, 12 mars 1897.

ANCONA. Exophtalmic goitre guarito colla galvanizzazione del simpatico al collo, *Indipend.*, Torino 1878, 175-185. — BORDIER. Contribution au traitement faradique du goitre exophtalmique, *Arch. d'élect. méd.*, Bordeaux 1894, 417-426. — BLACKWOOD. The treatment of exophtalmic goitre electricity, *Philad. Med. Times*, 1880-81, 449-452. — CARDON. The practical electrotherapics of Grave's disease, *The Lancet*, Londres 1891. — CHVOSTEK. Beitrage zur electrotherapie Morbus-Basedowic, *Wien. med. Presse*, 1871, 1032-1054, etc. — DANION. Électrothérapie de la maladie de Basedow, *Bull. et mém. de la Soc. de méd. prat.*, Paris 1888, 794-801. — HADDEN. A case of exophtalmic goitre treated by the continuous currents, *The Lancet*, Londres 1887, 204. — MARANO. Case of goitre treated by electricity, *Austral. med. Gaz.*, Sydney 1889-90, 67. — MEYER. Ueber galvanisation des sympathicus bei der Basedowschen Krankheit, *Berl. klin. Woch.*, 1872, 468. — PHILIPPS. Grave's disease cured by galvanism, *Brit. med. Journ.*, Londres 1885, 964. — REGNIER. Traitement du goitre exophtalmique par l'électricité, *Rev. int. d'électr.*, Paris 1895-96, 17-22. — THOMAS. Note sur le traitement du goitre par l'électrolyse avec observation, *Arch. d'élect. méd.*, Bordeaux 1894, p. 432-36. — VIGOUROUX. Le traitement électrique du goitre exophtalmique; sa technique opératoire, *Gaz. des hôpit.*, Paris 1891, 494.

AUDRY. Sur le traitement chirurgical du goitre exophtalmique, *Bull. méd.*, Paris 1889, 708. — BOBONE. Traitement opératoire de la maladie de Basedow, *Ann. d'oculist.*, nov. et déc. 1886. — DURAND. *Du traitement opératoire du goitre exophtalmique*, Th. de Paris, 1895. — HEYDENREICH. Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow, *Semaine méd.*, Paris 1895, 269. — LEFLAIVE. Le goitre exophtalmique chirurgical, *Bull. méd.*, Paris 1892, 931. — LEMKE. Was wir von chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowii zu erwarten haben, *Deuts. med. Woch.*, Leipzig 1894, 809. — MIKULICZ. Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit, *Verhandl der deutsch Geselisch. f. Chir.*, Berlin 1895, 21-29. — ROUX. Remarques sur 115 opérations de goitre, *Jubilé de Kocher*, Wiesbaden 1891. — SULZER. Bericht über 200 Kropfoperationen mit besonderer Berucksichtigung der Endresultate, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, Leipzig 1893, 193-232. — STEFANI. *Traitement chirurgical du goitre exophtalmique*, Th. de Lyon, 1894. — SOLARY. Du traitement chirurgical du goitre exophtalmique, Th. de Paris, 1894. — TUFFIER. Traitement chirur-

gical du goitre exophtalmique, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1895, 125-128.

Thyssen. Hérédité similaire dans un cas de maladie de Basedow; disparition du goitre par des injections de teinture d'iode, *Progrès méd.*, Paris 1889, 2e série, 67-69.

Briner. Ueber die operative Behandlung der Basedow'schen Krankheit durch staumektomie, *Beitr. z. klin. Chir.*, Tubingue 1894, 704-750. — Coley. Thyroïdectomie pour un goitre exophtalmique, *The New-York Surg. Soc.*, 1896. — Ingals et Ohls. The treatment of goitre and exophtalmic goitre with thyroïd extract, *New-York Med. Journ.*, 7 sept. 1895. — Kocher. Bericht über Kropfextirpationen, *Verhandl. d. deuts. Gesellsch. f. Chir.*, Berlin 1895, 19-37. — Newton. A case of exophtalmic goitre; thyroïdectomy, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1894, CXXX, 392. — Trzebicci. Résultats éloignés des résections de goitre de Mickulicz, *Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin 1888. — Tillaux. Thyroïdectomie pour un goitre exophtalmique; guérison, *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris 1883, n° 23, 401-412.

Brissaud. Sur un cas de mort par exothyropexie pour un goitre exophtalmique, *Médecine mod.*, Paris 1894, 243-245; Exothyropexie dans le goitre exophtalmique, *Leçons sur les maladies nerveuses*, Paris 1895. — Jaboulay. Le traitement du goitre exophtalmique par l'exothyropexie, *Médecine mod.*, Paris 1894, 275. — Poncet et Jaboulay. Traitement chirurgical des goitres par l'exothyropexie; Mécanisme de la résorption des goitres exposés à l'air, *Bull. méd.*, Paris 1894, 14-23; Traitement chirurgical des goitres par l'exothyropexie, *Gaz. des hôp.*, Paris 1894.

Kohler. Ligature des artères thyroïdiennes dans la maladie de Basedow, *Dissert. inaug.*, Bonn 1891. — Lavisé. Traitement du goitre exophtalmique par la ligature des quatre artères thyroïdiennes, *Bull. méd.*, Paris, juin 1893.

Gayet. Section du sympathique cervical dans le goitre exophtalmique, *Lyon méd.*, 26 juill. 1896.

Jaboulay. Section du sympathique cervical dans la maladie de Basedow, *Lyon méd.*, 22 mars 1896. — Jonnesco. Traitement du goitre exophtalmique, *Ann. d'ocul.*, mars 1897.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (1)

Par le docteur J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

III

DEUXIÈME SÉRIE

Infection péritonéale aiguë.

Je place ici une deuxième série d'observations : celle des malades infectés dans des proportions relativement modérées. J'entends par là qu'au moment où ils ont été opérés, les phénomènes d'intoxication microbienne, bien que très sérieux, n'avaient pas atteint de beaucoup le degré d'importance qu'ils avaient dans la série précédente.

Aussi voyons-nous les résultats devenir immédiatement meilleurs, et nous sortons ici de cette terrible série noire que n'éclaire la guérison d'aucun des malades dont je viens de publier l'histoire. Malheureusement, cette série est courte, elle se compose de trois observations seulement, avec une mort et deux guérisons.

Obs. XII. — *Grand abcès rétro-pariétal d'origine inconnue. Laparotomie. Mort.* — X..., neuf ans, entrée le 14 août 1895 à la Pitié, dans le service de M. Berger, et opérée d'urgence à neuf heures du soir.

Les renseignements sur l'origine et les débuts de la maladie sont absolument nuls.

L'enfant est très amaigrie. Le ventre est énorme, distendu; l'ombilic saillant, légèrement rouge, semble prêt à se perforer.

Anesthésie générale, presque instantanée, au chloroforme.

Incision médiane de 10 centimètres, partant de l'ombilic. Il s'écoule plus d'un grand litre de pus vert et épais. Lavage à l'eau bouillie. La paroi profonde de l'abcès, qu'il est facile d'examiner, est constituée par une membrane épaisse, rougeâtre, tomenteuse, assez régulièrement unie et qui recouvre uniformément le paquet intestinal, sans qu'il soit possible de reconnaître derrière elle aucun organe un peu net.

Mais, au cours des manœuvres d'exploration, cette membrane, qui est friable, se déchire et derrière elle apparaissent les intestins. Ils sont lisses, d'aspect parfaitement normal. L'exploration du côté de la cavité péritonéale, qui paraît saine, n'est pas poussée plus loin de peur de l'infecter, mais il me semble évident que tous les organes contenus dans son intérieur sont dans leur état normal.

Drainage à la gaze stérilisée, suture de la paroi. Mort dans la nuit, huit heures environ après l'opération. Autopsie non faite.

Cette observation est des plus obscures.

Il est déjà fort difficile de se rendre un compte exact du siège de l'abcès. La membrane qui s'est crevée en un point isolait complètement la cavité péritonéale de la cavité de l'abcès. Celui-ci était limité en avant sur la paroi abdominale, en arrière par la membrane néoformée. Peut-être siégeait-il dans l'épaisseur de la paroi abdominale elle-même entre la couche musculo-aponévrotique en avant, et le péritoine en arrière. A vrai dire, cela me paraît à peu près impossible car le péritoine est trop adhérent aux aponévroses pour pouvoir en être isolé. Il est donc vraisemblable qu'il s'agissait là d'une membrane de nouvelle formation, développée en avant du paquet intestinal. Celui-ci et la cavité péritonéale entière étaient complètement séparés de l'abcès qui m'a paru former une poche isolée et fermée de toutes parts.

Quant à l'origine de cette collection purulente, je l'ignore complètement (1).

Voilà donc, en réalité, une simple ouverture d'abcès suivie de mort et de mort rapide. J'y reviendrai plus loin, mais je suis convaincu que cette ouverture d'abcès a été, par la force des choses, transformée en une grave opération, en une laparotomie véritable, avec anesthésie, lavage, etc. Si je m'étais borné, sans endormir la petite malade, en me contentant au besoin d'une simple injection de cocaïne, à lui ouvrir son abcès, qui ne demandait qu'à se vider en crevant l'ombilic, il est fort possible que j'eusse sauvé la malade. En tout cas, le résultat n'eût pas été plus mauvais que celui qui a été obtenu.

Évidemment cela est facile à dire, une fois l'opération faite, mais avant d'ouvrir le ventre, ignorant la longueur et les difficultés possibles de l'opération que j'allais entreprendre, en face d'une enfant épouvantée et qui eût poussé des hurlements rien qu'à la vue de la seringue à cocaïne, il n'en était pas de même, et prévoyant une opération grave,

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 678.

(1) Je suis aujourd'hui convaincu qu'il s'agissait dans ce cas d'une péritonite à pneumocoques. Ce cas est superposable à ceux qui ont été publiés par Brun (*Presse méd.*, 1897, p. 89). Malheureusement, l'examen bactériologique n'a pu être fait.

douloureuse et des recherches peut-être longues et compliquées, j'endormis ma petite malade. Je crois que tout le monde en eût fait autant à ma place et peut-être doit-elle la mort à cette décision pourtant bien naturelle.

Obs. XIII. — *Perforation de la vésicule biliaire au cours d'une grossesse : péritonite diffuse. Laparotomie. Guérison* (1). — J... (Marthe), vingt-quatre ans, lingère, opérée le 3 septembre 1896, à l'hôpital Saint-Antoine.

Trois enfants : il y a un an, fièvre typhoïde banale. En mai, douleurs vives dans la région du foie, faisant croire à une colique hépatique. *Jamais d'ictère.*

En juin elle redevient enceinte.

Dans la nuit du 30 au 31 août, douleur très vive dans la région lombaire, la fosse iliaque droite et l'épaule *gauche.* Vomissements verdâtres. Transportée à l'hôpital.

Dans la nuit du 2 au 3 septembre, légères douleurs utérines et métrorragie qui font craindre un avortement. Les vomissements se reproduisent d'une façon presque incessante. Ni selles, ni gaz, face pâle, très altérée; yeux enfoncés, ventre ballonné, très douloureux, surtout à droite, où il y a un maximum de douleur très net, un peu à droite de l'ombilic.

Percussion normale.

Pouls à 120, petit et faible. État général inquiétant.

Malgré le siège un peu élevé du maximum de la douleur, on pense à une péritonite diffuse, consécutive à une perforation appendiculaire.

La laparotomie immédiate est décidée. Anesthésie à l'éther. Incision classique de l'appendicite, dans la fosse iliaque droite. Dès l'ouverture du péritoine, une certaine quantité de liquide puriforme jaunâtre s'écoule au dehors. Il y a des fausses membranes; les anses intestinales sont rouges, la péritonite est manifeste.

Je vais à la recherche de l'appendice qui est sain. Les annexes le sont également; l'utérus gravide est reconnu. Ne sachant pas d'où partait l'infection, je fais une seconde incision médiane, sous-ombilicale, afin d'explorer plus facilement l'abdomen. A peine ai-je ouvert le péritoine que je constate qu'il est beaucoup moins malade que dans la fosse iliaque et que, par conséquent, je m'éloigne du foyer du mal. Je referme immédiatement mon incision médiane, et je reviens à droite.

A ce moment je remarque que le pus est extrêmement jaune. Pensant qu'il pouvait être coloré par la bile, j'agrandis par en haut mon incision latérale. A mesure que je m'approche de la région sous-hépatique, les lésions s'accentuent, les fausses membranes deviennent plus nombreuses et plus épaisses, les anses intestinales adhèrent les unes aux autres. Toute la région sous-hépatique est pleine de pus. Vers la ligne médiane les lésions vont en diminuant, mais elles ne sont point circonscrites et aucune barrière d'adhérences ne vient limiter du côté de la cavité péritonéale cette inflammation, qui est diffuse.

En explorant la vésicule biliaire afin de voir s'il n'y avait pas de calculs dans son intérieur, je la comprime légèrement sous la face inférieure du foie. Un flot de bile pure, claire, opaline, d'aspect normal, inonde aussitôt ma main et se répand dans le péritoine. Il y a donc évidemment une perforation de la vésicule biliaire.

Il est impossible de voir cette perforation, perdue dans des adhérences. D'ailleurs l'opération se prolonge, la malade est faible, je nettoie avec des compresses, des éponges, de l'eau bouillie. Je tamponne la région à la gaze stérilisée, j'y place un gros drain et je suture à la soie ma plaie médiane, puis ma plaie latérale, qui est immense et a au moins 30 centimètres.

(1) Publiée dans la *Gaz. hebd.*, 1897, p. 79, et le *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1896, p. 743.

Durée de l'opération : 45 minutes environ.

Le lendemain, 4, état général excellent. Les vomissements ont disparu, le pouls est à 100.

Le 5, premier pansement. Il y a dans ce pansement un peu de pus et un peu de bile.

Le 7, nouveau pansement. A peine y a-t-il quelques gouttes de bile. La gaze qui sert de tampon est enlevée sans incident, le tube laissé en place. La plaie est rouge et infectée sur toute son étendue.

Les pansements sont renouvelés tous les trois ou quatre jours sans qu'on retrouve la moindre trace de bile.

Le 12, quelques fils sont enlevés. L'incision médiane est complètement réunie.

Le 17, alors que la température est à 37, la malade est prise de vomissements porracés, qui se renouvellent plusieurs fois dans la journée et les jours suivants, pour cesser le quatrième jour; comme il n'y a aucune trace de péritonite, ils sont mis sur le compte de la grossesse.

Le drain est raccourci peu à peu; enlevé le 25. La plaie qui lui donnait passage se comble peu à peu et à la fin de novembre la cicatrisation est complète.

L'état général est excellent et la grossesse continue son évolution naturelle (1).

Il est regrettable que, dans cette observation, l'examen bactériologique n'ait pas été fait. Il n'en est pas moins certain, de par la fièvre, de par l'aspect du liquide péritonéal, de par l'infection rapide de toute l'étendue de la plaie pariétale, que nous nous trouvons ici en présence d'une péritonite septique, d'une virulence moyenne, je le veux bien, mais néanmoins parfaitement caractérisée. Il est cependant évident, malgré la gravité des symptômes observés, que la malade n'était pas en proie, au moment où elle a été opérée, à ces phénomènes d'intoxication suraiguë et irréparable, tels que ceux que présentaient les malades de la première série. Aussi, me semble-t-il incontestable que la très heureuse issue de cette observation est due en grande partie à ce qu'elle a eu lieu chez une malade encore résistante et qu'une infection suraiguë n'avait point encore terrassée.

Ici encore le diagnostic a été erroné. Il avait été, je le sais, posé avec quelques réserves, à cause du siège un peu élevé de la douleur. Ce n'en était pas moins, à mon avis, un cas d'appendicite très probable, et je le croyais si bien que j'ai fait précisément l'incision de l'appendicite. Et c'est ici qu'éclate dans toute son évidence la difficulté d'un diagnostic précis dans toutes ces affections péritonéales. Dans un certain nombre des observations précédentes (Obs. I et II), alors qu'il s'agissait d'appendicite, les symptômes m'avaient paru assez peu nets pour que je fisse une incision médiane, et ici où des signes assez manifestes m'avaient conduit à choisir l'incision de l'appendicite, c'est précisément en présence d'une autre affection que je me suis trouvé. J'aurais pu, certainement, éviter de pratiquer une incision médiane. Le siège de la douleur aurait dû m'engager à agrandir immédiatement vers le haut mon incision latérale. Mais encore une fois cela paraît fort clair, après coup, et il est bien évident que, si j'ai cru devoir explorer la région médiane, c'est parce que l'idée d'explorer la région sous-hépatique, qui me paraît aujourd'hui si simple, n'était, puisque je ne l'ai pas eue, ni aussi simple, ni aussi claire.

(1) La malade a accouché à terme au commencement de mars 1897, dans des conditions normales.

Je pensais surtout, au moment où j'ai fait mon incision hypogastrique, à faciliter une évacuation complète du pus intrapéritonéal et à permettre un lavage plus soigné. Cette incision est d'ailleurs loin d'avoir été inutile. Elle m'a permis de me rendre compte que je m'éloignais du foyer du mal, et m'a pour ainsi dire forcé à circonscrire mes recherches dans la moitié gauche de l'abdomen, vers laquelle je suis immédiatement revenu avec l'intention de n'en plus sortir. Il est fort possible que si je n'eusse pas fait cette fausse manœuvre, je me serais contenté de drainer au niveau de mon incision iliaque, ce qui eût été sans doute insuffisant et n'eût pas empêché la mort de la malade.

Voilà donc un cas dans lequel c'est une manœuvre en apparence inutile et même nuisible, qui m'a remis dans le droit chemin et m'a permis de découvrir la cause du mal et de sauver mon opérée, tant il est vrai qu'au lit du malade les règles de la clinique ne comptent pas toujours autant que certaines circonstances imprévues dont il faut savoir profiter. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juin 1897. — Présidence de M. DELENS.

COMMUNICATIONS

Ablation des cancers du rectum. — M. QUÉNU lit un mémoire sur un procédé d'ablation totale des cancers du rectum.

Hystérectomie abdominale totale. — M. RICHELOT a décrit récemment le procédé auquel il s'est arrêté pour l'ablation totale de l'utérus par la voie abdominale dans les cas de fibromes. Il désire aujourd'hui faire connaître le procédé qu'il emploie pour l'hystérectomie abdominale totale dans les cas de lésions des annexes.

Ce n'est pas que M. Richelot abandonne en rien l'opinion qu'il a soutenue sur l'hystérectomie vaginale, ni sa préférence pour cette voie dans les cas de suppuration pelvienne avec bilatéralité des lésions. Mais dans certains cas, lorsqu'il s'agit d'une femme jeune et qu'on n'est pas sûr de la bilatéralité des lésions, M. Richelot a recours, comme la plupart de ses collègues, à la voie abdominale. Une fois cette voie choisie, si l'on est mis en demeure de faire la section des annexes des deux côtés par le fait de la bilatéralité des lésions, M. Richelot ne voyant plus aucun avantage à conserver l'utérus, l'enlève alors avec les annexes. Il reste donc entendu que, lorsqu'on a fait le diagnostic de la bilatéralité des lésions annexielles, c'est l'hystérectomie vaginale qu'il faut préférer. D'après la statistique de M. Richelot, celle-ci, en effet, donne 95 p. 100 de guérisons, tandis que l'hystérectomie abdominale totale pour lésions annexielles ne donne que 65 p. 100 de succès. En présence d'un diagnostic ferme, il ne faut donc pas hésiter à préférer la voie vaginale. Dans les cas douteux où on a cru devoir commencer par la laparotomie et où on se trouve obligé à la section double des annexes, il y a tout avantage alors à sacrifier l'utérus devenu inutile. Dans ces cas, en effet, le résultat thérapeutique reste le même que celui de l'hystérectomie vaginale. C'est le procédé qu'il met en œuvre dans ces cas que M. Richelot décrit devant la Société en montrant des figures.

PRÉSENTATION DE MALADES

Coxalgie et luxation congénitale de la hanche. — M. KIRMISSON présente deux enfants : l'un, atteint de coxalgie, a subi le curetage intégral vanté par M. Ménard. Il a une attitude vicieuse et des fistules. L'autre a été traité chirurgicalement pour une luxation congénitale de la hanche ; il a également des fistules. M. Kirmisson se contente aujourd'hui de présenter ces malades, devant revenir sur ces faits à propos de la discussion en cours.

Uretère surnuméraire. — M. ALBARRAN présente une jeune fille qui était atteinte d'un uretère surnuméraire s'ouvrant à la vulve et dans le vagin et qu'il a guérie par l'abouchement de cet uretère dans la vessie.

ÉLECTION

M. Potherat a été élu membre titulaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

En témoignage de leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité et à l'étude des questions s'y référant, des médailles ont été décernées aux docteurs en médecine dont les noms suivent :

Médaille d'or : M. Lande (de Bordeaux).

Médailles de vermeil : MM. Villard (de Guéret) et Larue du Barry (de Limoges).

Médailles d'argent : MM. Bertin (de Nantes), Gautrelet (de Dijon) et Vigenaud, médecin-major à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

Médaille de bronze : M. Edm. Jolly (de Neufchatel-en-Bray).

— M. le docteur Victor Courdoux est nommé médecin-inspecteur des écoles du XVIIIe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Mars, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Michiels (de Chauvigny) ; J. Sacré et Alf. Stocquart (de Bruxelles).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 21 juin 1897.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous recevons d'un de nos correspondants la lettre suivante :

« Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me donner votre avis sur les faits suivants :

Dans ma localité, nous sommes deux docteurs qui ne sommes peut-être plus très au courant des règles de la déontologie médicale. Médecin d'une famille dans laquelle j'ai mis un enfant au monde en 1895, et retenu pour un nouvel accouchement qui devait arriver dans le courant du mois, je me trouve absent le jour de l'événement, occupé que j'étais par un autre accouchement à 6 kilomètres de ma résidence. Le mari m'envoie chercher en voiture. Dans l'intervalle, la situation de ma cliente devenant pressante, on a recours à mon confrère. J'arrive dix minutes après lui. Je lui laisse le soin de terminer l'accouchement.

Quelle conduite devait-il tenir dans les suites de couches?

Je vous serais reconnaissant de me répondre par la voie de votre estimable journal, de façon que mes confrères puissent profiter de votre manière de voir.

Veuillez agréer, etc. »

La question que soulève notre confrère est des plus simples à résoudre et ne nous paraît prêter matière à nulle discussion. Quand un médecin est appelé dans la clientèle d'un confrère absent et empêché, pour un cas fortuit ou grave, qui ne permet pas d'attendre l'arrivée du médecin habituel, et que le médecin requis s'est rendu à cet appel, il doit, après avoir donné ses soins, se retirer, et considérer son rôle comme terminé.

Différents cas peuvent toutefois se présenter. Si le médecin mandé n'est plus sollicité par la famille de retourner voir le malade et si le médecin traitant reprend la direction du traitement, celui-ci doit, dans ce cas, remercier directement son confrère d'avoir bien voulu donner ses soins à l'un de ses clients et s'inquiéter près de ceux-ci pour le faire honorer.

Dans certaines conditions difficiles à préciser ici, mais qu'il est aisé d'apprécier pour chaque cas particulier, il conviendra que le médecin habituel, avant de reprendre le traitement de son malade, sollicite une consultation avec le confrère qui l'a remplacé, en son absence, et qui a assisté au début ou à l'une des phases graves de l'affection.

Mais il peut arriver que le malade veuille continuer à recevoir les soins du médecin qu'il a mandé. Dans ce cas, le devoir strict de celui-ci, qui a dû prévenir le confrère qu'en son absence il a soigné l'un de ses clients, est de refuser cette proposition. Toutefois, comme il n'est pas possible d'imposer aux malades les lois qui peuvent nous régir, si le malade persiste à réclamer comme médecin définitif son médecin occasionnel, il faut que celui-ci, après avoir fait tous ses efforts pour refuser, après avoir averti le confrère évincé, s'assure que son nouveau client s'est acquitté vis-à-vis de son ancien médecin. Mais, ce dernier cas doit être bien exceptionnel, si le médecin appelé a eu la ferme intention de se conformer aux règles de la saine déontologie et a bien fait comprendre à la famille qu'on ne change pas son médecin uniquement par le fait qu'il était absent au moment même où on a été le chercher. Si de pareilles mœurs s'établissaient chez nous, c'en serait fait de la dignité professionnelle et le médecin serait ravalé au rang du plus infime des fournisseurs.

Nous répondons donc à la question que nous pose notre correspondant en disant que le médecin, appelé en son absence, devait, aussitôt l'accouchement terminé, se retirer et laisser les suites de couches au médecin habituel, et nous terminons en disant qu'un médecin, appelé fortuitement dans la clientèle d'un confrère, doit se considérer uniquement comme le remplaçant *momentané* de ce confrère et disparaître dès le retour de celui-ci.

La plus grande partie de la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (18 juin) a été consacrée à la discussion d'une nouvelle communication de MM. Achard et Castaigne, ayant pour objet « l'application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale ».

Dans cette nouvelle étude, confirmative d'ailleurs de leurs précédents travaux, les deux auteurs apportent le résultat de 50 observations nouvelles et de 18 autopsies.

Dans 22 cas d'élimination normale du bleu, l'autopsie permit de constater l'intégrité du rein ; et dans 28 cas d'élimination tardive, des lésions du rein furent rencontrées dans les 13 autopsies pratiquées.

Dans les faits ressortissant à cette dernière catégorie, les auteurs signalent notamment trois cas d'infection urinaire avec pyélo-néphrite suppurée, un cas de néphrite interstitielle avec atrophie considérable, des reins kystiques trouvés à l'autopsie d'un cardiaque albuminurique.

L'étude de l'élimination du bleu est, en somme, appelée à rendre de sérieux services, non seulement à la clinique médicale, mais à la chirurgie, et aussi à l'obstétrique. A cet égard, il est curieux de citer une observation de M. Schwartz : chez un malade atteint d'hydronéphrose, et chez qui le cathétérisme de l'uretère permettait de recueillir l'urine de chaque rein séparément, le bleu ne passa pas du côté de l'hydronéphrose et passa, avec un léger retard, par le rein considéré comme sain et dont l'urine contenait, il est vrai, quelques traces d'albumine.

Pour vérifier la capacité d'absorption, MM. Achard et Castaigne ont utilisé les injections de 20 centigrammes de chlorate de soude, substance qui s'élimine à la fois par la salive et par l'urine, et qui présente, sur l'iodure de potassium, l'avantage de ne produire ni douleur ni irritation locale. L'apparition du chlorate dans l'urine est plus tardive que dans la salive chez les sujets dont la perméabilité rénale défectueuse est attestée par l'épreuve du bleu.

Quelques particularités relatives à la technique du procédé méritent d'être précisées. Il importe avant tout de faire les injections profondément afin d'éviter la formation de petits nodules d'induration ; il convient, en outre, de n'employer que du bleu de méthylène véritable et non d'autres bleus d'aniline, lesquels ne donnent pas les mêmes résultats. Le moyen le meilleur pour différencier les solutions de bleu, est de les examiner au spectroscope : le bleu de méthylène véritable fournit une bande d'absorption très foncée, située dans le rouge, bande que ne fournissent pas les autres bleus du commerce.

Le bleu de méthylène peut-il produire des résultats thérapeutiques ? Cette question, posée par M. Debove à M. Achard, soulève une discussion intéressante.

Pour M. Achard, le bleu de méthylène — d'ailleurs employé par lui à très faibles doses — semble sans action, favorable ou nuisible.

Pour M. Rendu, qui a employé le bleu de méthylène chez une diabétique, cette substance, même à faibles doses (12 centigrammes), paraît susceptible de produire quelques accidents, et en particulier des céphalées très pénibles.

M. Hirtz a employé le bleu dans six cas d'albuminurie, sans en retirer aucun bénéfice appréciable.

C'est à une conclusion semblable qu'est arrivé M. Chantemesse.

Citons encore, à propos de la communication de MM. Achard et Castaigne, les résultats obtenus par MM. Voisin et Hauser, en examinant la perméabilité rénale ches des épileptiques pendant et après les paroxysmes. Dans l'intervalle des crises, l'élimination apparente (c'est-à-dire la coloration des urines) commence à la première heure, devient maxima vers la troisième et se prolonge vers la cinquième ; l'élimination réelle, mesurée par l'examen à chaud, reste parallèle à l'élimination apparente.

Pendant la crise, l'aspect change ; l'élimination apparente ne commence que vers la douzième heure, elle se prolonge bien plus longtemps, tandis que l'élimination réelle se fait comme dans l'intervalle des crises.

Ces faits doivent être rapprochés de ceux que M. Voisin a déjà étudiés touchant l'albuminurie post-paroxystique et l'abaissement de la toxicité urinaire.

A joindre à la liste des services très remarquables que peut rendre le séro-diagnostic : MM. Chantemesse et Ramon présentent des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un homme qui entra à l'hôpital avec tous les signes de la méningite tuberculeuse la plus typique.

Le séro-diagnostic fut positif. Or, à l'autopsie, on trouva à la fois de la tuberculose généralisée, aux poumons, aux méninges, et des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Seul le séro-diagnostic permit de dépister l'infection typhique. Ces faits sont très intéressants et commencent à devenir plus nombreux, ce qui, ainsi que le fait remarquer M. Marfan, vient à l'encontre de l'ancienne théorie de l'antagonisme entre la tuberculose généralisée et la fièvre typhoïde.

La radiographie a donné à M. Danlos un résultat bien intéressant.

Chez un malade entré dans son service pour un ulcère variqueux de la jambe, on découvrit, au niveau du creux sus-claviculaire droit, une tumeur assez volumineuse, mi-partie molle, mi-partie dure, qui, en raison de quelques particularités, fut d'abord considérée comme un anévrysme. On constata cependant qu'il ne s'agissait que d'une exostose soulevant l'artère sous-clavière. Or, le fait curieux, c'est que cette tuméfaction siégeait sur une côte surnuméraire, ainsi que cela se rencontre couramment, côte surnuméraire que l'examen radiographique permit de reconnaître avec la plus parfaite netteté.

M. Comby, à la fin de cette séance, a entretenu la Société de ses recherches sur la dilatation de l'estomac chez les nourrissons.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. R. Moutard-Martin.

Pigmentation bleue chez une morphinomane névropathe et syphilitique (1).

Voici d'abord l'observation, qui m'a été remise par M. Bacaloglu, interne du service :

F. L..., âgée de trente-cinq ans, institutrice, entre à l'hôpital de la Charité, le 23 mars 1897 (salle Andral, n° 21, service du docteur Moutard-Martin). Sans aucune difficulté, elle dit de suite qu'elle vient à l'hôpital pour consolider sa guérison de la morphinomanie ; que, depuis un mois, elle a supprimé toute piqûre... Ayant une confiance limitée dans ses déclarations, on procède à l'examen du tégument externe et on est de suite frappé de la présence de taches pigmentées bleuâtres rappelant le tatouage, disséminées sur l'abdomen, les cuisses et les jambes. Nous décrivons l'aspect de ces taches, après avoir rappelé l'histoire pathologique de cette femme ; et nous faisons remarquer que, dans les ouvrages écrits sur la matière (Pichon, Chambard, etc.), il n'est pas fait mention d'un trouble trophique rappelant celui en présence duquel nous nous trouvons.

Dans ses antécédents, on relève les renseignements suivants : son père est mort à soixante-dix-neuf ans ; sa mère à

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

soixante-trois ans; un frère mort de la poitrine (?) à quarante-cinq ans. Elle a un frère prêtre, une sœur au couvent. Tous, dans sa famille, sont emportés, irascibles, mais ne présentent pas d'affection nerveuse bien nette.

Réglée à quinze ans, notre malade n'a pas d'attaque d'hystérie; elle est très bien portante jusqu'il y a huit ans. A ce moment, elle perd en jaune, souffre en urinant, ressent de violentes douleurs dans le ventre [blennorragie (?), métrite (?)]. On la soigne à la Maison de santé de Chaumont-en-Vexin, et on lui fait quelques injections de morphine. En sortant de cet hôpital, elle garde le besoin de sa piqûre, achète une seringue et, sur ordonnance, se fait délivrer de la morphine, chaque jour, 50 centigrammes (?).

Au bout de deux ans, les phénomènes d'intoxication se font ressentir : crampes dans les mollets, dérobements de jambes, faiblesse générale, céphalalgie, vomissements. Pour calmer ses malaises, la malade a toujours recours à la morphine.

Il y a quatre ans, elle contracte la syphilis; chancre vulvaire, roséole, céphalalgie, alopécie en clairière, angine spécifique. Les cheveux commencent à blanchir.

Il y a un an, il est survenu une éruption disséminée sur tout le corps, excepté les mains et la figure; des taches d'abord rosées, puis de couleur foncée, jambonnée; la plupart laissaient de petites cicatrices blanchâtres.

Il y a trois mois, dit-elle, est apparue une autre éruption, bien différente de l'ancienne : les taches plus larges, plus foncées, deviennent bientôt bleues, d'un bleu rappelant le tatouage par la poudre ou l'encre de Chine.

Actuellement, la malade paraît plus vieille que son âge; ses cheveux sont notablement éclaircis, presque blancs. Elle est maigre. Le regard est vif, l'intelligence très nette; elle répond avec vivacité aux questions qu'on lui pose.

Examen du tégument. — Il y a lieu de décrire deux sortes de lésions : celles qui se rattachent à la syphilis et les taches bleues.

A. *Syphilis.* — *a.* A la partie externe et supérieure de la jambe gauche, sur la jambe droite, sur les deux cuisses, on voit des cicatrices d'une couleur sombre, jambonnée, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, déprimées au centre; autour de la cicatrice centrale, la zone pigmentée se perd insensiblement sur les téguments sains.

b. A la partie externe de la cuisse droite, et à la parte antérieure de la cuisse gauche, au niveau du sommet du triangle de Scarpa, on voit deux ulcérations suintantes de couleur sombre.

c. Tout le tégument, excepté la tête et les mains, est constellé de taches présentant les caractères suivants : couleur brune, jambon fumé; dimensions, quelques millimètres; tache blanche au centre, collerette pigmentée autour, légère desquamation par places, au niveau de la collerette. Remarquons que ces taches sont nombreuses, et très visibles sur le dos; à ce niveau et sur le haut de la poitrine, elles ne sont pas masquées par l'éruption des taches bleues que nous allons maintenant décrire.

B. *Taches bleues.* — A huit travers de doigt au-dessus des malléoles, on commence à noter des taches bleues; elles augmentent au fur et à mesure qn'on remonte vers la racine des cuisses et sont particulièrement nombreuses sur la région externe de la cuisse, au-devant du grand trochanter. Le ventre en est parsemé jusqu'au niveau des seins. Il n'y en a pas sur le haut de la poitrine, le dos, la partie postérieure des cuisses et des jambes.

Pourtant, au niveau de la racine des cuisses, elles empiètent sur la fesse, en dehors du grand trochanter, tout en restant séparées du pli interfessier de cinq travers de doigt environ.

Sur les membres inférieurs, les taches bleues sont presque toutes ovales, rondes; sur le ventre et à la région crurale, elles sont souvent linéaires et se présentent soit comme un sillon bleuâtre, soit comme un petit point bleu foncé, d'où part une traînée bleuâtre moins sombre.

Elles sont variables d'étendue, leur diamètre varie depuis un petit point jusqu'à 1 centimètre, arrondies ou allongées; leur couleur est d'un bleu foncé qui rappelle le tatouage par la poudre ou l'encre de Chine, souvent assez clair et présentant par places un éclat presque brillant. La plupart laissent voir à leur centre une petite cicatrice blanche.

Examen du système lymphatique. — Il y a des ganglions gras, durs, aux plis de l'aine; un petit à la nuque. Pas de ganglions épitrochléens.

Les différentes sensibilités au toucher, à la douleur, à la température, sont diminuées aux membres inférieurs. Pas de plaques d'anesthésie.

Au niveau des taches bleues, la sensibilité est moindre que sur le reste du tégument. Pas d'anesthésie pharyngée. Rétrécissement considérable du champ visuel, plus accentué à gauche.

Diplopie passagère.

Pas d'achromatopsie.

Rien du côté du goût et de l'ouïe.

T. normale. P. 80.

Les organes internes sont absolument sains. Pas de syphilides vulvo-vaginales; léger écoulement leucorrhéique. Utérus petit, mobile; pas d'empâtement dans les culs-de-sac vaginaux, qui sont complètement libres.

Je n'insiste pas sur les différentes éruptions — manifestations syphilitiques — autres que les taches bleues présentées par la malade.

Mais je désire préciser certains caractères de ces taches bleues sur lesquelles j'attire votre attention et notamment leur coloration. Cette coloration se rapproche incontestablement de celles que présentent certains tatouages volontaires exécutés avec de la poudre ou de l'encre de Chine; elle se rapproche aussi de celle que présentent certains tatouages involontaires realisés par des petits fragments de charbon ou de mine de plomb introduits sous la peau; cependant, le bleu des taches actuelles est plus clair, plus vif, et présente souvent un *éclat* particulier, presque métallique, que j'attribue au fendillage de l'épiderme au niveau de ces taches. Il se produirait là un phénomène analogue à celui que nous constatons souvent sur la peau de l'abdomen à la suite d'une paracentèse, alors que la peau du ventre présente un *éclat* comme *micacé*, dû précisément à une réflexion des rayons lumineux sur les lignes de fissuration de l'épiderme.

Pour discuter la nature et la cause de ces taches, je souligne ce fait que cette femme syphilitique est en même temps une névropathe et une morphinomane.

Tout d'abord je signale la localisation toute particulière des taches bleues en des points qui, presque tous, sont accessibles à l'une des deux mains armées ou non d'une seringue; je signale aussi leur absence complète à la partie postérieure du tronc, région dans laquelle il est certes possible de se gratter, mais non de se faire une piqûre au moyen d'une seringue. Et je suis amené à penser qu'il existe une relation entre les injections de morphine et l'apparition des taches. Je trouve même un argument favorable dans la disposition de quelques-unes de ces pigmentations qui, constituées par un point foncé, s'étendent ensuite sous forme linéaire. Il semble que l'on puisse constater là le point d'entrée de l'aiguille et le trajet qu'elle a suivi dans le tégument externe.

J'aurais bien désiré avoir entre les mains la seringue, l'aiguille et la solution dont la malade se servait. Malheureusement, elle nous a affirmé (jusqu'à quel point faut-il croire une hystérique récemment encore morphinomane?) ne plus les avoir en sa possession.

Il me semblait probable que le liquide avait altéré le métal de la seringue et de l'aiguille.

Aussi je pensais que l'examen microscopique nous révélerait l'existence de parcelles métalliques dont la microchimie pourrait peut-être nous démontrer la nature. Et voilà que l'examen m'apprend simplement ceci : il existe un trouble trophique de la peau, et des grains noirs, qui paraissent être des grains de charbon, se rencontrent dans la tunique externe des vaisseaux entre les cellules. Ces particules noires sont très peu abondantes et ne donnent ni les réactions du pigment sanguin, ni, avec les acides, celles des débris métalliques (voir plus loin l'examen histologique).

Dans ces conditions, il me paraît impossible de remonter à la cause exacte de cette coloration, et je suis obligé de me borner à vous signaler cette pigmentation anormale singulière, de vous décrire les lésions histologiques rencontrées et d'appeler votre attention sur l'intérêt qu'il y aurait à faire, le cas échéant, chez une morphinomane qui présenterait des taches de ce genre, quelques injections avec la seringue, l'aiguille et la solution dont elle se serait habituellement servie. On pourrait ainsi, probablement, juger la question de la relation que je pense exister entre les injections et la coloration ; on pourrait, si cette vue est exacte, suivre la marche de la pigmentation, savoir au bout de combien de temps elle apparaît, etc.

Ces taches bleues sont-elles en relation avec la syphilis? Je ne le pense pas, car à côté d'elles, et comme pour leur faire opposition, nous voyons d'autres taches qui, elles, présentent les pigmentations plus ou moins foncées, allant du marron au brun, que provoque la syphilis. Sont-elles en relation avec l'hystérie qui, chez la malade, se caractérise presque exclusivement par le rétrécissement du champ visuel? Je ne le pense pas, n'ayant jamais ni constaté *de visu*, ni lu la description de colorations de ce genre chez des névropathes. Sont-elles en relation avec la morphinomanie? Je suis disposé à le croire, bien que j'aie vue souvent chez des morphinomanes la coloration brune plus ou moins foncée que provoquent fréquemment, sur les cuisses et le ventre, les injections répétées au niveau de ces régions, coloration qui, certes, ne ressemble en aucune façon à la coloration bleue constatée chez la malade.

Quoi qu'il en soit, actuellement, en présence des dénégations de la malade relatives à ce fait que les taches bleues seraient apparues là où des injections de morphine auraient été pratiquées par elle, je ne puis que constater simplement cette pigmentation anormale, faire ressortir ce que sa coloration offre de singulier et montrer par l'examen histologique qu'il existe à son niveau un véritable tissu cicatriciel.

Il s'agit d'un trouble trophique avec coloration anormale ; mais quelle est la cause de ce trouble trophique? Y a-t-il eu au début de la formation de chaque tache un traumatisme (piqûre par une aiguille)? Je ne puis l'affirmer, et même certaines taches qui existent sur la partie latérale de la jambe gauche, près du genou, ne paraissent pas favorables à cette hypothèse : là, aucune trace de traumatisme appréciable, intégrité apparente des couches superficielles du derme qui laissent apercevoir une coloration bleue bien nette. A côté de ces taches, il y a aussi quelques petites cicatrices arrondies, un peu moins colorées que la peau voisine, au niveau desquelles le tégument est légèrement diminué d'épaisseur, formant ainsi une dépression inappréciable au toucher, appréciable seulement à la vue.

La pigmentation que je viens de décrire chez cette malade, doit, je pense, être désignée sous le nom de pigmentation bleue par trouble trophique cutané, avec processus de sclérose cicatricielle au niveau des taches.

Malgré ce que mes explications ont d'insuffisant, j'ai désiré vous présenter cette note et cette malade afin de savoir si quelqu'un d'entre vous aurait déjà constaté quelque fait de ce genre, afin de recueillir votre opinion sur la pigmentation que vous venez de voir ; afin aussi de provoquer de la part de ceux que cette question peut intéresser, des recherches destinées à élucider les faits de cette nature qui restent obscurs par bien des points et difficiles à interpréter.

Examen histologique. — Le docteur Durante, chef de laboratoire du docteur Porak, a bien voulu se charger de l'examen histologique des taches, et voici la relation détaillée de cette biopsie :

Les fragments de peau prélevés au niveau des taches et qui mesuraient environ 1 centimètre carré, ont été fixés, l'un dans l'acide osmique, l'autre dans le liquide de Muller, le troisième dans l'alcool.

Les résultats fournis par ces trois fragments sont identiques, ne différant que par des détails dus au mode de durcissement.

Sur les coupes, on rencontre des altérations, aussi bien du revêtement épidermique, que du tissu conjonctif sous-jacent.

Le tissu conjonctif sous-cutané a presque complètement perdu ses éléments élastiques dont on a beaucoup de peine à retrouver des traces. Il est presque uniquement constitué par des fibres assez épaisses, très pauvres en noyaux et formant une couche dense au milieu de laquelle rampent les vaisseaux.

Les vaisseaux, très peu nombreux, sont à peu près normaux. Leur tunique interne et moyenne est bien conservée, cependant on note un épaississement sensible de leur tunique externe.

Les capillaires, en particulier, quoique très rares, sont plus évidents que d'habitude, car ils sont comme enserrés dans une gaine conjonctive.

Nulle part, on ne relève de traînées d'infection, pas d'infiltration de petites cellules rondes, aucun noyau inflammatoire.

Dans la tunique externe des vaisseaux de gros et de moyen calibre, on trouve, irrégulièrement répartis, des grains noirs siégeant, non pas dans, mais entre les cellules. Ces grains, parfois isolés, sont le plus souvent disposés en petits amas ou traînées. Cette substance, franchement noire, ne présente pas les réactions des pigments sanguins ; elle est en outre insoluble dans la potasse, l'alcool et l'éther ; les acides chlorhydrique, sulfurique, nitrique, ne la modifient pas, ce qui élimine l'idée de débris métalliques. Il semble donc que l'on soit en présence de grains de charbon. Mais, ce pigment noir est, en tout cas, très peu abondant. Sur quelques coupes on a de la peine à le retrouver ; ailleurs il forme quelques traînées périvasculaires, mais toujours très discrètes.

Il est trop inégalement disposé, et, en tous cas, en trop petite quantité pour expliquer la coloration de la peau.

Notons, enfin, que, dans le tissu cellulaire sous-cutané, la graisse fait presque complètement défaut.

Les annexes de la peau sont également atteintes.

Nous n'avons constaté, sur aucune coupe, la présence de glandes sudoripares.

Sur une coupe, on a rencontré deux ou trois poils avec leurs glandes sébacées sur les limites de la tache. On n'en retrouve pas au centre. Ces poils et ces glandes sébacées sont non seulement rares, mais encore atrophiés dans tous leurs éléments. Les glandes ne forment que de petits amas de quatre à six racines remplis de cellules épithéliales sans lumière et se colorant plus faiblement que normalement. Les poils grêles, peu profondément implantés, sont très fins et ne présentent que très peu de pigment; leur bulbe à peine renflé se continue avec la gaine sans former de collet bien net, glandes et poils, du reste, sont plongés dans le tissu conjonctif dense.

Le revêtement épithélial est excessivement atrophié. Les papilles existent presque partout, mais n'ont pas le quart de leur hauteur normale, et l'on n'y distingue que de rares capillaires.

La couche profonde de Malpighi à cellules cylindriques est partout bien conservée et régulièrement disposée; mais par places il y a une dégénérescence vacuolaire du noyau. Au-dessus, il existe un épithélium polygonal sur quatre et six rangées seulement. Dans quelques points cette portion est même réduite à deux rangées de cellules polyédriques. Les cellules de cette couche sont nettes et possèdent toutes un noyau se colorant facilement.

Au-dessus se voit une zone de 10 centimètres cubes environ, se colorant très fortement, sans cellules distinctes et formant comme une véritable membrane limitante. La couche cornée, enfin, est très irrégulièrement disposée. Tantôt elle fait complètement défaut, et ceci surtout dans les points où la couche de Malpighi est la plus mince.

A ce niveau, le revêtement cutané est constitué à peine par trois ou quatre rangées de cellules.

Le plus généralement la couche cornée existe, mais singulièrement épaisse comparativement à l'atrophie de la couche profonde. Mais cette couche cornée n'est pas normale, elle offre l'apparence d'un réseau à petites mailles polygonales, légèrement aplaties, posé sur la couche profonde.

La couche cornée, ayant subi une transformation vacuolaire, forme un revêtement dont l'épaisseur varie de six à quinze épaisseurs de vacuoles superposées, mais très fragile et s'effilant aisément. Il y a évidemment ici une desquamation anormale. Aux points où les poils se font jour au dehors, le revêtement corné, moins vacuolaire, forme de véritables petites boules sphériques saillantes à la surface de la peau. Ces corpuscules sont formés de cellules pavimenteuses disposées concentriquement, un peu moins altérées que dans les régions voisines.

La lésion dominante est donc ici l'atrophie considérable avec dégénérescence vacuolaire du revêtement cutané : atrophie et disparition des glandes et des poils; raréfaction des vaisseaux et condensation du tissu conjonctif sous-cutané.

A ma demande et pour juger la question de savoir si — ce qui ne me paraissait pas probable — le microbe pyocyanique jouerait un certain rôle dans cette coloration, M. Charrin a bien voulu envoyer un de ses élèves prendre du sang au niveau d'une des taches les plus nettes. Des cultures ont été faites; elles n'ont donné aucun résultat.

REVUE DE LA PRESSE

Le décubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale. — Le décubitus acutus, autrement dit les escharres sacrées à formation rapide, a été mentionné comme complication possible de l'hystérectomie vaginale par Baudron dans sa thèse de doctorat (Paris 1894) et a fait l'objet d'une communication de M. Legueu au Congrès de Bordeaux de 1896. Dans un travail publié dans la *Revue de gynécologie*, M. P. Segond, dont l'expérience en matière d'hystérectomie vaginale est grande, présente une étude très complète de cette complication.

Sur un total de 542 hystérectomies vaginales, il l'a observée six fois seulement : c'est donc une complication rare. Dans un cas, il s'agissait de lésions suppuratives graves et étendues; dans les cinq autres, les opérées, atteintes elles aussi de phlegmasies péri-utérines, souffraient depuis longtemps.

Cliniquement, le processus de mortification rappelle trait pour trait le décubitus acutus de cause spinale, et, notamment, le décubitus acutus consécutif aux lésions traumatiques de la moelle épinière : il apparaît de bonne heure dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'opération; il évolue rapidement; enfin, les lésions sont constituées par une large plaque érythémateuse se développant avec brusquerie, sans aucun phénomène préliminaire, et conduisant très vite à la mortification de toutes les parties molles jusqu'à l'os.

Mais, à l'inverse de ce qui a lieu pour les escharres d'origine spinale, la cicatrisation définitive s'opère toujours, sans laisser le moindre trouble consécutif; et, en somme, le pronostic n'est point grave.

Il s'agit là d'un trouble trophique, qui est la conséquence des lésions nerveuses irritatives provoquées par les tiraillements ou la forcipressure des nerfs du bassin. L'étiologie directe est plus difficile à élucider. Pour Legueu, cette complication se rencontrerait surtout après les opérations longues et laborieuses accompagnées de manœuvres pénibles. Se basant sur ce qu'il a observé, M. Segond rejette cette étiologie : pour lui, ces accidents dépendent d'une prédisposition particulière, prédisposition qu'on rencontrerait surtout chez des femmes malades depuis longtemps et atteintes d'affections péri-utérines inflammatoires, susceptibles de développer du côté des nerfs pelviens un travail irritatif, qui, déjà manifeste lorsque vient l'heure de l'intervention, trouve dans le traumatisme opératoire les conditions voulues pour s'aggraver et provoquer finalement les lésions caractéristiques du décubitus aigu.

Et de fait, les six femmes observées par M. Segond souffraient de phlegmasies péri-utérines graves ou anciennes; d'autre part, dans une série déjà considérable d'hystérectomies très laborieuses pour de gros fibromes, non compliqués de lésions inflammatoires irritatives, le décubitus acutus ne s'est jamais montré. (P. Segond, *Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, n° 1, 1897.)

Contribution à l'étude de l'endométrite, en particulier de la rétention du chorion et de la caduque. — H. Heuck a soumis à l'examen microscopique des portions de muqueuse utérine, recueillies chez soixante-dix femmes à l'aide du curetage. De ces recherches, il est arrivé aux conclusions suivantes :

La rétention du chorion et de la caduque joue, en dehors des tumeurs et des affections des annexes, un rôle prédominant dans l'étiologie des hémorragies utérines.

Sauf quelques exceptions, on trouve, dans les cas d'hémorragie persistante après l'avortement, un processus endométritique, et, plus particulièrement, un processus de nature diffuse.

Dans la grande majorité des cas d'hémorragies post-abortives, il semble que l'endométrite était antérieure à la grossesse.

La découverte des villosités choriales n'est pas toujours possible, et n'est pas d'ailleurs nécessaire pour démontrer

les rapports étiologiques de l'hémorragie et de l'avortement. Les cellules déciduales suffisent pour fixer le diagnostic.

Dans une série de cas, où de par les anamnestiques les rapports de l'hémorragie avec l'avortement étaient nettement établis, la relation étiologique n'aurait pu être démontrée par le seul examen microscopique.

On observe des hémorragies après l'avortement avec une rétention de portions minimes de chorion ou de caduque.

Dans un certain nombre de cas d'hémorragies post-abortives, on trouve des cellules géantes à une époque encore éloignée de l'avortement, ce qui ne paraît pas avoir de signification pathologique bien particulière. (H. Heuck, *Centralbl. f. gynæk.*, 1897, n° 6.)

Dr P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 28 juin au 3 juillet 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 28 JUIN, à une heure. — 5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Humbert, Peyrot et Poirier; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Marie et Widal; — (2e série) : MM. Fournier, Chauffard et Gaucher; — M. Rémy, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Tillaux, Jalaguier et Walther; — (2e série) : MM. Delens, Tuffier et Lejars; — M. Sébileau, suppléant.

2e examen de sages-femmes, *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. Chassevant, suppléant.

MARDI 29 JUIN, à neuf heures. — 5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

A une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Polaillon, Rémy et Poirier.

3e examen (fin d'année, officiat) : MM. Hutinel, Letulle et Albarran; — M. Gley, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Panas, Le Dentu et Hartmann; — (2e série) : MM. Guyon, Brun et Nélaton; — (2e partie) : MM. Cornil, Proust et Chantemesse; — M. Ménétrier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Schwartz et Thiéry; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Grancher et Charrin; — (2e série) : MM. Raymond, Gilbert et Marfan; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

MERCREDI 30 JUIN, à une heure. — 5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delbet et Tuffier; — (2e série) : MM. Marchand, Jalaguier et Broca; — (2e partie) : MM. Hayem, Joffroy et Gilles de la Tourette; — M. Lejars, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. André, suppléant.

JEUDI 1er JUILLET (1), à neuf heures. — 2e examen de sages-femmes, *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

A une heure. — 2e examen (fin d'année, officiat) : MM. Raymond, Weiss et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Polaillon, Rémy et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Maygrier et Albarran; — (2e série) : MM. Berger, Schwartz et Bar.

4e examen (1re série) : MM. Proust, Dieulafoy et André; — (2e série) : MM. Pouchet, Gilbert et Ménétrier; — M. Roger, suppléant.

VENDREDI 2 JUILLET, à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Retterer et Poirier; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delens, Humbert, Delbet; — (2e série) : MM. Peyrot, Jalaguier et Broca; — (2e partie) : MM. Landouzy, Gilles de la Tourette et Wurtz; — M. Chantemesse, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Tillaux, Marchand et Lejars; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Netter et Widal; — (2e série) : MM. Chauffard, Gaucher et Thoinot; — M. Sébileau, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. Walther, suppléant.

SAMEDI 3 JUILLET, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Rémy, Gley et Chassevant.

3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Gilbert et Letulle; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Quénu, Nélaton et Albarran; — (2e série) : MM. Polaillon, Schwartz et Hartmann; — (2e partie) : MM. Grancher, Laboulbène et Ménétrier; — M. Marfan, suppléant.

5e examen (2e partie), *Pitié* (1re série) : MM. Debove, Raymond et Achard; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Joffroy et Roger; — M. Marie, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Bar et Maygrier; — M. Brun, suppléant.

(1) Ce jour, conseil de la Faculté, à trois heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 16 juin : MM. Laffitte et Macaigne, 18; Bruhl et Roubinowitch, 17; Soupault, 16.

Séance du 18 juin : MM. Bezançon et de Grandmaison, 18; Sottas, 17; Beaumé et Renault, 16.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 16 juin : MM. Banzet et Longuet, 25; Regnault, 21.

Séance du 18 juin (épreuve clinique) : MM. Bouglé, 15; Banzet, 13.

L'Hôtel-Dieu et la Charité sont interdits aux candidats durant la durée des épreuves cliniques.

— *Concours du prosectorat.* — Épreuve de dissection : « Muscles de la plante du pied et leurs nerfs » : MM. Savariaud et Gosset, 27; Fredet et Cunéo, 26; Baudet, 24.

— Par décret, en date du 18 juin 1897, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Maïsse, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— L'inauguration du monument élevé à la mémoire de Duchenne (de Boulogne) aura lieu le dimanche 27 juin à l'hospice de la Salpêtrière, à neuf heures et demie, sous la présidence de M. le ministre de l'Intérieur.

Le monument a été exécuté par M. Ch. Desvergnes, statuaire, avec le concours de M. G. Debrie, architecte.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Blanchard (de Bologne), Clerebaut (de Schaerbeck) et Laffon (de Caraman).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 71. — JEUDI 24 JUIN 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 24 JUIN 1897. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Brouardel a pris la parole au sujet de l'observation communiquée dans la dernière séance par M. Rendu. Reprenant les arguments qui ont déjà été présentés, il repousse tout d'abord l'idée que les accidents ont pu être déterminés par les injections d'émulsion de moelle. La myélite ascendante de Landry, dont était atteint le malade de M. Rendu, ne serait donc, d'après M. Brouardel, qu'une myélite infectieuse d'origine banale, à moins que ce ne soit une paralysie rabique qui, dans l'espèce, n'aurait pas été mortelle précisément à cause du traitement. Cette dernière hypothèse serait donc plutôt favorable que contraire à la méthode des injections antirabiques.

Cette conclusion, hypothétique il est vrai, ne semble pas devoir être admise sans conteste. Qui veut trop prouver...

L'Académie a entendu deux communications fort intéressantes. La première a été faite par M. Lancereaux, en son nom et au nom de M. Paulesco; il s'agit du traitement des anévrysmes en général, et de l'anévrysme de l'aorte en particulier, par des injections sous-cutanées d'une solution gélatineuse. S'appuyant sur ce principe que le but de la thérapeutique des anévrysmes doit être de favoriser la formation des caillots, MM. Lancereaux et Paulesco ont eu l'idée de chercher à obtenir ce résultat par des injections d'une solution gélatineuse. Ils y sont arrivés sur un homme atteint depuis deux ans d'un anévrysme aortique et qui paraît aujourd'hui complètement guéri. Cette méthode de traitement mérite donc toute l'attention des praticiens.

La seconde communication est celle que M. Reclus a faite, en son nom et au nom de M. Faure, au sujet d'une malade qui a été guérie d'un goitre exophtalmique par la résection bilatérale d'une portion notable du grand sympathique cervical. Nous publions plus loin cette observation qui, bien que récente et non unique, a vivement intéressé l'Académie.

Signalons, enfin, deux rapports, l'un de M. Chauvel sur un travail de M. Vacher (d'Orléans), relatif au traitement chirurgical de la myopie progressive; l'autre de M. Pinard sur des observations de grossesse extra-utérine communiquées par MM. Routier et Tuffier.

TRAITEMENT

DES ANÉVRYSMES EN GÉNÉRAL ET DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE EN PARTICULIER PAR DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'UNE SOLUTION GÉLATINEUSE.

Par MM. Lancereaux et Paulesco.

La guérison spontanée des anévrysmes s'effectue grâce à la formation de caillots dans le sac dont la cavité se rétrécit et finit par disparaître.

Le but idéal de la thérapeutique des anévrismes doit être de favoriser l'effort de la nature, c'est-à-dire la formation de ces caillots.

Les moyens employés jusqu'ici pour atteindre ce but ont consisté dans une action locale, ou une méthode générale, seule applicable au traitement des anévrysmes internes, et qui a eu pour but de rendre la masse du sang plus coagulable que normalement. C'est elle qui a conduit à employer, mais sans résultats appréciables, la diète et les saignées répétées.

En 1895, M. Dastre, étudiant le phénomène de la coagulation, constata que l'injection d'une solution de gélatine dans les veines d'un chien rendait le sang plus coagulable. L'importance de cette découverte ne pouvait échapper au pathologiste; celui-ci devait naturellement être amené à en faire l'application au traitement des anévrysmes non accessibles à l'intervention chirurgicale. C'est ce qui a été tenté non sans succès dans le cas suivant :

P... (Charles), brodeur, âgé de quarante-six ans, a des antécédents héréditaires excellents, ses parents étant morts à un âge très avancé.

Lui-même est bien constitué. A l'âge de dix-neuf ans il va en Afrique où il reste quatorze mois; là il contracte une intoxication palustre, est atteint seulement de quelques accès de fièvre, rapidement combattus par la quinine.

Depuis deux ans il est atteint d'un anévrysme de la première portion de la crosse de l'aorte, manifestement lié à une aortite en plaques ou aortite paludique, car, à part la crosse de l'aorte, son système vasculaire est absolument intact.

Cet anévrysme, survenu à la suite d'efforts considérables que le malade était obligé de faire en travaillant à une ma-

chine destinée à faire des boutonnières, trouve dans cette circonstance sa cause occasionnelle.

Depuis six mois il était occupé à cette machine, quand il commença à éprouver des douleurs névralgiques dans les premiers nerfs intercostaux du côté droit, avec irradiations dans la partie interne du bras correspondant.

Depuis un an, s'ajoutèrent à ces douleurs névralgiques de véritables crises d'angine de poitrine, avec irradiations dans le bras gauche; ces crises se manifestaient la nuit, ou à l'occasion du moindre effort, et revenaient presque chaque jour. Enfin, il y a six mois, les douleurs névralgiques intercostales étaient devenues atroces, quand le malade s'aperçut de l'existence d'une tumeur grosse comme une mandarine, au niveau des troisième et quatrième cartilages costaux, un peu à droite du sternum, et, depuis lors, cette tuméfaction n'a fait que s'accroître.

C'est dans cet état que ce malade nous fut adressé, le 23 décembre 1896, par notre ancien interne, M. Bezançon, qui le soignait depuis un certain temps. Maigre et un peu pâle, il présente, sur la partie antérieure et supérieure du thorax, une tumeur grosse comme une tête d'enfant, et qui mesure 12 centimètres dans le sens vertical et 12,5 dans le sens transversal.

Cette tumeur a érodé les deuxième, troisième et quatrième cartilages droits, l'extrémité des côtes correspondantes, et de plus une grande partie du sternum, car elle déborde à gauche la ligne médio-sternale de 2 à 3 centimètres. Animée de battements synchrones à la pulsation du cœur, la tumeur ne présente pas de frémissement à la palpation et l'auscultation permet d'entendre, à son niveau, deux battements réguliers non accompagnés de souffles, ni d'aucun autre bruit anormal.

Le cœur est augmenté de volume; ses battements sont normaux, seul le second battement aortique paraît être plus intense que d'ordinaire. Le pouls est régulier (100 pulsations à la minute), il est synchrone aux deux radiales et de même intensité. L'altération de l'aorte est circonscrite et les autres organes ne présentent rien de particulier à noter.

Le malade souffre beaucoup; il a, presque toutes les nuits, des crises d'angine de poitrine.

La tumeur augmente progressivement de volume, elle mesure 14 sur 15 centimètres; de plus, à sa surface, ont apparu des bosselures ecchymotiques, molles et dépressibles, au niveau desquelles on sent que le sang est directement en contact avec la peau très amincie. La situation est critique et le danger devient imminent.

Nous rappelant alors la découverte de M. Dastre, nous pratiquons, le 20 janvier, dans le tissu sous-cutané de la fesse gauche, une première injection de 50 centimètres cubes d'une solution stérilisée de gélatine à 1/100 dans une solution de NaCl à 1/1000 maintenue à 37 degrés.

A la suite, il se produit un peu de rougeur, à l'endroit de l'injection, et la température monte à 38 degrés. Le lendemain, tout est rentré dans l'ordre, et, de plus, on peut constater que la tumeur est devenue manifestement plus ferme; les battements sont éloignés.

Les jours suivants, la tumeur diminue un peu de volume et, ce qui est encore plus remarquable, les douleurs ont complètement disparu. Mais, bientôt, la tumeur reprend ses dimensions primitives, ses parois redeviennent molles, et on sent de nouveau le sang battre sous la peau; en même temps, les douleurs intercostales font leur apparition. Une nouvelle injection de 150 grammes, faite le 10 février, est suivie du même résultat que la première, mais cette fois sans aucune réaction locale ou générale.

Depuis lors, il a été fait 12 injections semblables tous les deux à cinq jours environ.

Aujourd'hui, la tumeur a diminué de volume (2 centimètres dans le sens vertical et 1 centimètre dans le sens transversal), elle est très ferme et par la palpation on y perçoit des battements, mais ce sont des battements en masse transmis par l'aorte et non pas des battements d'expansion, comme ceux que le malade présentait à son entrée dans le service. En outre, le malade n'éprouve plus aucune douleur et insiste tellement pour sortir que nous le laissons partir le 25 mai.

RÉSECTION BILATÉRALE

DU GRAND SYMPATHIQUE CERVICAL, DANS LE GOITRE EXOPHTALMIQUE

Par MM. les docteurs Paul Reclus et Faure.

Une malade atteinte de goitre exophtalmique, et chez laquelle on a pratiqué la résection bilatérale d'une portion notable du grand sympathique cervical, voit apparaître, à vingt et un ans, à la suite d'une très violente émotion morale, les premiers symptômes de sa maladie. L'exophtalmie semble avoir débuté, puis sont venues les palpitations cardiaques et la tuméfaction du corps thyroïde. Les accidents se sont accrus d'une manière progressive pendant dix ans; elle n'a éprouvé une amélioration passagère que sous l'influence d'une électrisation prolongée; son goitre a paru diminuer de volume. Mais maintenant elle se sent plus mal que jamais; ses paupières ne peuvent plus recouvrir ses globes oculaires trop saillants et déjà atteints de kérato-conjonctivite; aussi son médecin, M. Millié, me l'envoie à Laënnec pour qu'on pratique la suture des paupières.

A l'entrée de la malade, voici ce que je constate : d'abord l'exophtalmie que je viens de signaler; les yeux saillants et presque fixes sont ouverts démesurément, ils sont rougis par la conjonctivite et l'on voit, sous la cornée, quelques exulcérations commençantes. L'occlusion complète des paupières est impossible et, pendant le sommeil, elles restent entr'ouvertes. Le champ visuel est légèrement diminué à gauche, l'accommodation se fait bien et le réflexe pupillaire semble normal. Le corps thyroïde est très développé; l'augmentation de volume porte à peu près régulièrement sur l'ensemble de l'organe animé de battements artériels violents. Du côté du cœur on note le choc visible de la pointe sur la paroi; à chaque coup il ébranle le thorax; ses mouvements sont précipités; le pouls bat de 110 à 120 fois par minute, mais à la moindre émotion, il s'accélère et monte à 150 et 180 : il est alors à peu près incomptable. Nous notons un souffle systolique très net mais sur la nature duquel nous ne saurions nous prononcer.

A côte de cette triade symptomatique classique, existaient d'autres signes, un tremblement des mains, très marqué surtout quand la malade s'agite, aussi l'écriture est-elle à peu près illisible; un fléchissement subit des jambes pendant la marche; il existe des mouvements fibrillaires des muscles de la face surtout à gauche; il en est de même à l'avant-bras. Comme troubles sensitifs nous notons des névralgies violentes dans la sphère du trijumeau et surtout au niveau des orbites et des tempes gauches et des douleurs très vives au creux épigastrique, sur le rachis et sur les lombes; il y a de la polyurie, une salivation abondante, des diarrhées pro-

fuses, la malade a toujours trop chaud au tronc et aux membres supérieurs et froid aux jambes et aux pieds; elle perd ses cheveux et les poils de ses sourcils. Elle dort à peine, elle est devenue indolente, apathique, hypocondriaque. A l'état de veille, elle a des hallucinations; elle compte et gravit sans cesse les marches d'un escalier imaginaire. Ajoutons que l'état général devient déplorable; la malade a maigri; elle a, sur le côté gauche du cou, des adénites suspectes et les sommets des poumons sont atteints.

Un tel état ne pouvait se prolonger indéfiniment. Nous avons entendu parler des succès qu'obtenait M. Jaboulay (de Lyon), par la résection bilatérale du cordon cervical du grand sympathique. Nous étions résolus à la tenter à la première occasion; celle-ci nous parut favorable, et après quelques répétitions sur le cadavre, mon assistant, M. Faure, pratiqua l'opération suivante.

Il fait, à droite, une incision de 12 centimètres, le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien; en libérant le muscle la branche trapézienne du spinal est échancrée d'un coup de bistouri, puis se rompt ultérieurement. Le muscle est écarté en avant et l'on se trouve sur la colonne vertébrale, au niveau des apophyses épineuses; quelques coups de sonde cannelée découvrent les nerfs du plexus cervical profond étalés sur les muscles vertébraux. Puis on arrive à la partie antérieure des corps vertébraux et l'on aperçoit le paquet vasculo-nerveux, carotide, jugulaire et pneumogastrique que l'on récline facilement en avant, avec le sterno-mastoïdien; en arrière, directement en arrière, on voit le ganglion cervical supérieur fixé contre la colonne vertébrale par ses anastomoses avec le plexus cervical profond. Le ganglion est saisi avec une pince à griffes; de petits ciseaux courbes à pointes mousses détachent par coups successifs les divers rameaux qui en émanent; il se laisse alors attirer, emportant avec lui le cordon du grand sympathique. Celui-ci est libéré à la sonde cannelée sous une largeur de 6 centimètres environ; c'est alors que nous apercevons facilement l'origine des nerfs cardiaques supérieurs et un plexus qui tient lieu du ganglion cervical moyen. C'est au-dessous de ce point qu'un coup de ciseaux détache le tronc du sympathique le plus bas possible. Pas un vaisseau n'a été ouvert; on ne pratique aucune ligature; la peau est réunie au crin de Florence et l'opération a duré sept minutes.

A gauche, opération identique; même incision, même soulèvement du sterno-mastoïdien en avant; mais ici l'intervention s'est trouvée compliquée par l'existence de ganglions tuberculeux qu'il a fallu extirper pour atteindre le ganglion cervical supérieur, saisi comme il a été fait pour le côté droit et séparé de ses rameaux afférents et efférents. Le cordon du grand sympathique a été réséqué aussi bas que possible, au-dessous du plexus qui remplaçait le ganglion moyen. La seule difficulté, après l'extirpation des ganglions tuberculeux, a été de ménager la branche trapézienne du spinal, qui traversait le champ opératoire. Une veine qui donnait un peu de sang a été liée au catgut et la plaie cutanée a été fermée par des crins de Florence. L'opération a duré vingt minutes.

Voici quels ont été les résultats de cette intervention. D'abord il faut remarquer que l'aide qui tenait le pouls au moment de la section des grands sympathiques n'a rien remarqué d'anormal; rien non plus du côté de la face et du cou; l'exophtalmie paraissait aussi grande et la tuméfaction thyroïdienne aussi prononcée. Mais le soir déjà on notait quelque différence; le pouls était aussi rapide et battait 150, mais sa régularité était beaucoup plus grande; puis la nuit fut bonne et la malade remarque que, pour la première fois depuis dix ans, elle peut fermer ses paupières sur ses yeux moins saillants. Enfin, le pouls non seulement se régularise mais il est moins précipité et le lendemain matin il ne bat plus que de 100 à 120 à la minute.

L'amélioration s'accentue les jours suivants : les battements du cœur sont bien moins violents, la sensation de chaleur s'atténue et la malade peut dormir plusieurs heures sans se réveiller en proie aux cauchemars. Au septième jour, le pansement est enlevé; la réunion est complète et l'on constate que le corps thyroïde a beaucoup diminué; il ne forme plus cette saillie pulsatile qu'il avait avant l'opération; le pouls est entre 80 et 100. Actuellement, au commencement de la troisième semaine après l'opération, l'état général est incomparablement meilleur; l'exophtalmie est beaucoup moindre et la malade peut fermer complètement les yeux; le goitre est à peine sensible et la circonférence cervicale a passé de 39 à 36 centimètres. On ne voit plus battre les vaisseaux de la région cervico-faciale, et le cœur, à chaque coup, n'ébranle plus la poitrine. Le pouls ne s'élève guère au-dessus de 50. Enfin les tremblements des mains, les contractions fibrillaires des muscles, le fléchissement des jambes ont disparu : il en est de même des céphalalgies, des insomnies, des sueurs profuses et de la diarrhée. L'opérée se sent plus forte et son état général est vraiment transformé.

Telle est cette observation. M. Reclus n'ignore pas l'objection capitale qu'elle soulève : le résultat est trop récent pour qu'on puisse faire fond sur lui et il faut voir ce que deviendra la malade, car, en définitive, il peut ne s'agir que d'une amélioration passagère. Mais il rappelle que cette résection bilatérale du sympathique cervical a été imaginée par Jaboulay et son auteur y a eu recours au moins six fois depuis deux ans. Peut-être la lecture de ce fait lui inspirera-t-elle la bonne pensée d'écrire ce que sont devenus ses malades. Peut-être aussi M. Jonesco (de Bucarest), qui est inscrit parmi les candidats au titre de membre correspondant étranger et qui, lui aussi, a pratiqué cette opération, voudra-t-il vous en dire le résultat thérapeutique. Peut-être, enfin, M. Gérard-Marchant, qui possède un fait semblable, voudra bien le publier. Il serait intéressant de réunir les documents épars qui existent à cette heure et qui nous permettraient, sans doute, de tirer des conclusions précises, ce que je ne saurais faire en m'appuyant sur mon unique et trop récente observation.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (1)

Par le docteur J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

Obs. XIV. — *Péritonite diffuse d'origine appendiculaire. Laparotomie. Guérison.* — G... (Joseph), dix-huit ans, opéré le 20 avril 1897 à l'hôpital Beaujon.

Début brusque le 17 avril par des vomissements, avec arrêt des matières et des gaz. Il est transporté à l'hôpital où je suis appelé le 19 à trois heures. État général bon, pouls 80, ventre un peu sensible, mais partout, sans aucune espèce de localisation, ni du côté de l'appendice, ni ailleurs.

---

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 700.

Le ventre est peu ballonné, il est relativement souple. Bien que les vomissements se soient en partie calmés, je pense, à cause de l'arrêt complet des matières et des gaz, à une occlusion intestinale. Je crois devoir tenter un lavement électrique et je refuse d'opérer.

Le lendemain à six heures du soir, je suis appelé de nouveau. Le lavement électrique prescrit la veille est resté sans effet.

L'état s'est considérablement aggravé. Le malade a pris l'aspect péritonéal, les traits sont tirés, les yeux excavés, le pouls est petit, il y a des vomissements *fécaloïdes*. Mais cette fois il y a dans la fosse iliaque droite des signes de localisation assez nets : submatité et maximum de douleur. Le ventre est d'ailleurs ballonné et douloureux dans toute son étendue.

Laparotomie à droite le long des bords du grand droit. Je tombe rapidement dans le péritoine plein de pus et de fausses membranes très abondantes autour du cæcum. Assez haut sur la partie interne du côlon ascendant, se trouve un deuxième foyer purulent. Malgré des recherches minutieuses, l'appendice est introuvable. Mais l'infection est *diffuse*. Il n'y a aucune barrière d'adhérences entre la région cæcale où siègent les plus fortes lésions et la grande cavité péritonéale. Les anses intestinales sont rouges, dépolies, avec des fausses membranes disséminées un peu partout.

Lavage très court avec un litre environ d'eau bouillie. Deux drains, l'un au-dessous du cæcum, l'autre en haut et en dedans au niveau des abcès. Une grande mèche de gaze stérilisée est mise dans la cavité péritonéale elle-même, pour le drainage. Surjet au catgut sur les muscles. Suture de la peau au crin de Florence.

Durée de l'opération, une demi-heure.

Le lendemain, 21 avril, état très satisfaisant, le facies est bien meilleur : température 38, pouls 100; le malade demande à manger.

Le 22, pansement. Beaucoup de pus. On enlève la mèche de gaze en laissant les drains.

Le 23, garde-robe abondante. D'ailleurs, la diarrhée s'établit pour ne cesser que huit jours après.

Le 25, nouveau pansement. État général bon, température 38, pouls 80.

Le 1er mai, les drains sont enlevés, la plaie se comble rapidement.

Le 10 mai, état général très bon; bien que la cicatrisation ne soit pas tout à fait terminée, le malade commence à manger.

Le 25 mai, la guérison est complète.

Voilà donc encore une erreur de diagnostic, due à une appendicite à signes locaux absolument frustes et à signes généraux ressemblant à s'y méprendre à ceux d'une occlusion intestinale, puisqu'il y a eu jusqu'à des vomissements fécaloïdes.

Le lavement électrique, que j'ai cru devoir prescrire, en grande partie parce que j'étais encore sous l'impression d'un très beau succès obtenu quelques jours auparavant, par ce procédé, à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Reclus, le lavement électrique ne pouvait qu'être détestable, et peut-être a-t-il fortement contribué à l'aggravation rapide du mal.

A la fin de l'opération, j'étais absolument convaincu que ce malade était, comme tant d'autres analogues, condamné à mort. J'ai eu une très heureuse surprise en le retrouvant vivant et en le voyant guérir. Il était véritablement fort mal au moment de l'intervention et je pourrais, en vérité, le mettre dans ma première série aussi bien que dans celle-ci. En tous cas, c'est un beau succès.

Je ferai remarquer en passant que le lavage a été rudimentaire. Ceci me confirme dans l'idée bien arrêtée chez moi qu'il est bien souvent plus nuisible qu'utile et qu'il n'en faut point abuser. *(A suivre.)*

THÉRAPEUTIQUE

De la sérothérapie par la voie rectale.

M. Chantemesse, frappé des inconvénients des injections hypodermiques, a, pour les éviter, cherché et trouvé une nouvelle application de la méthode rectale. Dans vingt cas, il a pratiqué la sérothérapie par les injections intestinales et a pu se convaincre que l'absorption du sérum par la muqueuse se faisait aussi facilement et n'avait, dans aucun des cas observés, entraîné aucun inconvénient.

Voici la technique : un premier lavement est donné au malade pour nettoyer l'intestin, puis l'injection du sérum est pratiquée dans le rectum avec une seringue.

Il va de soi que dans ces cas, en raison de sa capacité, la seringue de Roux, sur laquelle on ajuste un bout de caoutchouc ou de sonde uréthrale, est particulièrement indiquée, mais que toute seringue pneumatique peut faire l'affaire.

Quant aux effets obtenus, l'injection rectale a paru à M. Chantemesse être la même que celle de l'injection sous-cutanée. Dans les vingt cas, la valeur préventive d'une même dose de sérum a paru sensiblement égale, injectée par l'une ou l'autre voie. Ce point, ajoute l'auteur, mérite des recherches plus complètes.

Avec une méthode aussi simple et aussi rapide dans ses résultats, un complément d'observations ne saurait se faire longtemps attendre. (*Journ. de méd. de Paris.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juin 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATIONS

Traitement des anévrysmes en général et de l'anévrysme de l'aorte en particulier par des injections sous-cutanées d'une solution gélatineuse. — M. LANCEREAUX, en son nom et au nom de M. Paulesco, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 713.)

Résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goitre exophtalmique. — M. RECLUS, en son nom et au nom de M. Faure, présente une malade atteinte de goitre exophtalmique dont nous publions l'observation ci-dessus (p. 714).

Un cas de myélite ascendante aiguë. — M. BROUARDEL. Dans la discussion qui suit l'observation de M. Rendu communiquée à la dernière séance, l'auteur se demande si l'affection médullaire ne doit pas reconnaître pour cause, l'injection d'émulsion de moelle. Il y a l'objection tirée de la continuation des injections durant l'évolution de la maladie et n'ayant pas exagéré les accidents. Tout ce qu'on sait des toxines en général, n'est pas applicable aux émulsions de moelles rabiques. Si on injecte aux animaux des doses de plus en plus considérables de ces émulsions, jamais on n'obtient de phénomènes paralytiques. Au contraire, pour les toxines connues, diphtériques par exemple, dès qu'on dépasse la dose de tolérance, on voit éclater les accidents toujours les mêmes. Donc s'il y a une toxine dans la moelle des rabiques, jusqu'à présent elle n'a pu être décelée.

Quant à la myélite ascendante aiguë de Landry, c'est une forme clinique qui n'est pas extrêmement rare. Elle semble reconnaître pour cause une infection ou une intoxication venue du dehors ou de l'intérieur. Expérimentalement, on peut produire une myélite aiguë, à type de paralysie ascendante (Roger, Œttlinger, Marinesco, Marie).

D'autre part, une série d'observations récentes ont prouvé que, dans les cas cliniques de paralysie de Landry, on rencontre des microbes divers (charbon, Eberth, pyogènes variés, etc.). Le cas récent de Ricochon est intéressant; il s'agit de deux frères ayant rapidement succombé à une myélite aiguë du type de Landry.

On a observé aussi de fréquents cas de myélite aiguë consécutifs à diverses maladies infectieuses : pneumonie, grippe, etc. D'ailleurs, cette forme clinique peut guérir.

La similitude de ces derniers avec le cas de M. Rendu est très grande. Ne peut-on admettre que le malade de M. Rendu a présenté une myélite infectieuse d'origine banale? Pourrait-on dire que cet homme a eu une paralysie rabique? Ce serait le premier cas de transmission de la rage de l'homme à l'homme.

Enfin, dernière hypothèse, la myélite a-t-elle été déterminée par les inoculations? On en a cité des cas (Laveran, Geffrier). M. Rondeau (de Bordeaux) en observe en ce moment un cas. La femme, qui venait de subir le traitement rabique, au moment de son retour à Bordeaux fut prise d'accidents paralytiques ascendants avec troubles des réservoirs, puis accidents respiratoires qui, à deux reprises, faillirent emporter la malade. Elle est en voie de guérison.

On a signalé aussi de vrais cas de paralysies rabiques toujours mortelles. On peut donc admettre aussi que le cas de M. Rendu, comme celui de M. Laveran et celui de M. Rondeau, est un cas de rage paralytique, arrêté dans son évolution par le traitement. Ce serait donc là un cas favorable et non pas contraire à la méthode des injections antirabiques.

RAPPORTS

Traitement chirurgical de la myopie progressive. — M. CHAUVEL lit un rapport sur un mémoire adressé par M. Vacher (d'Orléans) et relatif au traitement chirurgical de la myopie progressive. Le rapporteur signale que M. Vacher a été, en France, le propagateur de cette intervention. Il pratique l'opération du cristallin. Ses opérations dépassent quarante. Il n'a jamais eu d'accidents. La myopie lui a semblé s'arrêter à la suite de l'opération, et il n'a pas constaté consécutivement le décollement de la rétine.

Traitement des grossesses extra-utérines. — M. PINARD lit un rapport sur deux observations de grossesse extra-utérine communiquées à l'Académie, l'une par M. Routier et l'autre par M. Tuffier. (Voir *Gaz des hôpit.*, 1897, p. 285 et 661.)

Ces observations confirment les principes suivants, qui règlent la conduite et l'enseignement de M. Pinard :

Dans la grossesse ectopique, l'intervention doit avoir pour but l'extériorisation du sac, celle-ci se faisant par laparotomie ou par élytrotomie.

A moins de cas exceptionnels, on doit se borner à extraire le fœtus. L'extraction immédiate du placenta ne doit être tentée que quand le fœtus est mort depuis très longtemps, ou dans les cas où les parois du kyste n'existent pas.

L'extirpation du sac ne doit être tentée que quand on a la certitude qu'il n'y a pas d'adhérences, ce qui est absolument exceptionnel.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie des centres nerveux (1), par le docteur GLANTENAY, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

La chirurgie des centres nerveux a été l'objet de nombreux et importants travaux dans ces dernières années. Ce livre a pour but de mettre à la portée du praticien la solution de ces nouveaux problèmes cliniques ou opératoires, dont la connaissance s'impose parfois à lui avec urgence. La première partie est consacrée au cerveau, la deuxième à la moelle épinière. Dans chacune d'elles, on trouvera d'abord un exposé de la technique des principales opérations, puis les indications du traitement chirurgical dans les lésions traumatiques ou spontanées des centres nerveux.

La chirurgie de l'encéphale comprend la technique des opérations cranio-encéphaliques et de la trépanation, les lésions traumatiques des téguments, du squelette, des méninges et de l'encéphale, les lésions infectieuses intracraniennes (méningites, phlébite des sinus de la dure-mère, encéphalite, abcès intracraniens), les tumeurs intracraniennes, les troubles fonctionnels d'origine encéphalique, notamment l'épilepsie, enfin les affections congénitales de l'encéphale.

La chirurgie de la moelle comprend la technique des opérations pratiquées sur le rachis et la moelle épinière, les lésions traumatiques vertébrales et méningo-médullaires, les lésions non traumatiques, lésions tuberculeuses et tumeurs, enfin le spina-bifida.

Formulaire des régimes alimentaires (2), par H. GILLET.

Les médecins trouveront, dans ce petit volume, un résumé sommaire des principales indications relatives à l'alimentation de l'homme à l'état normal et à l'état de maladie. Les données les plus importantes ont été rassemblées et clairement coordonnées. Ce petit volume, très riche en faits, en chiffres et en formules alimentaires, comprend trois parties. La première expose tout ce qui concerne les régimes considérés en général, la composition des aliments, leur mode d'administration. La seconde est consacrée à l'étude de la ration d'entretien à l'état de santé, aux différents âges, dans les diverses conditions sociales, sous les différents climats. Dans la troisième sont indiqués les régimes alimentaires à l'état de maladie.

Ce manuel, écrit pour la vulgarisation de notions importantes mal connues et souvent dédaignées, pourra rendre de réels services aux praticiens; il leur sera certainement plus utile que bien des aide-mémoire dans lesquels on rassemble des formules médicamenteuses plus ou moins efficaces.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 28 JUIN AU 3 JUILLET 1897)

Thèses de doctorat.

MERCREDI 30 JUIN, à une heure. — M. BARONAKI. De l'emploi de la théobromine dans l'asystolie des vieillards (MM. Potain, président; Chauffard, Netter et Widal). — M. MERCIER. De l'urodiagnostic de la fièvre typhoïde (MM. Potain, président; Chauffard, Netter et Widal). — M. SOTIROFF. De la dilatation des bronches chez les enfants (MM. Potain, président; Chauffard,

(1) In-18. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Netter et Widal). — M. SELLERIER. Considérations sur la pathogénie de la maladie de Basedow (MM. Potain, président; Chauffard, Netter et Widal). — M. INGELRANS. Étude clinique des formes anormales du tabes dorsalis (MM. Fournier, président; Humbert, Sébileau et Gaucher). — M. MAGALHAES. Essai critique sur l'emploi du mercure dans la syphilis (MM. Fournier, président; Humbert, Sébileau et Gaucher). — M. MARTY. Du traitement de la sciatique rebelle par le hersage (MM. Lannelongue, président; Tillaux, Peyrot et Poirier). — M. POUSSIN. Des hygromas hémorragiques chroniques de la bourse séreuse prérotulienne (MM. Tillaux, président; Lannelongue, Peyrot et Poirier). — M. TESTEVUIDE. Traitement des gangrènes gazeuses dans les fractures compliquées (MM. Tillaux, président; Lannelongue, Peyrot et Poirier). — M. MORIN. Étude de la cystocèle crurale (MM. Tillaux, président; Lannelongue, Peyrot et Poirier). — M. ROYER. Nouvelles recherches sur l'insuffisance et le rétrécissement mitral spasmodiques (MM. Landouzy, président; Marie, Wurtz et Walther). — M. PERRET. Étude sur la suppuration pleurale des kystes hydatiques du foie (MM. Landouzy, président; Marie, Wurtz et Walther). — M. SIBUT. Du traitement du syphilome primitif et de l'influence de celui-ci sur le développement utérin de la maladie (MM. Landouzy, président; Marie, Wurtz et Walther). — M. LÉVY. Des accidents nerveux au cours des arthropathies blennorragiques (MM. Landouzy, président; Marie, Wurtz et Walther).

JEUDI 1er JUILLET, à une heure. — Mme TACKÉ. Traitement des maladies de cœur par la gymnastique suédoise (MM. Brouardel, président; Joffroy, Marie et Thoinot). — M. BOURDICAUD-DUMAY. Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité générale du sens musculaire et du sens stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale (MM. Joffroy, président; Brouardel, Marie et Thoinot). — M. RÉMIGNARD. Des récidives et des rechutes de la rougeole (MM. Laboulbène, président; Chantemesse, Achard et Wurtz). — M. SAVATIER. De l'ostéomyélite typhique (MM. Laboulbène, président; Chantemesse, Achard et Wurtz). — M. BOISUMEAU. Du diabète dit conjugal (MM. Laboulbène, président; Chantemesse, Achard et Wurtz). — M. GUILBAUD. La rétinite proliférante (MM. Panas, président; Tarnier, Pozzi et Brun). — M. FANTON D'ANDON. Étude sur l'emploi, en Amérique, du « Veratrum viride » dans le traitement de l'éclampsie puerpérale (MM. Tarnier, président; Panas, Pozzi et Brun). — M. CONSTANS. Contribution à l'étude des principaux moyens destinés à évaluer le volume du fœtus dans la cavité utérine (MM. Tarnier, président; Panas, Pozzi et Brun). — M. HAMEL. De l'hématurie essentielle (MM. Grancher, président; Hutinel, Charrin et Marfan). — M. BAUDON. De la thoracotomie postérieure dans le traitement de la pleurésie purulente de l'enfance (MM. Grancher, président; Hutinel, Charrin et Marfan). — M. MILON. Contribution à l'étude de l'ictère chez les nouveau-nés syphilitiques (MM. Hutinel, président; Grancher, Charrin et Marfan). — M. CHARPENTIER. La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896. (Étude statistique et clinique) (MM. Hutinel, président; Grancher, Charrin et Marfan). — M. FARAUT. Contribution à l'étude de la séméiologie cardiaque (MM. Debove, président; Richet, Letulle et Gley). — M. MÉRAND. Des sarcomes rétropéritonéaux (MM. Debove, président; Richet, Letulle et Gley). — M. TISSOT. Les lois du mouvement énergétique dans les muscles en contraction volontaire statique. Nouvelle méthode pour l'étude des phénomènes physico-chimiques de la respiration (MM. Richet, président; Debove, Letulle et Gley).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 21 juin : MM. Chrétien et L. Lévi, 17; Veillon, 15. — Sont admis à prendre part à la seconde épreuve les candidats ayant un minimum de 18 points, et parmi ceux ayant obtenu 17 points : MM. Bruhl, Legry, Méry et Triboulet.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 21 juin : MM. Guillemain, 19; Longuet, 14.

— *Concours du prosectorat.* — Épreuve de médecine opératoire : « Ligature de la fémorale dans le canal de Hunter » : MM. Savariaud, 28; Gosset et Fredet, 27; Baudet et Cunéo, 26.

M. Savariaud est nommé prosecteur. Une épreuve supplémentaire aura lieu samedi entre MM. Gosset et Fredet pour la deuxième place.

— Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de ladite Académie, aux conditions imposées par la testatrice, le legs que lui a fait la dame veuve Clarens, née Barbe-Constance Cabouat, suivant testament olographe du 6 décembre 1893, d'une somme de quinze mille francs (15000 francs), qui sera placée en rente 3 p. 100 sur l'État français, et dont les arrérages serviront à fonder un prix annuel dit : « Prix Clarens. »

La rente produite par cette libéralité sera immatriculée au nom de ladite Académie, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

— Il n'y a pas lieu d'autoriser la Société de chirurgie de Paris à accepter le legs que lui a fait la dame veuve Clarens, née Barbe-Constance Cabouat, suivant testament olographe du 6 décembre 1893, d'une somme de cinq mille francs (5000 francs).

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Dupuy, professeur de pathologie médicale, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1897. — M. Dupuy est nommé professeur honoraire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Brault (Jules-François-Marie-Joseph), suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur des maladies des pays chauds.

— A l'occasion du jubilé de la reine d'Angleterre, M. le docteur Mac-Cormac est créé baronnet.

— L'Assemblée générale annuelle de l'Œuvre des hôpitaux marins pour le traitement des enfants rachitiques et scrofuleux — œuvre reconnue d'utilité publique — aura lieu dans les premiers jours du mois de juillet, sous la présidence de M. Georges Picot, de l'Institut.

Les offrandes peuvent être envoyées au siège de l'œuvre, 62, rue de Miromesnil, à Mme F. Guyon, présidente de l'Œuvre.

— Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 25 octobre 1897, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : 1° pour le clinicat chirurgical, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint (le concours annoncé pour le lundi 28 juin n'aura pas lieu); 2° pour le clinicat des maladies des voies urinaires, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 11 octobre 1897. — Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, bureau du personnel, 1er étage. — Tous les docteurs en médecine, à l'exclusion des agrégés en exercice, des prosecteurs ou aides d'anatomie, qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour de l'ouverture du concours, sont admis à concourir. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

— MM. les étudiants dont la scolarité est soumise au stage hospitalier, et qui n'auraient pu, pour des motifs sérieux, accomplir le stage du 1er décembre 1896 au 15 juin 1897, sont informés que, dans le but de régulariser leur situation, ils seront admis, du 1er juillet au 1er octobre 1897, dans certains services de cliniques qui leur seront désignés. Ceux d'entre eux qui voudraient bénéficier de cette mesure devront adresser une demande écrite

au doyen de la Faculté, en indiquant s'ils désirent suivre un service de médecine ou de chirurgie.

— La deuxième session de l'Association française d'urologie aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, les 21, 22 et 23 octobre 1897 sous la présidence de M. le professeur Guyon.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour :

1° Des opérations qui se pratiquent sur le testicule et ses annexes contre l'hypertrophie de la prostate. — Rapporteurs : MM. Albarran et Carlier.

2° Des uréthrites non gonococciques. — Rapporteurs : MM. Eraud et Noguès.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 septembre au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications à M. Desnos, secrétaire général, 31, rue de Rome.

Pour tous les renseignements concernant l'Association, s'adresser au secrétaire général.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boivin (de Versailles); Boyer (M.-J.), médecin de deuxième classe de la marine; Brousse (de Saint-Estèphe); Chudzinski, préparateur au laboratoire d'anthropologie de Paris; Fiévet (de la Madeleine-lès-Lille); Et. Levié (de Marseille); Thébault (de Nieul-le-Dolent).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Neurosine Prunier — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 72. — SAMEDI 26 JUIN 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 26 JUIN 1897. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'aspergillose.

Par Léopold-Lévi, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Introduction. — L'aspergillose a sa place marquée dans le cadre nosologique. Parmi les différents aspergillus, le plus répandu et le plus pathogène des champignons de son espèce est l'aspergillus fumigatus [Frésénius (1)]. Il est également le mieux connu. Il a été, en effet, l'objet de nombreuses études, et, en particulier, a servi de thème d'observation à M. Rénon (2) qui a réuni, en un livre auquel nous ferons de nombreux emprunts, les travaux étrangers et ses recherches personnelles concernant le parasite.

Avec Rénon nous étudierons successivement :

A. L'aspergillose spontanée des animaux;
B. L'aspergillose expérimentale;
C. L'aspergillose de l'homme. C'est à cette troisième partie que nous accorderons les plus grands développements.

I

A. Aspergillose spontanée des animaux. — L'aspergillose spontanée s'observe :

1° Chez les mammifères;
2° Chez les oiseaux;
3° Dans les œufs en incubation.

1° *Mammifères.* — Les premières observations d'aspergillose chez les mammifères sont assez récentes. En 1857, Rivolta (3) rencontra chez le cheval de nombreux fragments de mycélium dans le contenu purulent d'une tumeur du pharynx. Plus tard, en 1871, Gotti (4), chez le chien, rapporta à l'aspergillus un catarrhe auriculaire. De nouveaux cas furent observés chez le cheval par Pech (1), Martin (2), chez la vache par Zürn (3), etc.

(1) Frésénius. *Beitræge zur Mycologie.*
(2) Rénon. *Étude sur l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme*, Paris 1897.
(3) Rivolta. *Il med. vet.*, 1857.
(4) Gotti. *Giorn. di an. fisiol. e patol. degli animali*, 1871.

L'affection résulte le plus souvent d'une contagion qui s'établit à la faveur de l'alimentation. Les graines, les pailles, les fourrages, réduits à l'état sec, sont couverts de poussières qui renferment des spores virulentes (4). Les mouvements de mastication les mettent en liberté dans la cavité buccale; elles sont aspirées dans le larynx, la trachée, les bronches pendant l'inspiration. Thary et Lucet (5) ont décrit, chez les juments, une véritable épidémie, déterminée par des litières composées de feuilles humides et moisies provenant de la couverture des meules. Parmi les mammifères, les races équine et bovine semblent prédisposées. Une affection antérieure des voies respiratoires facilite le développement de l'affection.

Les *lésions* observées varient suivant qu'on considère :

a. *La forme lente.* — Elles se traduisent essentiellement par des tubercules, siégeant dans tous les organes, mais surtout dans le poumon (partie supérieure ou moyenne) avec adhérences à la plèvre pariétale ou la paroi thoracique. Ils sont durs comme des noisettes, mais présentent à la coupe une cavité communiquant ou non avec les bronches et tapissée « d'une sorte de gazon cryptogamique, formé par une couche régulière d'un champignon d'aspect pulvérulent et de couleur verdâtre ».

Ils sont composés de trois zones, au point de vue histologique : une zone périphérique, formée de tissu pulmonaire atélectasié, en voie de sclérose; une zone moyenne formée de tissu conjonctif assez dense; et une zone centrale composée de mycélium et de spores.

Parfois on trouve des foyers caséeux ou des productions calcifiées, de couleur verdâtre, du volume d'un pois et contenant dans leur intérieur du pus et le mycélium.

Le reste du poumon présente, alternant avec les tubercules, des foyers d'emphysème et d'hépatisation.

En dehors du poumon, les tubercules se rencontrent dans l'intestin, le foie, les ganglions mésentériques. Les bronches sont souvent le siège d'ulcérations.

(1) Pech. *Preuss. Mittheil.*, 1875-1876.
(2) Martin. *Jahresb. d. k. Centr. Thierarzneischüle*, in München, 1884.
(3) Zürn. *Berl. Archiv*, 1876.
(4) La maladie ne peut être contractée que par les spores, et non pas par le mycélium.
(5) Thary et Lucet. Mycose aspergillaire chez le cheval, *Rev. de méd. vétérin.*, 15 juin 1895, p. 337.

b. *La forme aiguë.* — Le poumon offre les lésions d'hépatisation et parfois une fonte purulente par places.

c. *La forme suraiguë* a été observée chez la vache par Lucet (1), chez le cheval par Lucet et Thary (2).

Il existe des hémorragies interstitielles généralisées au tissu cellulaire sous-cutané, aux masses musculaires, au péricarde, au tissu sous-pleural. Dans le poumon, siège de bronchite et d'emphysème, on trouve des noyaux d'hépatisation hémorragique. La rate est parsemée de taches sanguines, les parois du rumen et de l'intestin grêle sont congestionnées. Des suffusions sanguines se produisent dans le péritoine. Le sang, la pulpe des organes, mis en cultures, font reconnaître les spores. On les retrouve sur les coupes des organes.

L'affection se présente :

1. Sous *forme chronique*, et affecte les allures d'une bronchite chronique avec dyspnée, toux, jetage, râles secs à l'auscultation, s'accompagnant ou non d'emphysème. L'emphysème peut être d'ailleurs le seul signe de mycose. Parfois l'apparence est celle de la pneumonie catarrhale, ou de la tuberculose.

La marche de la maladie est envahissante, et s'accompagne bientôt de signes généraux très marqués.

2. L'affection est *aiguë*, comme chez la vache. C'est une vraie septicémie hémorragique. Le début est brusque, avec hyperthermie, frissons, anorexie, en plus de la toux. L'auscultation révèle des râles sibilants et ronflants. Bientôt apparaissent des épistaxis, des ecchymoses violacées et noirâtres. La dyspnée augmente, le pouls est petit. Dans les points ecchymotiques surviennent des bosselures étendues, indolores, de consistance pâteuse.

Chez le cheval, la marche peut être foudroyante : la prostration est extrême, les membres sont secoués par le tremblement. La dyspnée est très vive, le pouls est très petit, le jetage est sanguinolent. Il y a enfin des symptômes de pneumonie et de néphrite infectieuses.

Le diagnostic se fait par l'examen bactériologique du jetage, en y ajoutant, goutte à goutte, une solution de potasse à 15 p. 100, en le colorant par la safranine et la thionine. On aura, en outre, recours aux cultures, surtout au liquide de Raulin.

Il existe chez les animaux des causes d'erreur : il ne faut pas prendre pour pathogènes les spores provenant des aliments.

Le pronostic est très grave, la mort est la terminaison presque fatale de l'affection.

Telle est l'aspergillose spontanée des mammifères. Elle a un grand intérêt, car, dans la presque généralité des cas, elle représente, en particulier dans le poumon, une pneumomycose primitive.

2° *Oiseaux.* — L'aspergillose fut étudiée d'abord chez les oiseaux. En 1872, Frésénius (3) appliqua le nom d'aspergillus fumigatus à un champignon trouvé dans le poumon d'une outarde. Déjà auparavant de nombreuses observations avaient été recueillies : en 1815, par Mayer (4), chez le geai; par Jœger (1), chez le cygne (1816); Heusinger (2) [1826), chez la cigogne; chez le corbeau, Theile (3) [1823]; chez le flamant, Orven (4) [1823]; chez un canard *eider* [Deslongchamps (5) 1841]; chez une perruche [Rousseau et Serrurier (6)]; chez un faucon [Muller et Retzius (7) 1842]; chez un faisan [Robin (8) 1843]; chez le canard [Hayem (9)]; le perroquet [Bouchard (10], etc. Le parasite avait été rencontré dans les bronches, les poumons, les sacs aériens, les voies veineuses, la cavité des os longs; au niveau des lésions tuberculeuses des poumons, dans des cavernes. MM. Dieulafoy, Chantemesse et Vidal (11) découvrent, en 1892, les lésions tuberculeuses du plancher de la bouche des pigeons. Rénon (12), dans sa thèse inaugurale, rapporte des cas spontanés d'aspergillose chez les pigeons.

La contamination par les graines est aisée, étant donné l'alimentation des oiseaux. Le développement du parasite est facilité par la température élevée de ces animaux, l'existence chez eux de sacs aériens, la disposition de leur tissu osseux. Rénon fait remarquer que le gavage des pigeons, en faisant passer par la cavité buccale un nombre de graines beaucoup plus grand que ne comporte l'alimentation normale, représente une nouvelle condition favorable à la contagion.

Les lésions siègent au niveau de l'appareil pulmonaire (trachée, bronches, poumons), au niveau de l'appareil digestif (bouche, rarement œsophage, intestin, plus souvent foie), enfin, au niveau des reins. MM. Dieulafoy, Chantemesse et Vidal ont décrit sur le plancher de la bouche des pigeons un « chancre » nodule blanchâtre, du volume d'un pois à celui d'une petite noisette, d'apparence caséeuse. Dans le poumon, comme aussi dans le foie, l'intestin, les reins, le mésentère, les lésions se présentent sous forme de granulations tuberculeuses isolées ou agglomérées, dures ou caséeuses. Les lésions les plus importantes siègent au niveau des sacs aériens, où se développe une *plaque membraneuse*, de teinte blanc jaunâtre, sur laquelle reposent le mycélium du parasite et ses spores et qui représente, au point de vue histologique, le tissu propre infiltré d'exsudats fibrineux et englobant de nombreux leucocytes.

La forme la plus habituelle observée chez les oiseaux est l'*aspergillose pulmonaire.* A côté des phénomènes généraux d'amaigrissement, d'anorexie, de somnolence, de diarrhée, de fièvre, existe de la dyspnée, la respiration s'accompagne d'un ronchus surtout sensible à l'expiration. La mort survient par cachexie, après une durée de quelques jours ou de plusieurs mois.

Lucet décrit, en outre, l'*aspergillose des sacs* aériens, caractérisée surtout par des symptômes généraux, en particulier, l'amaigrissement continu et progressif, et l'*aspergillose des*

(1) Lucet. Études cliniques et expérimentales sur l'aspergillus fumigatus, *Bull. de la Soc. cent. de méd. vétér.*, 30 juin 1894.

(2) Lucet et Thary. Loc. cit.

(3) Frésénius. Loc. cit.

(4) Mayer. Verschimmlung im lebenden Körper, *Archiv f. Anat. u. Physiol. v. J. F. Meckel*, 1815.

(1) Jœger. Uber Enstehung von Schimmel im Innern der thier Körpers, *Ibid.*, 1816.

(2) Heusinger. *Bericht v. d. kœnigl. Zootom. Anstalt zü Würzburg*, 1826.

(3) Theile. *Heusinger's Zeits. f. d. organ. Physiol.*, 1827.

(4) Owen. *Philosophical Magazine*, 1833.

(5) Deslongchamps. *Ann. des sc. nat.*, juin 1841.

(6) Rousseau et Serrurier. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1841.

(7) Muller et Retzius. *Müller's Archiv f. Anat. u. Physiol.*, 1842.

(8) Robin. *Histoire naturelle des animaux parasites*, 1853.

(9) Hayem. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1873, p. 295.

(10) In Carville. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1873, même séance.

(11) Dieulafoy, Chantemesse et Vidal. Congr. de Berlin, 1890.

(12) Rénon. *Recherches cliniques et expérimentales sur la pseudo-tuberculose aspergillaire*, Th. de Paris, 1893.

articulations, qui s'accompagne de gonflement articulaire et de boiterie.

Le diagnostic, difficile, se pose avec la tuberculose, les affections vermineuses, et repose sur la recherche du parasite.

Le pronostic est très grave. Il est donc nécessaire, par une prophylaxie rigoureuse, d'éviter la contamination, d'isoler les animaux contaminés. L'affection déclarée, le traitement révulsif est indiqué. Dans les formes septicémiques suraiguës, les antiseptiques, la strychnine, sont préconisés. Enfin, Rénon a montré que l'iodure de potassium produit une survie considérable chez des lapins inoculés avec des spores de l'aspergillus fumigatus. Lucet, de son côté, avait montré expérimentalement l'action de l'iodure de potassium et de l'acide arsénieux pour arrêter la fructification de l'aspergillus niger et employé l'iode et l'arsenic dans le traitement de l'aspergillose expérimentale.

3° *Œufs en incubation.* — L'histoire de l'aspergillose des œufs en incubation est due à Lucet (1). Antérieurement, Dareste (2) trouva un aspergillus dans les moisissures des œufs en incubation. Stephen Artault (3) a relaté certaines mycoses des œufs frais inoculés par effraction.

Lucet a démontré qu'il fallait incriminer les pailles du nid, et rendit évident le mécanisme de l'introduction du champignon dans l'œuf. Elle n'a pas lieu par effraction de la coquille, mais par la membrane calcaire saine elle-même. La paille du nid moisie contient les spores qui se développent grâce à la température de la pondeuse; d'autre part, les plumes des couveuses, enduites de substances organiques, en imprègnent les œufs. Les conditions sont réalisées pour la pénétration du mycelium tout jeune dans la chambre à air.

II

B. Aspergillose expérimentale. — *Historique.* — C'est Lichteim (4) qui, en 1882, reconnut, d'une façon décisive, la virulence de l'aspergillus fumigatus, en le séparant de l'aspergillus glaucus avec lequel il était confondu. De Bary (5) [1883] confirma ces faits. Auparavant les expériences de Grohe (6) [1869], de Block (7), de Grawitz (8), avaient donné des résultats variables suivant que l'aspergillus fumigatus avait été associé ou non aux moisissures que ces auteurs injectaient. Koch et Gaffky (9) avaient entrevu une part de la vérité, mais avaient accordé un rôle pathogène à l'aspergillus glaucus, qui lui fut également prêté à tort par Baumgarten et Muller (10) et Kauffmann (11). Nous devons citer encore les mémoires de Leber (1), Ribbert (2), MM. Dieulafoy, Chantemesse et Vidal (3), Kotliar (4), Lucet (5), enfin, les recherches très importantes de Rénon (6).

(1) Lucet. Mycose des œufs en incubation, *Bull. de la Soc. cent. de méd. vétér.*, 30 juin 1896.

(2) Dareste. Développement des végétations cryptogamiques à l'intérieur et à l'extérieur de l'œuf de poule, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1892.

(3) S. Artault. *Recherches bactériologiques*, etc., *sur l'œuf de poule et ses agents d'infection*, Th. de Paris, 1893.

(4) Lichteim. Die Aspergillus Mykosen, *Berlin. klin. Wochens.*, 1882, p. 129.

(5) De Bary. *Morphol. u. Physiol. der Pilze*, 1883.

(6) Grohe. Medicinische verein zu Greifswald, in *Berlin. klin. Wochens.*, 1870, p. 8.

(7) Block. Th. de Stettin, 1870.

(8) Grawitz. *Virchow's Archiv.*, 1877, t. LXX, p. 546.

(9) Koch et Gaffky. *Mittheil. aus dem Kaiserl. Gesundheitsamtes*, 1881.

(10) Baumgarten et Muller. *Berlin. klin. Wochens.*, 1882.

(11) Kauffmann. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1882, in *Lyon méd.*, 1882, t. XXXIX.

Nous étudierons successivement :

1° Le champignon;

2° Les conditions de l'infection aspergillaire expérimentale;

3° Les lésions produites par le parasite;

4° Les essais d'immunisation contre lui.

I. *De l'aspergillus fumigatus.* — L'aspergillus fumigatus fait partie de l'ordre des ascomycètes, classe des érysophacées [de Bary (7), Costantin (8)], famille des périsporacées [Van Thieghem (9), Blanchard (10)].

A l'état adulte, il est constitué par un mycélium qui donne des rameaux stériles et des rameaux fructifères supportant les spores. Les spores sont petites de 3 à 4 μ de diamètre, rondes, circulaires, complètement lisses. L'évolution totale de la spore, en liquide de Raulin, à l'étuve à 24 degrés, se fait en vingt-deux heures environ.

L'examen peut se faire, sans coloration : en montant simplement à l'eau, en employant la méthode de Crookshank, en versant sur le mycélium une goutte de potasse caustique en solution aqueuse (potasse caustique 40 parties; eau distillée 60 parties), en se servant d'acide acétique cristallisable. Les colorants employés sont : la solution fuchsinée de Ziehl, la solution hydro-alcoolique diluée de bleu de méthylène, de violet de gentiane, la safranine en solution aqueuse peu concentrée, l'éosine en solution dans l'eau à 1 p. 100. La thionine, d'après la formule de Nicolle, est très employée par Rénon :

Thionine	50 centigrammes.
Acide phénique	1 gramme.
Alcool absolu	10 cent. cubes.
Eau distillée.	90 —

Laisser une minute, sécher, monter au baume.

Les milieux habituels sont peu favorables au développement du champignon : en bouillon peptonisé alcalin, il ne vient pas jusqu'à fructification. En gélatine, les spores ne se développent qu'au bout de deux ou trois semaines. La gélatine est liquéfiée à la longue. En gélose ordinaire, le mycélium est apparent au bout de trente heures. Les spores n'apparaissent que le troisième jour, d'abord verdâtres, puis de couleur noire au bout de cinq jours.

Au contraire, en milieu acide, et en particulier en liquide de Raulin, on voit le mycélium se développer en cinq à douze heures, les spores en douze à quinze heures : « La surface du tube prend d'abord l'aspect d'un tapis velouté blanc, qui devient vert bleuâtre tendre, puis vert foncé, pour finir par être brun noirâtre au bout de cinq à six jours. »

(1) Leber. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1882.

(2) Ribbert. *Der Untergang pathogeners Schimmelpelze in Kœrper*, Bonn 1887.

(3) Dieulafoy, Chantemesse et Vidal. Loc. cit.

(4) Kotliar. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 juillet 1894.

(5) Lucet. *Bull. de la Soc. cent. de méd. vétér.*, 30 août 1896.

(6) Rénon. Suite de mémoires à la Soc. de biol., 1895-1896. — Pour le détail de ces communications, nous renvoyons à son livre.

(7) De Bary. Loc. cit.

(8) Costantin. *Les mucédinées simples*, 1888.

(9) Van Thieghem. *Traité de botanique*, 1891, t. II, p. 1145.

(10) Raph. Blanchard. Parasites végétaux, in *Traité de pathologie générale* du professeur Bouchard, t. II, p. 843.

En gélose faite avec le liquide de Raulin, le développement est aussi rapide. Sur ce milieu, la couleur des spores devient en quatre jours franchement noirâtre, persistante.

Des milieux propices sont encore : les milieux glycérinés glycosés, le moût de bière qui fournit le maximum de croissance, le moût de raisin blanc, la maltose peptonisée de Sabouraud, la pomme de terre, la carotte, le jus de groseille filtré et stérilisé, le pain humide stérilisé, le lait stérilisé à l'autoclave (il y a coagulation), l'urine humaine stérilisée à froid.

La température la plus favorable est voisine de 37 à 38 degrés et va jusqu'à 40. Les spores se développent mal entre 55 et 60 degrés. Elles sont tuées à 100 degrés. D'autre part, au-dessous de 20 degrés, les spores ne poussent pas. La culture est impossible au-dessous de 15 degrés. Le développement se fait d'autant mieux que la culture est plus aérée. Après la culture, les milieux alcalins conservent la réaction alcaline, les milieux acides deviennent neutres et parfois alcalins (Lucet). Le champignon emploie pour son développement dans le liquide de Raulin (après vingt-trois jours, Lucet) : de l'eau, la totalité du sucre, de l'acide carbonique et de l'acide azotique, du carbonate de potasse et du carbonate de magnésie, et du nitrate d'ammoniaque.

La couleur des spores varie suivant les milieux employés : verdâtre en milieux acides, elle devient brun noirâtre sur les milieux neutres. En liquide de Raulin, les spores d'abord vertes prennent quelquefois une couleur noirâtre; on observe toujours cet aspect fumé au bout de quelques jours en gélose raulinée. Rénon, dans des conditions bien déterminées d'absence d'air, de chaleur, a vu les spores de l'aspergillus fumigatus prendre une couleur jaunâtre, qui les rapproche de l'aspergillus flavus. Réensemencées sur les mêmes milieux, et au contact de l'air, les unes redevinrent vertes, les autres restèrent jaunes.

L'aspergillus fumigatus doit se séparer du penicillium glaucum, qui, entre autres caractères différentiels, se développe à une basse température; de l'aspergillus glaucus, qui jouit de la même propriété, a, en outre, des spores plus grosses et n'est pas pathogène; de l'aspergillus niger, à aspect franchement noir sur tous les milieux, même la gélose ordinaire; de l'aspergillus nigrescens, d'un noir sale, avec rameaux mycéliens beaucoup plus développés; de l'aspergillus florescens, d'un vert caractéristique; de l'aspergillus subfuscus, à spores très petites et à pouvoir pathogène peu marqué; enfin de l'aspergillus nidulans, dont les spores se développent sur des stérigmates ramifiés.

Les spores de l'aspergillus fumigatus sont très résistantes; elles sont encore vivantes au bout de quatre ans dans une vieille culture (Rénon), au bout d'un an, dans des œufs infectés au moment de l'incubation (Lucet), au bout d'un mois de séjour dans des substances animales en putréfaction (Lucet), après plusieurs mois, dans des tubes de liquide de Raulin ouverts à l'air. Cependant, dans les vieilles cultures le pouvoir végétatif est moindre que pour les jeunes spores (Rénon). A cette lenteur de germination répond une atténuation manifeste de virulence.

Les spores résistent aux basses températures, à la chaleur modérée (au-dessous de 57 degrés), aux courants de haute fréquence (d'Arsonval et Rénon), à de nombreux agents chimiques : acide chlorhydrique à 5 p. 100, acide borique, sulfate de cuivre, sulfate de fer. Par contre, elles sont tuées par un séjour de douze heures dans l'acide sulfurique, l'acide azotique, l'acide phénique, le sulfate de zinc, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, le bichlorure de mercure, même en solution au millième, acidifié par l'acide tartrique et après un séjour d'un quart d'heure (Rénon). La résistance des spores et du mycélium est de même très grande dans l'organisme animal. Les sucs digestifs n'ont pas d'action sur elle.

Les spores de l'aspergillus sont très répandues, surtout sur les graines et les végétaux [millet, vesce, seigle, avoine, blé, foin (Rénon), l'orge, le maïs, la luzerne, le trèfle, les pailles d'avoine, de seigle, de blé (Lucet)]. Les étés chauds sont plus favorables au développement du champignon.

II. *Conditions de l'infection aspergillaire expérimentale.* — Ce sont les oiseaux, et particulièrement le pigeon, qui sont le plus susceptibles de contracter l'aspergillose expérimentale. Parmi les mammifères, il faut citer le singe, et comme animaux courants de laboratoire le lapin et le cobaye. Le chat (Rénon), le chien (Lucet) sont réfractaires.

Pour apprécier les doses d'inoculation, Rénon prélève sur une culture développée en milieu solide et vieille d'au moins huit jours, avec l'extrémité aplatie (palette) d'un fil de platine de grosseur moyenne, et met plusieurs palettes dans des tubes contenant 5 centimètres cubes de bouillon peptonisé stérilisé, il fait une émulsion et prend dans la seringue, pour l'injection, une quantité déterminée de l'émulsion.

L'aspergillose peut être transmise : par voie sanguine (veine axillaire, chez le pigeon) — la rapidité de la mort est en rapport avec la quantité de spores injectées; par inhalation; par ingestion; par injection dans le tissu sous-cutané, le muscle pectoral des pigeons, les poumons, le foie, les reins (les animaux ne meurent pas,) les séreuses : péritoine, plèvre, séreuses articulaires, la cornée.

Pour attribuer sûrement à l'aspergillus fumigatus la mort des animaux en expérience, il faut pratiquer l'examen des sécrétions pendant la vie, ou des organes après l'autopsie de l'animal. Les sécrétions ou les organes recueillis aseptiquement sont ensemencés en liquide de Raulin, mis à l'étuve à 37 degrés. Les cultures ont déjà une apparence particulière. En cas de doute, on cultivera en gélose au liquide de Raulin ou en gélose glycérinée. On pratiquera alors l'examen des spores, puis on injectera au pigeon ou au lapin les spores obtenues par cultures. L'examen histologique des sécrétions et des organes y décèle le mycélium ou les spores.

En employant cette méthode, Rénon a démontré, entre autres faits, le *passage du mycélium de l'aspergillus fumigatus dans les urines*, au cours de l'aspergillose expérimentale; et la *transmission de l'aspergillose expérimentale de la mère au fœtus.*

III. *Lésions aspergillaires expérimentales.* — Les lésions sont multiples, mais « tous les organes ne sont pas égaux devant l'infection mycosique ». Lorsque l'inoculation a eu lieu par voie sanguine, chez les oiseaux et surtout le pigeon, c'est uniquement le foie qui est atteint. Ce sont les reins chez le cobaye et le lapin. Quel que soit l'appareil intéressé : foie, reins, myocarde, muscles, plancher de la bouche, intestin (surtout cæcum), poumon, bronches, moelle des os [colonne vertébrale, mal de Pott aspergillaire (Rénon)], rate, séreuses : péritoine, plèvre [aspergillose pleurale (Rénon)], encéphale, cornée, la lésion se présente toujours sous forme tuberculeuse. Le tubercule est essentiellement formé d'un feutrage

de filaments mycéliens. En dehors existe de la congestion périphérique, de la nécrose des cellules voisines, et une infiltration leucocytique. Parfois, comme Rénon l'a montré dans le rein, il se produit un processus très actif de sclérose qui entraîne la guérison. Dans le sang, Gravitz a noté la leucocytose.

L'aspergillose caractérisée par le tubercule est donc une pseudo-tuberculose. Si avec Ribbert (1), MM. Dieulafoy, Chantemesse et Vidal, on étudie l'évolution histogénétique du tubercule, on voit au début les spores serrées de près par les leucocytes, qui forment des nodules par leur agglomération. En dehors d'eux se développent ultérieurement des cellules épithéliales géantes dans lesquelles les spores se désagrègent pour arriver bientôt à n'être plus aperçues.

Il est à remarquer que, si l'organisme n'a pas eu le temps de réagir, il ne se forme pas de tubercules dans les organes, que l'on trouve alors farcis de rameaux mycéliens, comme le prouvent les cultures en liquide de Raulin. Le tubercule aspergillaire n'est donc que l'expression du processus de défense de l'organisme contre le parasite. Il est le résultat de réactions phagocytaires qui tendent à limiter l'infection, dès que les spores de l'aspergillus commencent à se développer dans les organes. Après injection veineuse, Rénon a vu l'englobement des spores par les leucocytes commencer vers la troisième heure chez le lapin, pour être en pleine activité vers la douzième où la dix-huitième heure.

Cet auteur a démontré par des expériences sur la grenouille, et *in vitro*, que la phagocytose est plus active pour l'aspergillus niger que pour l'aspergillus fumigatus, ce qui explique peut-être le peu de virulence de ce premier parasite, sans qu'il soit possible d'expliquer la cause intime du phénomène.

Parfois, sur les préparations des organes, le mycélium aspergillaire revêt des formes qui ressemblent à s'y méprendre à l'actinomycose. Lichteim, qui les observa le premier, les regarda comme des productions avortées, Laulanié (2) les décrivit ensuite. Ils affectent l'apparence de rosaces ou d'étoiles, dont les branches très courtes, jaunes, réfringentes, sont renflées à l'extrémité libre et effilées à l'extrémité adhérente. Ribbert les désigna sous le nom de corps radiés ou rayonnants. Lucet les vit chez le cobaye. Rénon les a rencontrés à différentes reprises, et pense que ces formes sont « l'indice de la défense extrême de l'organisme et de la vitalité moins grande du champignon ».

IV. *Essais d'immunisation.* — Les tentatives d'immunisation des animaux contre l'aspergillose expérimentale ont échoué jusqu'à présent. L'aspergillus fumigatus ne forme pas (Kotliar) de toxines ni de substances vaccinantes extra-cellulaires dans les milieux dans lesquels on le cultive habituellement. Il n'existe pas non plus de substances toxiques ou vaccinantes intra-cellulaires [Rénon (3)]. Cet auteur a employé sans résultat dans ses recherches le sérum anti-streptococcique de Marmorek, le sérum d'animaux morts d'aspergillose expérimentale, des éléments non pathogènes : bouillon, champignon inoffensif (aspergillus niger), microbes saprophytes (proteus vulgaris), des spores d'aspergillus fumigatus modifiées par l'addition de corps chimiques : nitrate d'argent, iodure de potassium, iode; des spores stérilisées à 110 degrés. Cependant, il a obtenu, après inoculation de spores virulentes à des lapins, une résistance plus grande de ces animaux, après chaque nouvelle inoculation. D'autre part, il a constaté une atténuation de la virulence des spores provenant de vieilles cultures.

(1) RIBBERT. Loc. cit., p. 23.
(2) LAULANIÉ. *Arch. de physiol.*, 1884, p. 516.
(3) C'est là une dissemblance avec les bactéries. — L'absence de toxines montre que la mort ne survient pas par toxinhémie. Elle serait due pour Kotliar à l'asphyxie des tissus, le parasite tirant des tissus l'oxygène nécessaire à son développement.

III

C. ASPERGILLOSE DE L'HOMME. — L'aspergillus fumigatus envahit chez l'homme l'appareil respiratoire, l'oreille, la cornée, le rein, la peau.

Appareil respiratoire. — C'est à Bennett (1) [1842] que l'on doit le premier cas de pneumomycose de l'homme. Il trouva des champignons dans les crachats, les cavernes, les masses tuberculeuses d'un phtisique. Rayer (2), puis Gaidner (3) constatent des moisissures dans la plèvre d'un tuberculeux atteint de pneumothorax. L'aspergillus fut incriminé pour la première fois dans une observation de Sluyter (4) [1847]. Virchow (5), en 1856, rapporte quatre cas d'aspergillose des bronches et des poumons. Friedreich (6) fournit un cas de tuberculose pulmonaire avec moisissures analogues à l'aspergillus au niveau d'une caverne. Dusch et Pagenstecher (7) firent la même remarque au niveau d'une excavation pulmonaire. Conheim (8), en 1865, dans un tubercule pulmonaire, reconnaît un mycélium. D'autres cas appartiennent à Fürbringer (9), Rother (10), Weichselbaum (11), Herterich (12) [cas d'aspergillose de la trachée], Falkenheim (13), Boström (14), Osler (15), Popoff (16).

Lichtheim (17), en 1882, dans un cas d'infarctus pulmonaire, avait trouvé un mycélium. Les cultures lui firent reconnaître l'aspergillus fumigatus.

En 1890, Wheaton (18) publie une observation importante dans laquelle il décrit les lésions pures de la mycose dans

(1) BENNETT. *Transact. of the Roy. Soc. of Edinburgh*, 1842, t. XV, p. 227.
(2) RAYER. *Froriep's N. Notixen*, 1842.
(3) GARDNER. *Edinb. Med. Journ.*, 1853, p. 472.
(4) SLUYTER. *Dissert. inaug.*, Berolini 1847, p. 14.
(5) VIRCHOW. Beiträge zur Lehre von dem beim Menschen vorkommenden pflanzlichen Parasiten, *Virchow's Archiv*, t. IX, 1856, p. 557.
(6) FRIEDREICH. Fall von Pneumomycosis aspergillina, *Virchow's Archiv*, t. X, 1856, p. 510.
(7) DUSCH et PAGENSTECHER. Fall von Pneumomycosis, *Virchow's Archiv*, t. XI, 1857, p. 561.
(8) CONHEIM. Zwei Fälle von Mycosis der Lungen, *Virchow's Archiv*, t. XIII, 1865, p. 167.
(9) FURBRINGER. Uber Lungenmykose beim Menschen, *Virchow's Archiv*, t. LXVI, 1876.
(10) ROTHER. Ein Fall von geheilter Pneumomycosis aspergillina, *Charite-Annalen*, Jahrg. IV, 1877.
(11) WEICHSELBAUM. Eine Beobachtung von Pneumomycosis aspergillina, *Wien. Med. Wochens.*, 1878, p. 1289.
(12) HERTERICH. Ein Fall von Mycosis tracheœ, *Ærzt. Intelligenzb.*, 1880, nº 43.
(13) FALKENHEIM. Ein Fall von Aspergillusmykose, *Berlin. klin. Wochens.*, 1882, nº 49.
(14) BOSTRÖM. *Arch. f. derm. u. Syphil.*, 1891, p. 843.
(15) OSLER. Aspergillus of the lung, *Transact. of the Pathol. Soc. of Philad.*, 1887, t. XII-XIII.
(16) POPOFF. *Ein Fall von Mycosis aspergillina*, Varsovie 1887.
(17) LICHTHEIM. Uber pathogene Schimmelpelze. Die Aspergillus Mykosen, *Berlin. klin. Wochens.*, 1882, p. 129.
(18) WHEATON. *Transact. of the Pathol. Soc. of London*, 1890, t. XLI.

les poumons, les bronches, les ganglions lymphatiques. La même année, MM. Dieulafoy, Chantemesse et Vidal (1), à propos de trois observations de pneumomycose tuberculeuse, rencontrée chez des gaveurs de pigeons, donnent une description clinique, étiologique et expérimentale de l'affection. Puis M. Potain (2) observe chez un gaveur de pigeons tous les signes de la tuberculose. Les crachats contenaient un aspergillus et point de bacille de Koch. En 1892, observation de Boyce (3), où les lésions sont décrites avec grand soin. En 1893, Rénon (4) consacre sa thèse inaugurale à l'étude de l'aspergillose pulmonaire. Il avait observé deux gaveurs de pigeons qui présentaient des lésions de forme tuberculeuse de leurs poumons, et dont les crachats contenaient du mycélium et des spores d'aspergillus fumigatus, mais aussi des bacilles de Koch. De nouveaux cas sont rapprochés par Kohn (5), Thomas (6), Ernst (7). MM. Gaucher et Sergent (8) constatent l'existence de l'aspergillus fumigatus dans l'expectoration d'un gaveur de pigeons en dehors de tout bacille de Koch. Rénon publie avec Sergent (9) le résultat de l'autopsie d'un des cas de sa thèse, puis deux nouvelles observations de pneumomycose sans bacillose chez des peigneurs de cheveux (10). Citons encore les faits de Max Podack (11), Herla (12), Arkle et Hinds (13).

L'aspergillose du poumon est primitive ou secondaire :

Secondaire, elle se développe à la suite d'un cancer du poumon [Küchenmeister (14)], d'une bronchopneumonie (Virchow), d'infarctus hémorragiques (Friedreich, Fürbringer, Lichtheim), etc.

Primitive, elle apparaît chez des malades qui n'avaient aucune lésion antérieure des voies respiratoires (cas de Weichselbaum, de Boyer, Kohn, Herterich, cas de Dieulafoy, Chantemesse et Vidal, Potain, Gaucher et Sergent, nombreux faits de Rénon). Pour Max Podack, il n'existe pas de cas primitifs. La forme tuberculeuse de l'aspergillose est secondaire. Rénon, dans son livre, défend au contraire l'existence primitive de l'aspergillose pulmonaire. Voici les arguments qu'il met en avant :

1° Chez les oiseaux et mammifères, l'aspergillose spontanée existe ;

2° Par l'expérimentation, en inoculant des spores d'aspergillus fumigatus dans la trachée de lapins, on détermine une tuberculose aspergillaire des poumons, vérifiée par l'examen macroscopique et les ensemencements ;

3° De par leur profession, certains hommes sont exposés à inhaler les spores existant à la surface des graines (gaveurs de pigeons) ou rencontrées dans la farine (peigneurs de cheveux). S'ils deviennent atteints de tuberculose, la recherche des bacilles dans les crachats par les colorations et les inoculations reste négative, la recherche du mycélium, l'inoculation des crachats au pigeon, les ensemencements sont positifs ;

4° L'évolution de l'aspergillose pulmonaire diffère de celle de la bacillose : les malades guérissent. Si parfois la bacillose remplace l'aspergillose et évolue pour son propre compte, dans d'autres cas, la bacillose complique l'aspergillose, mais « l'évolution des deux parasites est arrêtée par un processus intense de sclérose qui entraîne la mort du malade par gêne progressive de la circulation bronchopulmonaire ».

On voit donc que l'existence de l'aspergillose pulmonaire primitive de l'homme s'appuie sur des arguments nombreux. En outre, dans l'aspergillose secondaire, le champignon ne se développe que pendant les derniers mois de la vie, et est en pleine évolution au moment de la mort. Dans l'affection primitive, au contraire, on ne peut parfois, après la mort, déceler mycélium ni spores dans le poumon (cas de Rénon et Sergent). Il existe donc une tuberculose aspergillaire du poumon, à laquelle Rénon donne le nom d'aspergillomycose primitive du poumon.

A. *Tuberculose aspergillaire.* — C'est chez les *gaveurs de pigeons* et les *peigneurs de cheveux* que l'affection a été rencontrée. En ce qui concerne les gaveurs de pigeons, MM. Dieulafoy, Chantemesse et Vidal et M. Potain ont émis l'hypothèse que les spores d'aspergillus existent sur les graines qui servent au gavage, et ainsi se ferait la contamination des gaveurs et aussi des pigeons, fréquemment atteints. M. Rénon a, de son côté, insisté sur ce fait. Pour cet auteur, c'est de même les poussières de la farine employée pour le peignage des cheveux, qu'il faut incriminer chez les peigneurs. Il a, en effet, retiré de la farine et des poussières un aspergillus fumigatus pathogène pour le lapin et le pigeon. D'ailleurs dans l'atelier de peignage où il a fait ses recherches, il était impossible d'élever des animaux : les oiseaux succombaient en quinze jours ou trois semaines. L'infection aspergillaire peut atteindre vraisemblablement des personnes qui ne sont pas en rapport aussi immédiat avec les graines et les farines. Rénon a démontré — en des recherches qui ont porté sur 58 cas — la présence des spores de l'aspergillus fumigatus dans la *salive* de sujets bien portants (une fois), dans le *mucus nasal* (six fois) : le champignon était pathogène pour le lapin.

Les spores inhalées descendent le long de l'appareil respiratoire jusqu'aux petites bronches et aux alvéoles. A ce niveau, ainsi que Hildebrandt (1) l'a démontré, les spores traversent la couche épithéliale des alvéoles et sont absorbées par les cellules à poussière.

Le *début* de l'affection se fait par une hémoptysie légère, suivie de nombreux crachements de sang à quelques mois d'intervalle, ou après un ou deux ans. En même temps, apparaissent de la fatigue, de la perte des forces et des troubles stomacaux : anorexie, digestions difficiles. Survient de l'amaigrissement. Le malade est pris d'une toux d'abord sèche, quinteuse, revenant par petits accès, bientôt accompagnée d'une expectoration spumeuse, puis verdâtre, purulente, facilement sanguinolente. L'auscultation fait reconnaître des signes de bronchite ; plus tard, l'un des

(1) Dieulafoy, Chantemesse et Vidal. Loc. cit.
(2) Potain. Un cas de tuberculose aspergillaire, *Union méd.*, 1891, n° 38, p. 449.
(3) Boyce. *The Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, oct. 1892, p. 125.
(4) Rénon. Th. de Paris, 1893.
(5) Kohn. *Deuts. Med. Wochens.*, 1893, n° 50, p. 1332.
(6) Thoma. *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, Theil I, 1894.
(7) Ernst. *Virchow's Archiv*, 1894, t. CXXXVII, p. 486.
(8) Gaucher et Sergent. Soc. méd. des hôpit., 6 juillet 1894.
(9) Rénon et Sergent. Soc. de biol., 27 avril 1895.
(10) Rénon. Deux cas familiaux de tuberculose aspergillaire simple chez des peigneurs de cheveux, Soc. de biol., 26 oct. 1895.
(11) Max Podack. *Virchow's Archiv*, 1895, t. CXXXIX, p. 268.
(12) Herla. *Bull. de l'Acad. roy. de méd. belge*, 1895.
(13) Arkle et Hinds. Pneumomycosis, *Pathol. Soc. of London*, 9 mai 1896.
(14) Kuchenmeister. *Die in und an dem Kœrper des lebenden Menschen vorkommenden Parasiten*, Leipzig 1855.

(1) Hildebrandt. *Dissert.*, Königsberg 1888.

sommets devient le siège d'une augmentation des vibrations thoraciques, de submatité. Le murmure vésiculaire est obscur à ce niveau, parfois on note de l'expiration prolongée. Les symptômes généraux se traduisent par une élévation de température à 38 degrés, 38°5, et des sueurs nocturnes. La pleurésie sèche ou avec épanchement, unilatérale ou bilatérale, se rencontre dans quelques cas.

A une période ultérieure, en même temps qu'aux signes d'induration pulmonaire, succèdent ceux du ramollissement, la faiblesse s'exagère, les hémorragies se répètent, des traces d'œdème apparaissent autour des malléoles.

A côté de cette forme *hémoptoïque*, il faut placer une forme *dyspnéique*. Les hémoptysies sont rares. Ce qui prédomine, c'est la dyspnée surtout nocturne, revêtant une apparence pseudo-asthmatique, avec paroxysmes. Elle s'accompagne d'une expectoration spumeuse abondante. En outre, pendant le jour, la dyspnée est continue, augmentée par la marche rapide et l'ascension. Les crachats deviennent purulents, verdâtres, nummulaires. A l'auscultation, surtout pendant les crises, on a le tableau de la bronchite. De plus, l'un des sommets est le siège d'induration.

Les autres appareils sont indemnes, les urines normales.

La bacillose, sous forme de tuberculose cutanée ou de fistule anale, complique parfois l'aspergillose.

La *marche* de l'affection n'est pas progressive : on observe une alternance de périodes d'amélioration, de cachexie transitoire. En fin de compte, l'aspergillus disparaît de l'expectoration, la guérison survient par sclérose.

La *complication* la plus grave est l'envahissement de l'appareil bronchopulmonaire par le bacille de Koch. Il se développe une tuberculose pulmonaire chronique. Parfois l'évolution du bacille est arrêtée par le processus scléreux, qui, comme dans le cas de Rénon, peut entraîner la mort par dilatation du cœur droit et asystolie.

Le *diagnostic* de l'aspergillose pulmonaire ne se fera que par l'examen bactériologique. Déjà la profession du malade (gaveur de pigeons, peigneur de cheveux, grainetier, meunier), l'allure torpide de l'affection, sa marche lente, la conservation d'un bon état général, l'absence dans les crachats de bacille de Koch, mettront sur la voie du diagnostic. C'est alors qu'il faudra mettre en pratique la technique préconisée par Rénon :

Coloration du mycélium sur lamelles par la thionine phéniquée de Nicolle ;

Cultures de crachats frais recueillis aseptiquement sur tubes de liquide de Raulin stérilisé, portés à l'étuve à 37 degrés.

Injection d'une émulsion de spores dans un liquide stérilisé (bouillon, eau salée), pratiquée dans la veine axillaire d'un pigeon ou dans la veine de l'oreille d'un lapin. L'animal succombera en quatre à huit jours à une tuberculose généralisée à tous les viscères, surtout aux reins. Un fragment de cet organe, ensemencé dans un tube de liquide de Raulin, reproduira en trois à six jours une culture d'aspergillus fumigatus.

Il ne faut pas prendre pour le mycélium de l'aspergillus fumigatus les champignons décrits dans les crachats tuberculeux par Coppen Jones (1), qui se développent autour des fibres élastiques. On ne confondra pas non plus l'aspergillose avec la pneumomycose due au streptothrix d'Eppinger. La forme du mycélium est différente. Les cultures sur gélose glycosée à 2 p. 100 sont spéciales : elles se montrent comme des verrues blanchâtres, prennent ensuite une couleur d'ocre de plus en plus accentuée ; la surface se ride, se plisse en s'agrandissant. La gélatine n'est pas liquéfiée.

L'actinomycose du poumon donne lieu à une expectoration chocolat, de sang et de pus mêlés. L'examen y fera reconnaître les grains caractéristiques de l'actinomyces.

Le *pronostic* de la tuberculose aspergillaire est moins grave que celui de la bacillose. L'affection peut guérir, même si cette dernière vient la compliquer. Mais le processus scléreux curateur est parfois par lui-même cause de terminaison fatale.

Au point de vue *anatomique*, Rénon considère trois formes : forme inflammatoire, forme abortive, forme compliquée de bacillose.

1° La forme *inflammatoire* est caractérisée, comme dans l'observation de Weichselbaum, par des petits foyers arrondis, faisant fortement saillie sur la coupe du poumon et dont la structure est analogue « à celle du rayon de miel avec des alvéoles ». Une petite bronche peut s'ouvrir dans un foyer. A l'examen histologique, les alvéoles sont distendus, toutes leurs parois sont infiltrées de mycélium, d'aspergillus en voie d'évolution ; il s'étend plus ou moins loin dans la cavité. C'est encore dans l'observation d'Arkle et Hinds une série de cavités extrêmement petites. Les alvéoles sont distendus, épaissis, infiltrés. Le mycélium a végété dans l'alvéole lui-même.

2° Dans la forme *abortive*, le champignon a eu son processus limité par la résistance particulière du tissu : il prend souvent alors la forme actinomycosique. Les observations de Rubert Boyce et celle de Kohn répondent à cette forme. Dans le premier cas, il existait au sommet du poumon de petits corps blancs, distincts, sphériques, qu'on avait considérés comme des tubercules calcifiés. Ces petites masses avaient pris naissance sur les parois des cavités. L'aspergillus revêtait une disposition en éventail, composé de couches alternantes, ou une forme radiée, les hyphes se disposant comme les rayons d'une roue. Il existait par places un pseudo-parenchyme et les hyphes étaient englobées dans une substance amorphe.

La réaction du tissu environnant est très marquée et se traduit sous la forme de phénomènes phagocytaires.

Dans l'observation de Kohn, le processus réactionnel se manifeste par une inflammation tendant à séparer le foyer morbide du reste du parenchyme. On observait, en effet, au sommet du poumon gauche, un foyer purulent de la grosseur d'une pomme, d'aspect spongieux. Au centre du foyer, les alvéoles étaient envahis par les leucocytes, d'autant moins nombreux qu'on s'approche de la périphérie. Les vaisseaux étaient atteints d'endartérite et thrombosés. Dans tous ces éléments se retrouvait le mycélium aspergillaire, ayant pris par places la forme radiée semblable à l'actinomycose. L'aspect actinomycosique présente donc ici la même signification que celle observée par Rénon dans l'aspergillose expérimentale, « indice de la défense extrême de l'organisme et de la vitalité moins grande du champignon. »

Avec Max Podack, on peut admettre dans cette forme le cas de Rotter, où la guérison suivit l'expulsion en masse du foyer aspergillaire. De même, l'observation de MM. Dieulafoy, Chantemesse et Vidal, celle de Rénon (peigneur de cheveux).

3° La *forme compliquée de bacillose* appartient aux observations de Wheaton, Rénon et Sergent. Dans la première, con-

(1) Coppen Jones. *Centralbl. f. Bakt. u. Parasit.*, 1895, t. XVII.

cernant un enfant de deux ans et demi, il s'est agi d'aspergillose pulmonaire bronchique et buccale, avec formes de parasite ressemblant à l'actinomycose. En outre, un examen attentif fit découvrir des tubercules bacillaires dans les poumons et les ganglions mésentériques. A cause de la rareté de ces tubercules, Rénon range ce cas dans l'aspergillose primitive. Pour cet auteur, les foyers des bronches et de la cavité buccale se sont produits par l'expectoration des spores venues du poumon. Le bacille de Koch, latent dans les ganglions mésentériques, s'est, en raison des altérations aspergillaires, propagé au tissu pulmonaire.

Dans le cas de Rénon et Sergent, où pendant la vie les crachats avaient contenu l'aspergillus fumigatus et le bacille de Koch, on ne trouve plus de parasite à l'autopsie, mais des altérations scléreuses considérables : adhérences pleurales, granulations d'apparence tuberculeuse à la coupe des deux sommets, dans un tissu sclérosé, anthracosique; à gauche, deux petites cavernes complètement vides. Les lésions sont celles de la pneumonie chronique et de la sclérose pulmonaire à point de départ bronchique. Les petites granulations sont de faux tubercules, représentant une partie du tissu pulmonaire étouffée par la sclérose.

L'aspergillus avait, dans ce fait, envahi primitivement l'appareil bronchique, favorisant l'infection bacillaire, puis disparu. La tuberculose, de son côté, avait pris une lenteur spéciale d'évolution, avec tendance à la forme scléreuse, et disparition des bacilles.

Le *traitement* ne comporte pas l'emploi d'agent parasiticide. Il faut surtout mettre l'organisme en état de résister au développement de l'agent morbide. Il sera symptomatique : contre les hémorragies, l'emploi des révulsifs est indiqué; contre la bronchite, la créosote aura son utilité. Dans les pseudo-asthmes, l'iodure de potassium associé à la teinture de lobélie a donné des améliorations.

Pour relever l'état général, on fera de la suralimentation, on donnera l'huile de foie de morue, l'arsenic. On recommandera les cures d'air.

B. *Aspergillose pulmonaire secondaire.* — Elle a surtout un intérêt anatomique. Elle se développe à la suite de bronchite chronique (Virchow, Ernst), dilatation des bronches (Max Podack), de broncho-pneumonie (Virchow), d'infarctus cardiaque (Lichteim, Friedreich), de tuberculose (Dusch et Pagenstecher, Fürbringer), de cancer secondaire du poumon (Hasse), à la suite de dysenterie et de cancer du pylore (Virchow), de septicémie (Conheim), de diabète (Ernst, Fürbringer). Il ne s'agit pas, dans ces cas, d'aspergillose professionnelle. Sur un terrain préparé par des affections cachectisantes, des spores, venant très probablement de l'air, se développent, et il suffit ici d'un petit nombre de spores pour que l'affection prenne naissance. L'évolution de l'affection est dans ce cas effacée. Au point de vue clinique, l'absence d'odeur de l'expectoration doit être signalée. Le seul signe qui puisse faire penser à l'aspergillose, est la présence du mycélium dans les crachats, comme dans le cas de Fürbringer. La marche est en général très rapide. C'est là une complication terminale. L'aspergillose secondaire revêt trois formes : bronchique, tuberculeuse et caverneuse.

La forme *bronchique* est réalisée dans les observations de Virchow, Ernst, Max Podack. Dans cette dernière qui peut servir de type, sous l'influence de pleurésie et de broncho-pneumonie chronique, s'est produite une dilatation des bronches, cylindrique en général, sacciforme par places. La plus grande cavité s'ulcéra, les ulcérations permirent le développement de l'aspergillose.

Le cas de Conheim représente la *forme tuberculeuse*, caractérisée par un tubercule, gros comme une noisette, nettement délimité, dur, blanc, jaunâtre, composé de mycélium ramifié, feutré.

Dans la *forme caverneuse*, les cavernes en nombre variable, variant du volume d'une noix à celui d'un poing, profondes ou sous-pleurales, se développent dans un lobe quelconque de l'un des poumons. Elles sont, le plus souvent, en rapport avec les bronches. Elles contiennent un liquide filant, ou épais, brun noirâtre, tenant en suspension des lambeaux nécrosés. Les parois sont infiltrées de granulations jaunâtres ou formées d'un tissu pulmonaire nécrosé et ramolli.

Les cavernes envahies sont d'origine diverse : infarctus, broncho-pneumonie, cancer du poumon, tuberculose. Le parenchyme avoisinant contient des lésions analogues, infiltrées ou non d'aspergillus, ce qui prouve bien l'existence secondaire de la mycose.

Deux points sont à signaler : l'absence d'odeur de putréfaction du contenu de la caverne, l'absence de forme actinomycosique du champignon.

Aspergillose rénale. — Les trois cas connus d'aspergillose rénale sont secondaires. Deux appartiennent à Ross (1), consécutifs à des calculs du rein. Ils se traduisirent sous forme de colique néphrétique, l'un avec hématurie, l'autre avec douleurs très violentes. Les cultures de l'urine du premier cas, des grumeaux que contenait l'urine dans le second, donnèrent lieu au développement de l'aspergillus fumigatus. Dans le cas d'Ernst (2) [1894], développé chez une femme diabétique, l'aspergillose, qui avait infiltré le rein droit, était consécutive à une bronchite mycosique.

Aspergillose cutanée. — Elle se retrouve seulement dans quatre observations.

Dans le cas de Boström (3), il s'agissait de fistules cutanées en rapport avec une typhlite chronique. Chez un malade d'Olsen (4), à qui on avait pratiqué la résection de la hanche, la peau était le siège d'une infection due à l'aspergillus niger. L'auteur incrimine l'ouate de tourbe qui avait servi au pansement. Un troisième cas, dû à Délépine (5), concerne un individu atteint de fracture de cuisse, immobilisé avec des bandettes de diachylon. L'auteur croit avoir affaire à l'aspergillus niger. Pour Rénon, il s'agit de l'aspergillus fumigatus. Le fait de Köbner (6), avec fistules au niveau du talon, n'est pas déterminé d'une façon précise, en ce qui concerne l'identité du parasite.

Kératomycose aspergillaire. — Les observations peu nombreuses [Leber (7), Uthoff (8), Fuchs (9), Mouthner (10), Uthoff

(1) Ross. *Centralbl. f. Bakt. u. Parasit.*, 1891, t. IX, p. 504.
(2) Ernst. *Virchow's Archiv*, 1894, t. CXXXVII, p. 486.
(3) Boström. Loc. cit.
(4) Olsen. *Norsk. Magazin for Laegevidenskaben*, 1886, n° 4.
(5) Délépine. *Pathol. Soc. of London*, mai 1891.
(6) Köbner. *Arch. f. dermat. u. Syphil.*, 1891, p. 843.
(7) Leber. Keratomycosis aspergillina, *Graefe's Arch. f. Opht.*, 1879, t. XXV.
(8) Uthoff. *Berlin. klin. Wochens.*, 1889, p. 39.
(9) Fuchs. Keratomycosis aspergillina, *Wien. klin. Wochens.*, 1894, n° 17, p. 305.
(10) Mauthner. Soc. impér. des méd. de Vienne, 26 janv. 1894.

et Axenfeld (1), Schirmer (2)] montrent l'affection se développant à la suite d'une infection provenant de graines, de fruits, de terre, de branches d'arbres, habitats ordinaires des spores de l'aspergillus. Dans tous les cas, la maladie a été primitive. La kératite a été due à l'évolution du champignon.

Aspergillose naso-pharyngée. — Des fosses nasales d'une femme de soixante-quinze ans, Schubert (3) retira une masse composée d'un aspergillus, probablement aspergillus fumigatus. Dunn (4) a observé des lésions nasales, dues à un aspergillus. De même Siebenmann (5), au niveau de la voûte palatine, Zarniko, Mackensie un cas d'aspergillose de l'antre d'Hygmore.

Otomycose aspergillaire. — Le premier cas d'otomycose est dû à Mayer [1842 (6)], puis Pacini (7), Virchow (8), Wreden (9) en signalent de nouveaux. C'est à Siebenmann (10) qu'on doit le travail le plus complet sur la question.

La mycose, qui évolue parfois dans une oreille saine, est favorisée en général par une inflammation légère du conduit, une sécrétion séreuse peu abondante. L'action des corps gras introduits dans l'oreille rend plus facile le développement du champignon. Les jardiniers, les personnes qui se sont couchées dans le foin en sont parfois atteints. Les signes observés sont banals : surdité, bourdonnements, démangeaison, écoulement clair et aqueux. Une fausse membrane tapisse la face externe du tympan et le tiers interne du conduit auditif. L'ablation de cette membrane fait disparaître tous les symptômes, mais ils réapparaissent avec la membrane, et les récidives sont fréquentes. Le pronostic est bénin, l'otomycose n'entraîne pas de lésions graves. Le diagnostic de l'affection est fondé sur les cultures. D'ailleurs, dans ces cas, le champignon ne joue qu'un rôle de saprophyte. Le traitement local consiste à faire disparaître la membrane parasitaire. A l'intérieur, on emploiera l'iodure de potassium et l'arsenic. Au point de vue prophylactique, il est bon de n'employer pour les affections de l'oreille ni corps gras altérables ni huiles non stérilisées.

IV

Conclusions. — Nous empruntons à Rénon les conclusions qu'il donne à son étude :

1° L'aspergillus fumigatus est un parasite pathogène pour les animaux. Chez les oiseaux et les mammifères, il crée des maladies spontanées bronchiques et pulmonaires, et, chez les derniers, des maladies générales, identiques aux septicémies hémorragiques.

2° L'affection est transmissible expérimentalement. Les caractères botaniques du champignon, ses cultures, les lésions qu'il provoque sont réellement spécifiques. Son action pathogène présente la plus grande ressemblance avec la tuberculose bacillaire de Koch.

3° L'homme n'est pas à l'abri de l'aspergillose. Le parasite développe chez lui des maladies broncho-pulmonaires et autres, dont la pathogénie est bien élucidée.

4° Dans toutes ses manifestations, chez les animaux comme chez l'homme, l'aspergillus fumigatus peut jouer un rôle secondaire ou un rôle primitif. Ce n'est donc pas un simple saprophyte, mais un vrai parasite.

(1) Uthoff et Axenfeld. Kératite suppurée de l'homme, *Von Græfe's Archiv*, t. XLII.
(2) Schirmer. Kératomycose, *Von Græfe's Archiv*, t. XLII.
(3) Schubert. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1885, t. XXXVI.
(4) Dunn. *Arch. f. Otol.*, vol. XXIV, 1895, p. 254.
(5) Siebenmann. *Monatsch. f. Ohrenh.*, 1889, n° 4.
(6) Mayer. *Müller's Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1844, n° 12, p. 404.
(7) Pacini. *Gaz. med. ital.*, 1851, t. I.
(8) Virchow. Loc. cit.
(9) Wreden. Myringmycosis, *Congr. méd. internat. de Paris*, 27 août 1867.
(10) Siebenmann. *Zeits. f. Ohrenh.*, 1883, t. XII.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juin 1897. — Présidence de M. Delens.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA COXALGIE

M. Gérard-Marchant communique l'observation d'une fillette de neuf ans, atteinte de tuberculose latente du genou, caractérisée par du gonflement de l'extrémité inférieure du fémur, un léger degré d'hydarthrose, quelques douleurs. Le repos avait donné de bons résultats, et M. Marchant était resté un certain temps sans revoir cette malade, lorsqu'il la retrouva avec un léger degré de flexion du membre atteint. Il fit le redressement sous le chloroforme. Les jours suivants cette petite malade eut de la fièvre et bientôt se déclarèrent les symptômes d'une méningite tuberculeuse, à laquelle cette enfant succomba six semaines après le redressement du genou. On ne peut se défendre d'être impressionné en présence de pareils faits, et on se demande si on ne doit pas incriminer l'intervention. M. G. Marchant rapproche ce fait de ceux auxquels a fait allusion M. Kirmisson.

M. Berger se déclare partisan des méthodes conservatrices dans le traitement de la coxalgie. Il a employé, avec succès, les injections d'éther iodoformé, puis les injections de naphtol camphré. Au point de vue du traitement des abcès, M. Berger estime qu'il faut distinguer les abcès du début de la coxalgie des abcès qui apparaissent au déclin de la maladie. Pour ces derniers, les injections modificatrices donnent de très bons résultats. Quant aux abcès précoces, ils deviennent rapidement fistuleux ; il faut les ouvrir et faire alors le curetage intégral. M. Berger prend les plus grandes précautions pour éviter, dans ces cas, les réinoculations tuberculeuses. Dans ces cas, même le curetage étant fait dans les meilleures conditions, aussi complètement que possible, on n'obtient qu'une amélioration momentanée. La suppuration, les fistules se reproduisent ; bientôt on constate une aggravation des lésions. Il n'a donc pas semblé à M. Berger que ce curetage fût à l'abri de tout reproche.

M. Jalaguier condamne, d'une façon générale, les résections. Il les réserve pour les cas exceptionnellement graves et où il n'y a rien autre chose à faire. M. Jalaguier ne se fait pas beaucoup d'illusion sur les résultats du curetage intégral. Au point de vue du traitement de la coxalgie, il n'est pas exclusif. A l'hôpital, M. Jalaguier préfère l'extension continue et la gouttière de Bonnet. Après quelques mois, quand il n'y a plus de douleurs, M. Jalaguier applique un appareil plâtré et fait marcher ses malades avec le pied du membre sain surélevé.

M. Jalaguier ne partage pas tout à fait les craintes de ses collègues, au point de vue du redressement brusque sous le chloroforme. Sur 122 observations de coxalgie relevées dans son service, il y a eu 67 abcès. Il y a eu 11 décès, 7 de méningite, 4 de complications pulmonaires. Ces chiffres sont inférieurs à la réalité, parce que plusieurs enfants signalés comme guéris ont pu avoir des rechutes et succomber ultérieurement. Sur 46 malades traités par l'extension continue simple, 5 sont morts de méningite et 4 de complications pulmonaires. 41 malades ont été traités par le redressement

brusque sous le chloroforme, pas un seul de ces malades n'a eu de méningite ni de complications pulmonaires. M. Jalaguier ne pratique jamais ce redressement sur des malades ayant de la fièvre ou étant dans un mauvais état général.

M. Jalaguier étudie ensuite la valeur comparative des injections d'éther iodoformé et des injections de naphtol camphré. Il considère l'éther iodoformé comme présentant une supériorité manifeste sur le naphtol camphré.

M. KIRMISSON se félicite d'avoir soulevé cette discussion qui, selon lui, aura ce résultat important, au point de vue pratique, que les membres de la Société de chirurgie se trouvent tous d'accord pour condamner les résections comme une méthode de traitement de la coxalgie. Il est donc bien entendu que les résections, le curetage intégral ou pas intégral constituent de mauvaises opérations.

C'est au traitement conservateur qu'il faut avoir recours. Le premier soin doit être de placer le membre dans une position favorable. Ici les opinions diffèrent; pour atteindre ce but, MM. Brun et Kirmisson préfèrent l'immobilisation dans un appareil plâtré ou dans la gouttière de Bonnet; d'autres donnent la préférence à l'extension continue avec l'appareil de Lannelongue. M. Kirmisson a déjà fait connaître les raisons pour lesquelles il préfère l'immobilisation.

Quant au redressement forcé sous le chloroforme, M. Kirmisson a vu et a eu des accidents qui lui font considérer ce redressement comme une opération grave. Il y a évidemment autre chose qu'une simple coïncidence dans les faits qu'il a cités, comme dans celui que vient de rapporter M. G. Marchant. M. Jalaguier, d'ailleurs, n'est pas loin de se trouver d'accord avec M. Kirmisson, quand il dit qu'il ne pratique jamais ce redressement sur des malades ayant la fièvre ou se trouvant dans un mauvais état général. Plus M. Kirmisson acquiert d'expérience, plus il se sent éloigné du redressement forcé. Il faut se méfier extrêmement des infections chez les tuberculeux. Le plus grand danger qu'on puisse faire courir à un tuberculeux, c'est de provoquer chez lui de la septicémie. C'est pourquoi M. Kirmisson redoute toutes les interventions actives, les traitements dits radicaux de la coxalgie, avec le trajet du drain que l'on trouve encore plusieurs années après. Il est donc partisan des injections modificatrices et il accorde une très grande supériorité à l'éther iodoformé sur le naphtol camphré. Il partage, en cela, complètement la manière de voir de M. Jalaguier, qui vient de fournir à ce point de vue une statistique très concluante.

Enfin, M. Kirmisson est d'accord avec M. Berger sur la différence qu'on doit établir entre les abcès de début et les abcès de déclin de la coxalgie. Il a donné à ces derniers le nom d'abcès résiduaux.

M. HENNEQUIN lit une note sur les meilleurs appareils orthopédiques pour le traitement de la coxalgie.

RAPPORT

Deux cas d'occlusion intestinale. — M. BROCA fait un rapport sur deux observations intéressantes d'occlusion intestinale, communiquées par M. Legueu.

La première, qui a trait à une torsion du côlon ascendant, relève, on le voit, d'une lésion que sa rareté rend intéressante. Elle concerne un homme de trente-sept ans, qui, depuis un an, avait été pris, environ tous les mois, de coliques brusques, sans diarrhée, assez violentes pour le forcer à quitter son travail; chaque crise durait trois à quatre heures; aucun trouble intestinal dans l'intervalle. Le 13 mars 1896 débuta l'occlusion, par une crise qui d'abord ne sembla pas plus intense que les autres, mais se transforma vite en occlusion. Au bout de trois jours, après échec des purgatifs et des lavements, le malade se décida à entrer à l'hôpital, et M. Legueu, appelé d'urgence, pratiqua la laparotomie. La première exploration fut pour la fosse iliaque droite, où rien d'anormal ne fut senti; alors, après avoir constaté que l'S iliaque était rétracté et l'intestin grêle distendu, M. Legueu eut recours à l'éviscération partielle. Il vit ainsi faire saillie dans la partie supérieure de l'incision une portion d'intestin, distendue au point de ressembler à un estomac dilaté. Mais en l'abaissant, il reconnut qu'en réalité c'était le cæcum, situé au-dessous d'une torsion de l'extrémité inférieure du côlon ascendant. Le cæcum avait ainsi fait un demi-tour de gauche à droite; en outre, il avait subi une translation en haut et à gauche, de façon à venir se loger dans la région épigastrique.

La remise des parties en position normale fut aisée, mais la réduction exigea l'évacuation du cæcum par incision franche suivie de suture. Le malade succomba le 19 mars, avec tous les signes d'une septicémie péritonéale aiguë.

L'autopsie permit de vérifier la disposition anatomique, constatée déjà au cours de l'opération, grâce à laquelle avait été possible cette torsion : le mésocôlon ascendant ne commençait que notablement au-dessus du cæcum, en sorte que l'extrémité inférieure du côlon était libre, entourée de toutes parts de péritoine. C'est là une disposition rare, mais non très exceptionnelle, en particulier chez l'enfant en bas-âge, et je me souviens d'en avoir disséqué plusieurs cas, dont un où le mésocôlon ne commençait qu'à peine au-dessous de l'angle droit du côlon transverse, en sorte que l'angle iléo-cæcal était assez mobile pour pouvoir être rabattu au-devant de l'appendice xiphoïde.

J'insisterai sur la distension du cæcum; on sait qu'elle est la règle pour les différents segments d'intestin atteint de valvulus et que Von Wahl (de Dorpat) en a tiré un signe important pour le diagnostic. Dans le cas actuel, M. Legueu n'avait pas trouvé dans le ventre, avant l'opération, le météorisme limité et fixe décrit par Von Wahl. On conçoit combien cette notion est contraire au traitement par l'anus contre nature, car on risque fort d'ouvrir à l'extérieur précisément l'anse tordue, qui souvent remplit presque l'abdomen, et le résultat, naturellement, est nul. Il y a déjà longtemps que mon ami Hartmann a fait valoir cet argument. Il est inutile d'insister davantage, car aujourd'hui je crois que les partisans de l'anus contre nature sont très raréfiés.

C'est peut-être pour la deuxième observation de M. Legueu que l'anus contre nature compterait encore quelques adeptes. Dans ce cas, il s'agit d'une femme de soixante et un ans, chez laquelle des accidents graves d'occlusion complète persistèrent après la réduction d'une hernie étranglée peudant une journée. Au dixième jour, soupçonnant une réduction en masse, M. Legueu fit la laparotomie : il ne trouva aucun obstacle mécanique, mais à la jonction de la partie distendue et de la partie affaissée, il vit un sillon noir, marquant bien évidemment la place du contour de la partie serrée de l'ancien étranglement herniaire. Après quelques manipulations ayant démontré la perméabilité de l'intestin à ce niveau, M. Legueu referma le ventre, une heure et demie après la débâcle se produisait, et la malade guérit sans encombre.

Ces cas de pseudo-étranglement par paralysie sont rares, mais incontestables. On en a déjà observé à la suite de taxis, de kélotomie, de laparotomie pour occlusion, et ils ont donné lieu à un travail tout récent de Heidenhain. C'est dans ces conditions que l'on obtient des succès rapides par l'administration d'un purgatif. Mais dans l'espèce, M. Legueu devait-il recourir à cette thérapeutique? Je ne le pense pas, car le diagnostic exact de la lésion extra-abdominale était impossible. Les signes sont bien douteux, pour permettre d'éliminer à coup sûr la réduction en masse, la réduction de l'anse toujours enserrée par le collet, la persistance d'un pincement dans un collet profond, toutes lésions auxquelles convient seule la laparotomie aussi rapide

que possible. L'observation de M. Legueu prouve qu'une fois le contour serré forcé par quelques manifestations, le résultat favorable peut être acquis grâce à la laparotomie; elle nous montre aussi que, dans ces conditions, la laparotomie simple est bénigne et ainsi tombe un des derniers arguments en faveur de l'anus contre nature, dont les quelques succès définitifs, avec guérison ultérieure de la fistule, contiennent sans doute des pseudo-occlusions paralytiques.

DISCUSSION SUR LA SUTURE DE LA ROTULE

M. BERGER a trouvé M. Lucas-Championnière bien sévère pour le cerclage de la rotule. Il est bien des cas où ce cerclage de la rotule peut rendre les plus grands services, alors que la suture est rendue impossible par les petites dimensions des fragments ou toute autre cause. M. Championnière invoque les avantages de la large ouverture de l'articulation. Mais cette large ouverture est la même pour le cerclage que pour la suture. Dans les deux cas, on pratique la même incision. Enfin le cerclage paraît présenter quelques avantages sur la suture qui ne saurait être considérée comme une opération absolument inoffensive. On pourrait encore trouver des exemples de suppuration, d'amputation de cuisse et de mort à la suite de la suture de la rotule.

PRÉSENTATION DE MALADES

Traitement de goitre exophtalmique. — M. FAURE présente une malade chez laquelle il a pratiqué la double section des sympathiques cervicaux pour un goitre exopthalmique (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1897, p. 714).

Ostéome éburné de l'orbite. — M. NÉLATON présente un malade atteint d'un ostéome éburné de l'orbite. Il demande l'avis de ses collègues sur les indications ou les contre-indications d'une opération dans ce cas.

Gastrostomie. — M. RICARD présente un malade atteint d'un néoplasme de l'œsophage, chez lequel il a pratiqué une gastrostomie, selon le procédé proposé par M. Fontan (de Toulon).

Ce procédé consiste à attirer une portion de l'estomac hors de l'abdomen, à fixer à la paroi abdominale ce cône stomacal sur tout son pourtour, et à réduire ensuite, après l'avoir ouverte, la portion de l'estomac ainsi extériorisée. L'avantage de ce procédé, c'est qu'il évite tout écoulement au dehors du suc gastrique.

La séance est levée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Drousie (de Hornu).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 28 juin 1897.

Il nous faut encore revenir sur cette éternelle question des concours dont actuellement s'occupe toute la presse médicale. Depuis l'article de notre collègue Variot, s'indignant de l'excessive partialité de certains juges, ce ne sont que projets de réformes. A l'heure actuelle, on en compte près d'une douzaine. Tout le monde est d'accord pour conserver le concours, mais chacun veut le modifier et en perfectionner les rouages. Aussi, avons-nous le projet Variot, le projet Huchard, celui de M. Joffroy, ceux de MM. Gingeot, Achard, Merklen, Dreyfus-Brisac, etc.

Cette abondance de projets ne peut que nous surprendre et nous nous demandons si vraiment nos collègues mettent bien au point la question. De quoi se plaint-on, en effet? De deux choses : 1° de la répétition trop fréquente des concours pour certains candidats déjà plusieurs fois admissibles ; 2° de l'injustice parfois trop flagrante de certains jurys. Examinons successivement ces deux points.

Rien n'est plus simple que de trancher la première difficulté, ou bien en déclarant acquise l'admissibilité obtenue dans deux concours précédents, ou bien en mettant une limite au nombre des concours, et en empêchant des candidats insuffisants de se transformer en candidats perpétuels. Si l'administration déclarait qu'après douze à quinze concours, le droit de concourir serait retiré au candidat évincé, est-ce que cette mesure serait contraire au bon sens? D'ailleurs, on s'apitoye sur ces malheureux admissibles à répétition, on les représente cérébralement déprimés et condamnés à tout jamais à l'infécondité scientifique. Mais c'est vraiment exagérer les choses à plaisir et fournir à une certaine presse qui n'a de médical que le nom, des armes contre le corps des hôpitaux. Il semble que le concours ne puisse plus produire que des êtres bizarres, à instruction faussée par ces préparations surchauffées et factices. Il faut en finir cependant avec ces légendes ; s'il y a quelques candidats qui s'attardent à la porte des hôpitaux sans en pouvoir franchir le seuil, le grand nombre de leurs collègues est composé de jeunes, et l'âge moyen des élus n'est pas si élevé qu'on veut bien le dire. Quand le candidat aux hôpitaux quitte l'internat, il est loin d'être mûr pour le concours qu'il va affronter ; pendant trois ou quatre ans, au minimum, il aura à apprendre sa pathologie, à compléter ses connaissances bien insuffisantes et à se donner une instruction solide et définitive. Pendant ce même temps, il étudiera les maladies, se perfectionnera en clinique. Bref, pendant quelques années, le candidat aux hôpitaux est encore un élève, et pour aborder ce concours de maîtrise auquel il ambitionne d'être nommé, trois ou quatre années de préparation sont nécessaires. C'est dire que le candidat quittant l'internat vers sa vingt-sixième ou vingt-septième année, ce n'est que vers trente et un à trente-deux ans qu'il est suffisamment préparé et suffisamment instruit.

C'est à ces années de préparation, que le corps de nos hôpitaux doit son bon renom et sa solide instruction ; ce serait une faute d'y toucher en rendant trop vite définitive l'admissibilité.

En réalité, la plaie de nos concours, c'est la partialité parfois cynique de certains jurys. C'est là qu'il faut porter remède. Cette partialité, c'est incontestable, s'observe surtout parmi les médecins, et elle frappe d'étonnement le chirurgien que le sort amène à faire partie du jury. Remarquons, en effet, que les projets de réforme sont tous signés par des médecins ; les chirurgiens ne se plaignent pas et trouvent que tout est pour le mieux, autant qu'il se peut dans notre humaine société. Aussi ce n'est pas le concours qu'il faudrait changer, mais les mœurs, les habitudes, les hommes eux-mêmes. Qu'on ajoute au concours une épreuve de titres supplémentaire, qu'on commence par une composition écrite ou bien orale, qu'on double les épreuves cliniques, qu'est-ce que tout cela peut bien faire à un jury qui est disposé à ne tenir aucun compte des épreuves, et à diriger son vote d'après ses seules sympathies?

Puisque le concours de médecine paraît ne pas suivre toujours régulièrement la voie de la saine justice et qu'il convient de s'opposer, dans la mesure du possible, à cet envahissement du favoritisme, nous nous rallierons volontiers au projet de M. Achard, proposant un seul concours par an, avec un jury de nombre double. Ce jury se diviserait en deux parties, fonctionnant simultanément, chacune faisant subir aux candidats une série d'épreuves : le jury se réunirait en son ensemble, pour juger en une ou deux épreuves finales les 8 ou 10 candidats qui auraient totalisé un nombre déterminé de points. Nous ne faisons qu'ébaucher le projet élaboré par M. Achard. Mais il nous semble

que le grand nombre de juges, la division du jury en deux sections fonctionnant isolément, la réunion du jury pour les épreuves finales gêneraient ces petites combinaisons, d'où sort, dès le début des concours, la liste définitive des élus avant même l'audition des épreuves.

Il est une curieuse variété de diabète, à laquelle MM. Marie et Robinson (Société médicale des hôpitaux, 26 juin 1897), proposent de donner le nom — provisoirement au moins — de **diabète lévulosurique** ou de **lévulosurie**, et dont l'étude est encore tout à fait dans l'enfance; on connaît seulement sur ce sujet les travaux critiques de Külz et de May et l'on sait les difficultés techniques que l'on rencontre de coutume, dès qu'il s'agit de caractériser chimiquement la lévulose dans les urines; aussi bien MM. Marie et Robinson ne cherchent-ils, sous la dénomination de diabète lévulosurique, qu'à rapprocher deux observations qui présentent entre elles de singulières analogies.

Voici, en quelques lignes, les traits principaux de ce syndrome clinique et urologique :

État mélancolique avec prédominance des idées de ruine et tendance au suicide; insomnie rebelle aux différents médicaments hypnotiques; impuissance permanente; peu ou pas de polydipsie, de polyphagie, de polyurie; densité normale de l'urine; réduction peu intense et avec coloration un peu différente de la liqueur cupro-potassique; présence dans l'urine d'une substance sucrée (lévulose) déviant à gauche le plan de polarisation; enfin, et c'est là un point sur lequel insistent avec raison les deux auteurs, amélioration extraordinairement rapide des troubles nerveux, diminution et même disparition de la lévulose sous l'influence du régime alimentaire ordinairement institué contre le diabète.

Dans un cas, il a suffi d'un mois pour que le malade pût être considéré comme guéri; dans un autre cas, trois jours après le début du traitement, le malade fut suffisamment amélioré pour qu'il ne soit plus besoin de le surveiller.

Il n'est pour ainsi dire pas de séance de la Société médicale des hôpitaux qui n'apporte un contingent précieux à l'étude toujours en progrès du séro-diagnostic. Hier M. Widal lisait une note de M. Gasser ayant trait à 200 cas de séro-diagnostic.

Dans 112 cas de fièvre typhoïde, M. Gasser a toujours observé une réaction positive. Presque toujours elle fut précoce, quatrième, cinquième, huitième ou dixième jour. Dans un seul cas elle fut retardée et n'apparut qu'au vingtième jour.

Dans 52 cas d'embarras gastriques fébriles, dans 30 cas de fièvres continues palustres, dans 3 cas de granulie, dans 1 cas de tuberculose généralisée subaiguë, dans 2 cas de pneumonie franche, affections qui peuvent simuler la dothiénentérie, la réaction fut absolument négative.

Il faut en excepter cependant les deux pneumoniques qui fournirent un séro-diagnostic positif. Or, l'un de ces deux malades vivait dans un milieu où l'on avait observé un certain nombre de cas de fièvre typhoïde, l'autre avait souffert de diarrhée avant son entrée à l'hôpital, et l'on peut admettre que ces deux malades avaient été sous l'influence d'une infection typhoïdique fruste.

C'est à cette hypothèse que se rattache M. Widal, qui fait remarquer que, au cours d'épidémies familiales, le séro-diagnostic a déjà permis de déceler l'influence typhique chez des sujets restés en apparence bien portants. La clinique ne nous a-t-elle pas depuis longtemps appris à connaître ces cas, où la fièvre typhoïde existe à l'état fruste, et dans lesquels une complication survenant tout à coup en est, pour ainsi dire, le premier symptôme?

Dans une étude très documentée sur la virulence du bacille de Löffler dans ses rapports avec les formes cliniques de la diphtérie, M. Lemoine (du Val-de-Grâce) est arrivé à des conclusions fort curieuses à signaler.

Si l'on s'en tient seulement à l'étude du diagnostic, si l'on ne recherche que la constatation de la nature de la maladie, on remarque que, dans la grande majorité des cas, il y a une concordance parfaite entre les résultats fournis par l'examen bactériologique et ceux donnés par la clinique.

Il n'en est pas tout à fait de même si l'on veut faire reposer sur l'examen bactériologique et sur l'expérimentation l'état de gravité de l'affection chez l'homme; car, dans un certain nombre de cas de diphtérie grave cliniquement, on remarque que le bacille ne présente qu'une virulence atténuée. Il est juste d'ajouter qu'alors ou bien le terrain est singulièrement propice à la pullulation du micro-organisme pathogène spécifique, ou bien il s'agit d'associations microbiennes qui renforcent, pour ainsi dire, la virulence de l'agent primordial. En tout état de cause; c'est l'observation clinique qui doit rester le seul fondement diagnostique de l'angine diphtéritique et l'élément le plus appréciable dans l'institution du traitement.

MM. Béclère, Oudin et Barthelémy donnent connaissance de leurs recherches sur les applications de la méthode de Röntgen au diagnostic des affections thoraciques, et en particulier au diagnostic des lésions de l'appareil respiratoire. Dans certains cas de pleurésie avec épanchement, d'adénopathie trachéo-bronchique, de pyo-pneumothorax, de tuberculose, la radiographie a pu préciser, compléter et même parfois rectifier le diagnostic, que n'avaient pu qu'ébaucher les autres modes d'exploration clinique.

M. Hirtz rapporte deux observations de purpura cachectique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS GAZEUX

Par G. Gayet,

Interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

(Travail du laboratoire de la Clinique chirurgicale du professeur Poncet.)

Il existe deux catégories distinctes d'abcès à contenu gazeux. Dans la première rentrent les collections qui avoisinent les cavités naturelles (bouche, trachée, anus, etc.) et où l'air peut pénétrer par exosmose (Heurtaux). Nous ne nous en occuperons pas dans ce travail.

La seconde catégorie, de notion plus récente, puisqu'elle n'est soupçonnée que depuis les découvertes microbiennes, comprend un certain nombre de cas, peu fréquents encore, où l'on ne peut faire jouer aucun rôle à l'accès de l'air extérieur et où il faut bien admettre la formation endogène des gaz, par une action microbienne, du reste mal élucidée. L'observation d'un de ces cas, chez un malade de notre

maître, M. le professeur Poncet, a été le point de départ des recherches que nous allons exposer.

Parmi ces agents microbiens, susceptibles de produire ou de provoquer la formation de gaz, il en est un qui les développe avec une intensité extrême : c'est le vibrion septique de Pasteur, le microbe spécifique de la gangrène gazeuse. Mais à côté de lui, il en existe certainement d'autres, beaucoup moins redoutables, qui, sans altérer par ailleurs l'allure clinique des abcès, se manifestent seulement par la production de gaz plus ou moins fétides sans grande tendance à l'envahissement progressif des tissus.

Dans son article encore récent (1), notre ami, le docteur Barjon, dit avoir pu trouver dans la littérature douze observations publiées sous le titre d'abcès ou de phlegmons gazeux. De ces douze cas, plusieurs peuvent être tenus en suspicion au point de vue de leur étiologie, et il faut, d'après Barjon, arriver à l'année 1887 pour trouver une observation complétée par des recherches bactériologiques suffisantes pour être assuré du caractère spécial de cette affection.

En 1887, mon père observa dans son service de clinique un homme dont l'œil avait été contusionné par le soc d'une charrue. Cet œil devint le siège d'une tuméfaction considérable, si bien qu'on dut y pratiquer une ponction. Celle-ci fut suivie de l'issue d'une certaine quantité de gaz et d'un liquide spumeux. Le lendemain, une nouvelle ponction ramena encore des gaz et un liquide sanieux. L'œil fut énucléé.

M. le professeur Arloing (2) examina le liquide et y trouva un bacille excessivement fin et dépourvu de spores, se différenciant complètement de celui de la septicémie gangréneuse.

Inoculé à des cochons d'Inde et à des rats, il tue ces animaux en donnant lieu à une production de gaz. Le lapin reste réfractaire.

En culture, le bacille se montre à la fois aérobie et anaérobie; toutefois, il est moins facilement cultivable dans le vide qu'au contact de l'air. Par dessiccation, il perd ses propriétés pathogènes et les récupère quand on le replace dans un milieu aqueux additionné d'acide lactique.

C'est encore M. Arloing (3) qui a décrit un nouveau bacille gazogène : le bacillus heminecrobiophilus. Ce bacille sécrète, en végétant dans du bouillon de bœuf ou de veau, une substance précipitable par l'alcool, capable de se redissoudre dans l'eau, qui provoque, par sa présence dans un organe fraîchement anémié, des phénomènes de dissolution accompagnés d'un abondant dégagement gazeux.

Cette substance serait formée de plusieurs diastases (transformant la fibrine en peptone, saccharifiant l'amidon, émulsionnant les graisses, etc.) parmi lesquelles une aurait le pouvoir de dégager des gaz, pouvoir qui, sous cette forme, avait été attribué exclusivement jusqu'à ce jour aux micro-organismes ferments et non à leurs sécrétions. Nous devons ajouter que cette dernière proposition : la production de gaz par une diastase, a été contestée au nom de la chimie.

Jusqu'à présent, le bacillus heminecrobiophilus n'a pas été retrouvé, que je sache, dans un abcès gazeux humain.

En 1891, Lévy [de Strasbourg] (cité par Barjon) a publié un cas d'abcès gazeux. C'était chez une femme atteinte de paramétrite post-puerpérale, l'abcès intéressant la hanche et la partie supérieure de la cuisse, mais sans affecter l'articulation coxo-fémorale.

L'intérêt de ce cas est surtout dans l'analyse des gaz par Hoppe Seyler qui trouva :

Acide carbonique.	47845	volumes.
Hydrogène	20134	—
Azote	32021	—

Pas d'oxygène.

Les recherches bactériologiques de Lévy lui permirent de trouver, par cultures anaérobies sur agar, des bacilles courts, fins, immobiles, rangés en chaînettes, non décolorés par la méthode de Gram. Il ne put cultiver au delà de la première génération, ce qui empêcha toute inoculation aux animaux.

En 1893, Frænkel (de Hambourg) publie quatre cas personnels d'abcès gazeux. Il trouve, dans ces cas, une infection tantôt absolument pure, tantôt mélangée d'un organisme qu'il appelle le bacille du phlegmon emphysémateux.

C'est un bacille anaérobie, court, trapu, se transformant souvent dans les tissus en filaments ou pseudo-filaments, colorable par les couleurs d'aniline et par le Gram. En culture, sous hydrogène, dans l'agar, il y avait apparition toujours foudroyante de gaz qui s'accompagnaient d'une odeur très fétide.

Les inoculations donnaient les résultats suivants : les souris blanches étaient réfractaires; chez le lapin, on arrivait à produire un tableau symptomatique très atténué de la maladie de l'homme. L'animal réactif était le cobaye chez qui l'injection sous-cutanée produisait une infiltration progressive s'accompagnant souvent de nécrose de la peau; dans l'abcès, les gaz se révélaient par un clapotage facile à entendre. La maladie se terminait tantôt par la mort, tantôt par la guérison, grâce à l'ouverture spontanée ou opératoire de l'abcès.

En 1894, nous trouvons l'observation de Wolff (1) sans recherches bactériologiques.

La même année, le fait de Barjon (2) donna lieu à des cultures et à des inoculations. Les cultures échouèrent; les inoculations donnèrent des abcès sans trace de gaz. Au microscope, on trouva des streptocoques seulement.

C'est encore en 1894 que Bunge [de Halle] (3) publie un important mémoire sur l'étiologie du phlegmon gazeux. Il rapporte d'abord deux observations, dues à Chiari et à Von Dungern, dans lesquelles le bacille coli commune paraissait être l'agent d'un emphysème septique. Il y ajoute un troisième cas personnel, se rapportant à un homme de trente-quatre ans, chez lequel la porte d'entrée de l'infection était une eschare de décubitus au niveau du sacrum. Il se développa tout d'abord une violente inflammation et une infiltration de tout le dos, qui donna au bout de cinq jours une crépitation très nette et amena la mort. Il est à remarquer que le cas de Chiari, et, je crois, aussi le cas de Von Dungern (péritonite suppurée) se terminèrent également par la mort.

Bunge ne put, par ses cultures, retrouver aucune forme bacillaire analogue à celle décrite par Frænkel; il obtint des strepto et des staphylocoques, en outre deux bacilles, le

(1) Barjon. *Arch. prov. de chir.*, juillet 1895.
(2) Arloing. Soc. de biol., 26 nov. 1887.
(3) Arloing. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 2 déc. 1889.

(1) Wolff. *Med. Record*, New-York 1894.
(2) Barjon. Loc. cit.
(3) Bunge. Zur Ætiologie der Gazphlegmose, *Fortsch. d. Med.*, 1894.

proteus vulgaris et le bacille coli commune. Il essaya alors de reproduire des gaz chez les animaux par des cultures de coli commune et, n'y parvenant pas, il eut l'idée qu'il fallait pour cela peut-être un terrain particulier; le bacille coli développant des gaz en milieu nutritif sucré, le malade de Chiari étant un diabétique, il essaya de rendre ses animaux diabétiques par la fluoridzine, puis leur injecta des cultures de bacterium coli mélangé de streptocoques. Ses tentatives ne furent pas couronnées de succès et il ne put reproduire aucun phlegmon gazeux.

Nous en aurons fini avec ce long historique quand nous aurons cité le cas récent et si curieux de A. Zeller et J. Arnold (1) : chez une jeune fille, à la suite d'un érysipèle de la face, à répétition, on vit apparaître sur les deux joues de petits nodules noirâtres, gros comme des lentilles; puis il se forma une infiltration large comme la main dans les téguments de l'abdomen. Ce foyer fut incisé. Autour de cette infiltration, apparurent plusieurs autres abcès contenant du pus très fétide, à parois teintées de noir; enfin des abcès semblables se formèrent indéfiniment dans d'autres parties du corps, s'accompagnant des symptômes d'une infection septique grave et d'une production de gaz dans les foyers purulents. Pendant les dix-huit mois qu'a duré cette affection bizarre, la malade a eu en tout 650 abcès qui ont été ouverts l'un après l'autre.

Le pus rappelait par sa fétidité le contenu des abcès siégeant à proximité de l'intestin; il contenait des gaz (probablement de l'hydrogène sulfuré).

L'examen bactériologique de ce pus décela la présence de plusieurs variétés de bactéries et de microcoques avec prédominance des streptocoques (2).

Nous apportons à notre tour un nouveau fait que nous avons pu observer dans le service de M. le professeur Poncet.

Observation. — G... (Marie), vingt-neuf ans, cultivatrice, demeurant à Saint-Rambert-l'île-Barbe, est envoyée à la Clinique, par le docteur Féa, le 14 décembre 1896. C'est une femme d'une constitution vigoureuse, ayant joui jusqu'à présent d'une santé excellente.

Il y a six semaines environ, la malade ressentit un peu de douleur au médius de la main gauche; le point de départ de cette douleur était une petite crevasse siégeant un peu au-dessus de l'ongle. Les douleurs persistèrent dans le doigt pendant plusieurs jours, mais sans qu'il s'y manifestât aucune enflure. Au bout de quinze jours environ, ces douleurs diminuèrent au doigt, mais pour se localiser au niveau du ganglion épitrochléen du même côté. Huit jours après, la douleur quitta le coude pour gagner l'aisselle, dont les ganglions s'engorgèrent. A ce moment, la malade fut obligée de s'aliter à cause de la violence des douleurs et de la fièvre qui les accompagnait. Bientôt une grosseur se manifestait sous la clavicule, tout près de l'articulation sterno-claviculaire. Pendant trois semaines, la malade ne s'aperçut d'aucun changement dans son état; elle souffrait beaucoup et finit par se décider à entrer à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, nous observons :

1° Rien d'anormal du côté du doigt ni du coude; la crevasse du médius est cicatrisée, mais on en voit encore la trace;

2° Au niveau de l'aisselle, une tuméfaction bosselée, recouverte par une peau rouge, œdémateuse. La pression est très douloureuse.

3° Au niveau de la région sous-claviculaire, près de l'articulation avec le sternum, une tuméfaction lisse, avec œdème, mais sans bosselures. Cette seconde tuméfaction est séparée de la première par un intervalle de quelques centimètres. La fluctuation est manifeste dans les deux poches, mais il est difficile de dire si elles communiquent. La palpation permet de constater, en outre de la fluctuation, une crépitation emphysémateuse très nette.

La température est d'environ 40 degrés.

On procède immédiatement à l'incision de l'abcès. Sur les conseils de M. Poncet, M. Villard, chef de clinique, incise d'abord du sommet de l'aisselle vers le thorax, le long du grand pectoral; un flot de pus crémeux s'échappe, mélangé à de grosses bulles de gaz. Le pus est recueilli pour l'analyse bactériologique.

Deuxième incision parallèle à la clavicule au niveau de la seconde poche. Il en sort un pus mélangé de gaz, analogue à celui qui s'est écoulé par la première incision, très fétide également.

Le doigt, introduit dans une des poches, ne peut passer dans l'autre; la collection paraît bridée à ce niveau par le petit pectoral. On place un drain dans chacune des cavités et on panse à la gaze iodoformée.

Les suites furent très simples; le soir même, la température tombait à la normale et, le 6 janvier 1897, la malade sortait du service entièrement guérie.

Cette observation mérite quelques réflexions; en premier lieu, la pathogénie paraît simple; l'infection qui a trouvé sa porte d'entrée dans la crevasse du doigt a suivi son trajet et ses étapes normales dans les ganglions pour arriver à former un adéno-phlegmon sous-claviculaire. Tout s'est passé comme dans un cas banal de piqûre anatomique. Ce n'est donc ni dans la porte d'entrée, ni dans le mécanisme de l'infection, localisée à distance de toute cavité contenant de l'air, que nous pouvons trouver une explication plausible à la présence des gaz; la question de terrain et de milieu ne vient jeter aucune lumière non plus sur cette évolution gazogène. Il s'agit d'une campagnarde, robuste, non diabétique, et qui a montré, par la rapidité de sa guérison, les qualités de résistance de ses tissus. Cette bénignité remarquable de la maladie est à noter et à opposer à la gravité de la gangrène gazeuse et des cas de Chiari, Von Dungern, Bunge.

Puisque ni la porte d'entrée, ni le terrain, ni le milieu ne nous offrent d'explication plausible de l'apparition des gaz dans cet abcès, il nous reste à consulter un dernier facteur : l'agent même de l'infection. C'est ce que nous avons fait par nos recherches bactériologiques.

Avant de les exposer, nous tenons à remercier notre ami, M. le docteur Dor, chef du laboratoire de la Clinique, qui, par son aide et ses conseils éclairés, nous a permis de poursuivre ces recherches; il a bien voulu les contrôler et y prendre plusieurs fois une part active qui, seule, pourra leur donner quelque valeur.

(A suivre.)

(1) Zeller et J. Arnold. *Arch. f. Pathol. und phys.*, XXXIV, 2.

(2) Depuis que nous avons écrit ces lignes, il a paru dans les *Archives de médecine expérimentale* (numéro de mai 1897) un travail de A.-L. Dupraz (de Genève), sur les emphysèmes sous-muqueux et sous-séreux, qu'il sera intéressant de consulter. On trouvera aussi dans le compte rendu des séances de la Société des sciences médicales de Lyon (*Province médicale*, juin 1897) la description d'un fait analogue à ceux que nous avons observés dans nos recherches, due à notre collègue et ami P. Courmont.

SUR UN CAS TRÈS GRAVE DE DERMATITE

CONSÉCUTIVE A DEUX APPLICATIONS DE RAYONS X. PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT (1).

Par M. le docteur G. Apostoli.

Il s'agit d'une très vaste sphacèle de la paroi abdominale qui, en février dernier, mesurait encore 17,7 centimètres sur 13,6 et était consécutive à deux applications de rayons Rœntgen faites à Dublin les 22 et 28 mai 1896.

Dans la première séance, d'une durée de quarante minutes, le tube de Crooks avait été distant de 15 centimètres de la peau; dans la seconde, d'une durée de quatre-vingt-dix minutes, le tube avait été rapproché à 9 centimètres.

Suites immédiates : quelques nausées consécutives après chaque séance, mais sans vomissement.

Suites éloignées : apparition, deux jours après la dernière séance, d'un érythème progressif qui a été en s'aggravant.

Vésicules et phlyctènes consécutives avec écoulement séreux abondant.

Formation progressive d'une escharre.

Amélioration notable en juillet.

Rechute, avec nouvelle mortification en août, et avec apparition de brûlure et de douleur intense au niveau de la surface mortifiée.

Application successive de toutes les lotions, de tous les topiques, de tous les caustiques connus, en y ajoutant même la greffe épidermique et le raclage pratiqué après anesthésie, le tout avec le même insuccès constant et absolu pendant huit mois.

Depuis la fin d'octobre 1896, l'application locale et quotidienne d'un courant d'oxygène sur la plaie, pendant cinq heures tous les jours, est le seul traitement qui paraît avoir été favorable et a arrêté l'agrandissement croissant de la plaie, sans toutefois la faire rétrocéder sensiblement.

Le 9 février 1897, début du traitement électrique, appliqué avec l'assistance du docteur Planet, et qui peut se résumer ainsi :

Bains statiques quotidiens avec effluvation sur la partie malade pendant toute la séance d'une durée moyenne de vingt à trente minutes.

Fin mars, association au bain statique de l'application des courants de haute fréquence sous la forme de lit condensateur.

Depuis avril 1897, emploi bi-hebdomadaire de bains hydro-électriques avec le courant ondulatoire.

Amélioration progressive depuis le début du traitement électrique et, en particulier, depuis l'association de l'effluvation statique aux applications polaires du courant ondulatoire.

Détachement très lent, mais toujours progressif, de l'escharre sèche et adhérente, et réduction actuelle de plus de la moitié de la surface totale primitivement sphacélée.

Le malade est aujourd'hui (juin) présenté en pleine voie de guérison et le traitement se poursuit sans nouvel incident à signaler.

Voici les conclusions sommaires formulées par le docteur Apostoli :

1° L'application des rayons Rœntgen peut provoquer, dans certaines circonstances, une dermatite plus ou moins grave caractérisée soit par un érythème simple, soit par une escharre plus ou moins profonde pouvant intéresser la peau jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

2° Cette dermatite, variable suivant son siège (peau, ongles, poils), variable également dans une certaine mesure suivant l'état constitutionnel du sujet en expérience, est assimilable sous plusieurs rapports à une brûlure électrique ordinaire et présente comme cette dernière les mêmes caractères généraux d'asepsie, d'apyrexie, d'évolution très lente vers la réparation et d'intensité à peu près égale dans toute son étendue.

3° Cette dermatite est toujours le résultat d'une faute opératoire commise, soit, et avant tout, par le rapprochement trop grand de la peau du tube de Crooks, soit par la durée trop longue d'une séance unique, soit enfin par des séances trop multiples et trop rapprochées.

4° Le docteur Apostoli propose, comme traitement efficace de cette dermatite rebelle, le courant électrique qui devra comprendre les modes suivants que l'on pourra associer à intensité et à durée variables suivant les indications cliniques :

a. L'effluvation statique simple qui, par son action directe et locale aidée de son influence générale, hâte le travail de réparation et de cicatrisation des ulcères.

b. L'application polaire d'un courant galvanique, ou mieux d'un courant ondulatoire, pour accélérer la chute de l'escharre et favoriser ainsi l'action topique et trophique ultérieure de l'effluve statique.

c. L'action générale d'un courant de haute fréquence (par le lit condensateur) destiné, comme l'a démontré le professeur d'Arsonval, à relever le coefficient de la nutrition générale et à apporter à l'économie un supplément de force et de vitalité.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, par M. d'Arsonval.

THÉRAPEUTIQUE

Remède contre le coryza.

Acide borique en poudre. .	3 grammes.
Extrait de menthol	3 décigrammes.

Prendre une forte prise toutes les heures, jusqu'à ce que la muqueuse nasale soit sèche, c'est-à-dire pendant cinq ou six heures. Il est important d'employer ce remède dès le début du rhume et de le faire préparer au moment de l'emploi, car le menthol s'évapore rapidement, et la poudre perd ses propriétés au bout de quelques jours. (*Progr. méd.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 JUILLET 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 5 JUILLET, à une heure. — 5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Marchand, Jalaguier et Lejars; — (2e série) : MM. Delens, Peyrot et Tuffier; — M. Delbet, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Tillaux, Humbert et Walther; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Chauffard Gaucher; — (2e série) : MM. Landouzy, Letulle et Widal; — M. Broca, suppléant.

MARDI 6 JUILLET, à neuf heures. — 1er examen, ancien régime : MM. Gariel, André et Heim; — M. Weiss, suppléant.

A une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Gley et Poirier; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Panas, Polaillon et Albarran; — (2e série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Hartmann; — (2e partie) : MM. Cornil, Marie et Thoinot; — M. Quénu, suppléant.

5ᵉ examen (1ʳᵉ partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Pozzi et Nélaton; —(2ᵉ partie, 1ʳᵉ série) : MM. Jaccoud, Raymond et Charrin; — (2ᵉ série) : MM. Proust, Hutinel et Letulle; — M. Chantemesse, suppléant.

5ᵉ examen (1ʳᵉ partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar; — M. Thiéry, suppléant.

MERCREDI 7 JUILLET, à neuf heures. — 1ʳᵉ examen, ancien régime : MM. Gautier, Weiss et Heim; — M. André, suppléant.

5ᵉ examen (1ʳᵉ partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

A une heure. — 5ᵉ examen (1ʳᵉ partie, chirurgie), *Necker* (1ʳᵉ série) : MM. Peyrot, Lejars et Delbet; — (2ᵉ série) : MM. Jalaguier, Ricard et Broca; —(2ᵉ partie) : MM. Joffroy, Chauffard et Gilles de la Tourette; — M. Walther, suppléant.

JEUDI 8 JUILLET (1), à une heure. — 2ᵉ examen (oral, 1ʳᵉ partie) : MM. Polaillon, Chantemesse et Poirier.

3ᵉ examen (oral, 1ʳᵉ partie) : MM. Maygrier, Nélaton et Hartmann; — (2ᵉ partie) : MM. Joffroy, Gilbert et Wurtz; — M. Gley, suppléant.

VENDREDI 9 JUILLET, à neuf heures. — 5ᵉ examen (1ʳᵉ partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

A une heure. —2ᵉ examen (2ᵉ partie) : MM. Chantemesse, Retterer et Poirier.

3ᵉ examen (oral, 1ʳᵉ partie) : MM. Peyrot, Walther et Bonnaire; — M. Weiss, suppléant.

5ᵉ examen (1ʳᵉ partie, chirurgie), *Charité* (1ʳᵉ série) : MM. Terrier, Marchand et Lejars; — (2ᵉ série) : MM. Ricard, Delbet et Broca; — (2ᵉ partie) : MM. Hayem, Gaucher et Widal.

5ᵉ examen (2ᵉ partie), *Pitié* (1ʳᵉ série) : MM. Landouzy, Netter et Gilles de la Tourette; — (2ᵉ série) : MM. Chauffard, Wurtz et Thoinot; — M. Letulle, suppléant.

5ᵉ examen (1ʳᵉ partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Jalaguier et Varnier; — M. Tuffier, suppléant.

SAMEDI 10 JUILLET, à une heure. — 1ᵉʳ examen (ancien régime) : MM. Gariel, Chassevant et Heim.

3ᵉ examen (oral, 1ʳᵉ partie) : MM. Brun, Bar et Albarran; — — (2ᵉ partie) : MM. Hutinel, Letulle et Achard; — M. Weiss, suppléant.

5ᵉ examen (2ᵉ partie), *Necker* (1ʳᵉ série) : MM. Laboulbène, Gilbert et Marfan — (2ᵉ série) : MM. Grancher, Debove et Roger; — M. Nélaton, suppléant.

5ᵉ examen (1ʳᵉ partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Polaillon et Maygrier.

(1) Ce jour, conseil de la Faculté, à trois heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier, dimanche, a eu lieu, comme nous l'avions annoncé, l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Duchenne (de Boulogne).

M. le professeur Joffroy, qui avait eu l'heureuse idée de rendre ce suprême hommage au plus modeste des savants, a pris d'abord la parole. Il dit, avec beaucoup de simplicité, l'heureuse bonne fortune qu'il eut de rencontrer le statuaire Desvergnes qui, avec l'architecte Debrie, donna son plus gracieux concours. Mais la toile tombe, les applaudissements éclatent ; un médaillon de marbre retrace les traits de Duchenne et, dans un bas-relief de bronze, on voit Duchenne étudiant un malade.

M. le professeur Raymond fait alors l'historique de la grande œuvre à laquelle Duchenne consacra sa vie. Ce discours restera une des pages les plus magistrales de l'éminent professeur de la Salpêtrière.

M. Lereboullet lit ensuite le discours de M. le professeur Mathias Duval, empêché. On sait que M. Mathias Duval professe l'anatomie à l'École des beaux-arts.

Duchenne (de Boulogne), lui aussi, tout comme notre confrère Paul Richer, était un savant doublé d'un véritable artiste. M. Desvergnes avait admiré l'œuvre artistique de Duchenne; et c'est à cette admiration que nous devons l'œuvre remarquable qu'il vient de lui consacrer.

Un instant nous avons cru assister à la belle séance du centenaire de la Société de médecine de Paris. M. Mottet montait à la tribune pour dire ses souvenirs sur Duchenne. Mais ceux qui ont le bonheur d'entendre M. Mottet, savent le charme, la finesse, la délicatesse de touche de notre éminent confrère. Son discours a tenu sous un véritable charme les malheureux qu'une température sénégalienne écrasait.

M. Barthou, ministre de l'Intérieur, a prononcé à son tour un petit discours plein de tact et de bon goût et distribué quelques récompenses : une rosette de l'Instruction publique et quelques rubans d'officiers d'Académie.

— *Concours de médecins des hôpitaux.* — Séance du 23 juin : MM. Caussade et Parmentier, 20; Souques, 18.

Séance du 24 juin : MM. Aviragnet, 20; Thiroloix, 18; Boix, 16.

Séance du 25 juin : MM. Dufour, 20; Bruhl, 18; J. Bezançon, 16.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 23 juin : MM. Jayle et Péraire, 15.

— *Concours du prosectorat.* — Séance du 26 juin : Épreuve orale supplémentaire : « Quatrième ventricule » : MM. Gosset, 19; Fredet, 18. — M. Gosset est nommé prosecteur.

— Par décret, en date du 19 juin 1897, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Joffrion, Moreau, Garnier-Dupré, de Combes, Jalabert, Beylot, Vigues, Cazaentre, Chevallier, Bellin, Laffont, Legay, Faurichon-Mesplier, Silva, Massey, Fabre, Grivet, Branère, Astié, Farabeuf, Renon, Cazals, Favraud, Leissen, Dupont, Fleury, Auvray, Bert, Roger, Beaudonnet, Lafont, Pussacq, Gasne, Goguel, Dessort, Batsere, Baillo, Vigneron, Labatt de Lambert, Pauchet, de Perry, Ponsard, Poncet, Lacoste, Bourlier, Frey, Laurent, Henry, Levy, Jolis, Fournier, Brieu, Nimier, Dheur, Dumas, Combes, Bernes-Lasserre, Carrière, Morillon, Ousset, Barbadault, Olier, Grand, Daclin, Grange, David, Canceill, Koziell, Lochon, Guinet, Aime, Sirol, Vaquie, La Bonnardière, Crouzillac, Franchet, Chenal, Thouvenet, Bloch et Ribon.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Rosemblith, Bailliot, Favre, Demange, Bernardbeig, Gonnon et Domine.

— Par décret, en date du 20 juin 1897, M. Lidin, médecin principal du corps de santé des colonies, a été promu au grade de médecin-chef de deuxième classe, en remplacement de M. Reynaud, placé dans la position de non-activité pour infirmités temporaires.

— Par décret, en date du 23 juin 1897 : 1° M. Treille, médecin-inspecteur de première classe du corps de santé des colonies, a été admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite à titre d'ancienneté de services et sur sa demande.

2° M. Kermorgant, médecin-inspecteur de deuxième classe du corps de santé des colonies, a été promu au grade de médecin-inspecteur de première classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 juin 1897, sont nommés membres du jury international des récompenses de l'exposition de Bruxelles, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Comité 3 (hygiène) : MM. Martin, Barbier et Beurnier. — Comité 13 (sciences) : M. Gariel.

— L'inauguration des nouvelles salles du service de M. Pozzi, chirurgien de l'hôpital Broca, aura lieu après-demain mercredi,

à dix heures, sous la présidence du directeur de l'Assistance pnblique.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Lyon s'ouvrira le lundi 18 octobre 1897.

— Le dénombrement des médecins, résidant et exerçant dans le département du Rhône, est, nous apprend le « Lyon médical », de 352, en diminution de 16 sur l'année 1896. Sur ce chiffre, il y a 346 docteurs en médecine et 8 officiers de santé; 247 ont leur domicile à Lyon, 65 dans les autres communes de l'arrondissement et 40 dans l'arrondissement de Villefranche.

Les 247 médecins de Lyon sont ainsi répartis dans les divers cantons : 62, 70 et 29 pour les premier, deuxième et troisième cantons; 7 et 4 pour les quatrième et cinquième cantons; 13, 30 et 32 pour les sixième, septième et huitième cantons.

Dans ce dénombrement ne figurent pas les médecins qui résident à Lyon sans pratiquer, et ceux plus nombreux qui appartiennent à l'armée ou à l'enseignement supérieur.

Le nombre des dentistes résidant dans le département est de 60, celui des sages-femmes de 309, en diminution de 25 sur l'année 1896.

— Les chirurgiens des hôpitaux de Lyon, les professeurs et agrégés de chirurgie de la Faculté de cette ville, viennent de fonder la « Société de chirurgie de Lyon ». Le bureau, nommé à l'élection, est composé de : MM. Ollier; président; Fochier vice-président; Vallas, sécrétaire général; Aubert, trésorier-archiviste; Albertin et Rollet, secrétaires annuels. — Les séances se tiendront deux fois par mois, le premier et le troisième jeudi.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Choné, médecin-major de première classe; Émile Legros, rédacteur de la « Presse médicale belge »; Maréchal (de Brest), Minard et Moinel, médecins-majors de deuxième classe; Wagnier (de Lille).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Brault, professeur à Alger, a adressé à M. Rendu une nouvelle observation de paraplégie survenue au cours d'un traitement antirabique. M. Rendu s'est contenté de lire cette observation sans l'accompagner d'aucune réflexion. Dans ce cas, il paraît bien vraisemblable que les accidents de paralysie ont pu être la conséquence du traitement lui-même, puisqu'il s'agit d'un jeune homme, bien portant, sans antécédents pathologiques, sans aucune tare constitutionnelle, qui n'était même pas menacé de la rage, puisqu'il est à peu près certain que le chien qui l'a mordu n'était pas enragé et qui, après cinq injections, présenta des accidents semblables à ceux du malade de M. Rendu. Sans vouloir rien préjuger ni rien conclure, nous attendons avec quelque curiosité l'explication que donneront de ce fait les pastoriens. Quoi qu'il en advienne, sachons reconnaître à M. Rendu le courage d'avoir osé, dans l'espèce, prendre pour devise : *Amicus Pastor sed magis amica veritas*.

On se rappelle l'intéressante communication qu'a faite récemment M. Reclus sur le traitement du goitre exophtalmique par la résection bilatérale du grand sympathique cervical. En rapportant l'observation de la malade de son service qui a été opérée par M. Faure, M. Reclus avait en quelque sorte invité son collègue, M. Gérard-Marchant, à publier une observation analogue. M. Marchant n'a pas tardé à répondre à cet appel. La question étant à l'ordre du jour (1), nous publions plus loin l'observation de M. Marchant, comme nous avons publié celle de MM. Reclus et Faure (2). Il serait évidemment prématuré de tirer une conclusion définitive de ces faits encore trop récents; les résultas immédiats, véritablement impressionnants, fournis par cette opération, ne paraissent pas se maintenir bien longtemps et il y a tout lieu de craindre que cette intervention ne donne qu'une amélioration passagère.

MM. Cornil et Carnot ont fait une série d'expériences sur la réparation des pertes de substance du foie par des blocs de fibrine. M. Cornil a déjà démontré que la fibrine constitue le premier moyen d'union entre les tissus divisés. Ces nouvelles expériences ne font que confirmer cette donnée générale.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 693.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 714.

HOPITAL TENON. — M. GÉRARD-MARCHANT.

De la résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goitre exophtalmique.

M. Reclus m'a en quelque sorte invité à publier un cas de goitre exophtalmique opéré par la résection bilatérale du grand sympathique cervical. Bien que ma malade ait été opérée le 5 avril dernier, je n'avais pas cru devoir publier encore son observation, car le temps seul nous permettra de juger la valeur de cette méthode thérapeutique, qui donne, il est vrai, des résultats immédiats appréciables, encourageants, peut-être pas définitifs.

Cette malade me fut adressée par M. Abadie. Dans les formes oculaires du goitre exophtalmique, c'est l'ophtalmologiste qui est d'abord consulté.

Cette malade est nerveuse, comme sa mère et sa sœur.

C'est en mars 1896, au début d'une grossesse (terminée à sept mois), que ses yeux ont commencé à devenir saillants. En août de la même année, le goitre est constaté par un médecin. Le tremblement est apparu en janvier 1897. On doit noter un amaigrissement progressif, sensible depuis quelques mois bien que l'appétit ait toujours été conservé. La malade est sujette à de la diarrhée de temps en temps, mais jamais cette diarrhée n'a été paroxystique, comme on le voit souvent dans la maladie de Basedow.

A l'examen de la malade, à son entrée dans notre service le 30 mars dernier, nous sommes frappé de suite par l'exorbitisme qu'elle présente; il est si prononcé que les paupières ne peuvent plus recouvrir le globe oculaire : il y a intégrité de la musculature interne et externe de l'œil : le champ visuel est normal et la vue intacte, les pupilles sont très dilatées.

La tachycardie est presque nulle; la malade a 70 pulsations au lit, 80 debout, 95 à 100 après l'ascension d'un escalier. Elle n'a jamais eu de crises paroxystiques, de palpitations ou de dyspnée. Le cœur a pourtant sa pointe un peu abaissée, et paraît légèrement hypertrophié. A l'auscultation, on perçoit un roulement présystolique et le premier bruit est prolongé.

Le corps thyroïde a le lobe droit un peu hypertrophié (circonférence du cou 34 centimètres); mais ce goitre ne frappe pas immédiatement l'attention : il faut le rechercher pour le reconnaître. Au niveau du goitre l'oreille perçoit un souffle vasculaire.

Le tremblement des membres supérieurs et inférieurs est des plus appréciables.

Je note enfin, d'après la note remise par mon interne M. Auclair, qu'il n'existe aucun trouble trophique, aucun trouble de sensibilité, aucun trouble hystérique, et qu'enfin le poumon, le tube digestif, les reins paraissent absolument sains.

Nous avions donc affaire à une forme fruste de la maladie de Basedow, caractérisée surtout par la prédominance de l'exophtalmie.

Trois de ces considérations me décidèrent à pratiquer chez cette malade la résection du grand sympathique.

I. Je connaissais le danger, l'aléa des interventions diverses sur la glande thyroïde (thyroïdectomie partielle, exothyropexie), suivies parfois d'accidents tellement foudroyants que l'on invoque pour les expliquer une toxhémie thyroïdienne dont l'action se produirait dans la plaie, sur le bulbe, par un empoisonnement suraigu.

Dans une statistique d'Allen-Starr (1), nous trouvons 23 morts sur 190 cas de goitres exophtalmiques opérés; de semblables désastres opératoires sont arrivés à Paris à des collègues très estimés.

II. Les interventions sur le grand sympathique cervical, tentées 7 fois à Lyon par Jaboulay, répétées 2 fois à Bucharest par Jonnesco, sans aucun insuccès opératoire, nous entraînèrent dans cette voie.

III. Mais c'est surtout M. Abadie qui, par ses communications au dernier Congrès de chirurgie (1896) et dans la *Presse médicale* (3 mars 1897), sur la nature et le traitement du goitre exophtalmique, amena notre conversion.

Par des arguments nombreux et décisifs, notre si distingué collègue démontra que la maladie de Basedow était due à une excitation permanente des vaso-dilatateurs de la tête et du cou; il affirma que, par la section du grand sympathique cervical, on combattait non seulement l'exophtalmie, mais aussi le goitre et en partie la tachycardie (2).

Cette théorie nouvelle, si nettement exprimée, expliquait les succès de Jaboulay et justifiait enfin à nos yeux la légitimité de l'intervention qui nous était proposée : il fallait, je vous l'avouerai, des arguments de cette valeur pour m'engager à réséquer deux *branches nerveuses*, dont le rôle physiologique paraissait primordial, et dont la suppression pouvait présenter, à une échéance plus ou moins longue des accidents sérieux.

Je pratiquai l'opération le 5 avril dernier, après *éthérisation* et les précautions antiseptiques habituelles.

J'ai suivi les temps opératoires indiqués par M. Jonnesco dans un article paru dans les *Archives provinciales de chirurgie* au début de cette année. On va à la recherche du sympathique cervical, par une incision qui s'étend de la pointe de l'apophyse mastoïde au tiers interne de la clavicule, incision qui permet de passer en arrière du sterno-mastoïdien et de récliner en avant et en dedans le paquet vasculo-nerveux du cou, après avoir sectionné et lié, la veine jugulaire externe et quelques filets nerveux du plexus cervical superficiel.

Le sympathique apparaît alors sous la forme d'un filet assez grêle, blanc, appliqué par l'aponévrose prévertébrale contre le muscle long du cou, mais ce nerf n'est pas facilement reconnaissable, et on ne peut être sûr qu'on a à faire au sympathique que par la découverte du ganglion cervical supérieur, c'est-à-dire du renflement fusiforme, absolument caractéristique.

Aussi, pour éviter toute hésitation et toute section désastreuse, conseillons-nous une incision franchement prolongée vers la mastoïde et donnant un jour suffisant pour découvrir ce ganglion.

L'opération sur le sympathique cervical gauche, qui comprend la résection de la partie inférieure du ganglion cervical supérieur avec 4 centimètres environ du tronc nerveux sous-jacent dura un quart d'heure.

Celle du côté droit dura dix minutes seulement, et la résection du nerf est faite sur la même longueur.

Il est à noter que le ganglion cervical moyen n'était appréciable ni d'un côté, ni de l'autre.

Aucune modification des pupilles ne se produisit au moment de la section des nerfs.

On note seulement de petits épanchements sanguins sous-conjonctivaux très apparents, existant dans le segment externe du globe oculaire, à droite seulement, et apparus au moment de l'opération.

Nous reviendrons, tout à l'heure, sur la signification de cette hémorragie.

On ferme les deux plaies par un plan de sutures profondes perdues et un plan superficiel de sutures intradermiques destinées à rendre moins visible la cicatrice.

Immédiatement après l'opération, la malade a 80 pulsations et ne présente pas de changements dans ses mouvements respiratoires, l'exophtalmie a déjà diminué à gauche (premier sectionné) au point que les paupières recouvrent presque complètement le globe oculaire. A droite, au contraire, l'exophtalmie est encore très sensible.

Le soir de l'opération, la malade a 37°6 (température vaginale), elle est très calme et n'a que 80 pulsations, chiffre qui reste à peu près constant jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Le lendemain, 6 avril, on note une diminution très sensible de l'exorbitisme, de l'ouverture pupillaire et de la dilatation vasculaire de la région frontale droite. La malade se plaint d'un peu de douleur au niveau et en arrière des oreilles et accuse la sensation d'une sorte d'engourdissement, surtout marqué dans le côté gauche du cou. Cet engourdissement persiste du reste les jours suivants et est dû probablement à la section de quelques filets du plexus cervical superficiel.

Le surlendemain, l'exophtalmie diminue encore et l'opérée peut complètement fermer les yeux.

Le 9 avril, quatre jours après l'opération, le pansement est renouvelé pour enlever les deux petits drains de sûreté. Rien de particulier au niveau des deux lignes d'incision, mais il semble que ce jour l'exorbitisme est plus accusé que les jours précédents. La dilatation vasculaire du côté droit persiste encore.

Le 14 avril, la malade quittait le service absolument guérie de son exophtalmie, de sa dilatation pupillaire et de la turgescence veineuse prédominante à droite.

(1) Allen Starr. On the natur and treatment of exophtalmic goitre, with special reference to the thyroid theory of the disease and to the treatment by thyroïdectomy, *The Med. News*, 18 avril 1896, nº 16.

(2) Il est juste de dire que M. Jaboulay a eu le mérite incontestable d'exécuter le premier la section du sympathique cervical dans le goitre exophtalmique, mais que c'est M. Abadie qui nous a révélé la théorie nerveuse applicable à cette affection.

Cependant, sous l'influence de l'émotion, les yeux paraissent encore un peu saillants, mais la malade nous dit qu'elle a toujours été ainsi.

Le résultat opératoire immédiat a donc été parfait et ses enfants étaient heureux d'embrasser une maman qui ne leur faisait plus de gros yeux. Sous l'influence de l'émotion, de la fatigue, l'exophtalmie reparaît, quelquefois momentanément, bien qu'à un moindre degré qu'avant l'opération, mais pour disparaître aussitôt, ainsi qu'il est facile de le constater sur les épreuves photographiques.

Mais il est juste d'ajouter qu'il n'y a plus trace de goitre, que l'état général physique et moral est demeuré excellent.

Un mot sur les hémorragies sous-conjonctivales qui se sont montrées à l'œil droit, après la section du sympathique cervical gauche.

Voici l'explication qu'a proposée M. Abadie.

Quand Dastre et Morat entreprirent leurs remarquables recherches sur l'origine des nerfs vaso-dilatateurs de la face, une de leurs expériences fut la suivante.

On coupe sur un chien le sympathique cervical d'un côté; après la section, on a beau exciter le bout supérieur et le bout inférieur, il ne se produit aucun phénomène de vaso-dilatation de ce côté de la tête. Mais si on vient à exciter le bout supérieur, on constate une vaso-dilatation dans la région des lèvres, de la joue du côté opposé, phénomène qui ne se reproduit plus, si l'on sectionne également le sympathique du côté opposé. Le résultat est absolument net et se produit constamment. Dastre et Morat signalent ce fait, mais n'en donnent pas l'interprétation.

Il nous semble que la suivante serait plausible. Quand on a coupé le sympathique cervical d'un côté et qu'on excite le bout supérieur, l'excitation nerveuse a d'abord tendance à parcourir le circuit formé par le sympathique cervical de ce côté; mais ce circuit se trouvant interrompu par la section, le courant passe alors par la moelle et va transmettre une excitation aux vaso-dilatateurs du sympathique cervical du côté opposé.

Le courant nerveux est ici comparable à un courant électrique qui traverse un circuit formé de résistances inégales. Il passe tout d'abord et constamment là où la résistance est le plus faible; mais si ce chemin vient à lui être fermé, il est obligé de prendre celui où la résistance est plus grande.

Or, cette expérience physiologique si importante sur les vaso-dilatateurs du cou a été exactement reproduite dans le cours de l'opération. Quand, à gauche, on a tout d'abord coupé le sympathique cervical, puis tiraillé avec la pince et excisé une portion du ganglion cervical supérieur, on a produit une excitation négative, sans effet pour le côté opéré, mais qui s'est traduite par une dilatation des vaso-moteurs du côté opposé. Cette vaso-dilatation, venant s'ajouter à celle qui existait déjà, a provoqué à l'œil des injections vasculaires et des extravasations sanguines sous la conjonctive.

Tel est le fait que j'avais à vous présenter; vous excuserez les longs détails dans lesquels j'ai dû entrer; vous remercierez avec moi M. Reclus d'avoir ouvert le débat dans cette enceinte où il ne peut que grandir et s'éclairer, mais vous conviendrez que ces deux faits sont encore insuffisants pour établir la valeur définitive de la résection du sympathique cervical dans le traitement du goitre exophtalmique.

URETÈRE SURNUMÉRAIRE

OUVERT DANS LA VULVE ET DANS LE VAGIN (1)

Par M. Albarran, chirurgien des hôpitaux.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans qui était atteinte d'incontinence d'urine depuis sa naissance. Constamment, jour et nuit, l'urine souillait la vulve; en outre, la malade urinait par l'urèthre avec des intermittences comme une personne saine.

Il y a un an, j'examinai pour la première fois cette jeune fille. Au-dessous de l'urèthre et en avant du vagin, on voyait plusieurs petites dépressions; deux d'entre elles correspondaient à de fins pertuis par lesquels perlaient quelques gouttes d'urine, mais ce liquide venait surtout du vagin et sortait par l'ouverture de l'hymen.

La paroi antérieure du vagin bombait à travers l'hymen simulant une cystocèle. Dans la paroi antérieure du vagin, à 3 centimètres de la vulve, se voyait un orifice très petit par lequel s'écoulait l'urine d'une manière continue, mais plus abondamment par intervalles.

Le sphincter uréthral avait sa contractilité normale et les injections colorées faites dans la vessie ne passaient pas par les ouvertures vulvaires et vaginales. L'examen cystoscopique me fit voir que les deux uretères normaux se trouvaient à leur place dans la vessie; je constatai, en outre, qu'une fine bougie enfoncée à 20 centimètres de profondeur par la fistule vaginale ne pénétrait pas dans la vessie. Le cystoscope me permit aussi de constater qu'il n'y avait pas de cystocèle. Je diagnostiquai un uretère surnuméraire terminé par une petite poche inter-vésico-vaginale ouverte dans la vulve et dans le vagin. L'analyse de l'urine de l'incontinence me montra une diminution dans les chlorures, les phosphates et l'urée par rapport à l'urine vésicale.

Dès lors, je pouvais affirmer que le segment de rein correspondant à l'uretère surnuméraire était en état de rétention rénale, incomplète; qu'il existait une hydronéphrose ouverte.

L'abondante quantité d'urine qui s'écoulait par les fistules et sa valeur physiologique (8 grammes d'urée par litre) me firent rejeter d'emblée l'opération la plus simple, celle que Hostmann pratiqua dans un cas analogue: la ligature de l'uretère surnuméraire. Je résolus d'aboucher cet uretère dans la vessie.

Mon opération fut ainsi conduite : Taille hypogastrique transversale et cathétérisme des deux uretères vésicaux laissant en place les sondes. Incision vaginale en T; extirpation de la poche et section de l'uretère surnuméraire, au niveau de son embouchure vaginale. Incision de la paroi postérieure de la vessie, en arrière du trigone, et abouchement de l'uretère sectionné à ce niveau, en suturant au catgut les deux muqueuses vésicale et uretérale. Fermeture de la vessie et de la plaie hypogastrique; fermeture de la plaie vaginale par un double plan de sutures au catgut. Sonde à demeure.

Pendant six jours, tout marcha bien, mais le septième jour, l'urine recommença à couler par le vagin. Je constatai que deux points de la suture vaginale avaient lâché. Je crois que si cette première opération ne réussit pas, c'est parce que j'avais eu tort de suturer le vagin avec du catgut qui se résorba trop tôt.

---

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 702.

En avril 1897, je revis ma malade en parfaite santé, mais toujours avec sa repoussante infirmité. Je répétai les examens de l'année dernière et je constatai qu'il n'y avait plus de fistules vulvaires et que l'uretère surnuméraire s'ouvrait dans le vagin par un large orifice. La vessie ne communiquait toujours pas avec le vagin.

Le 2 mai 1897, je pratiquai l'opération suivante : Une sonde cannelée introduite par l'urèthre déprimant la paroi vésicale au niveau de la fistule vaginale, je fis sur la paroi antérieure du vagin une incision longitudinale qui passait par la fistule en l'agrandissant. Écartement des lèvres de l'incision. Incision de la paroi antérieure de l'uretère et de toute l'épaisseur de la paroi vésicale correspondante. Suture des deux muqueuses uretérale et vésicale bordant toute cette incision. J'avais établi ainsi une large communication entre la vessie et l'uretère. Fermeture de la plaie et de la fistule vaginale par un double plan de sutures; le plan profond comprenant la face profonde des lambeaux vaginaux accolait l'incision de la paroi postérieure de l'uretère, le plan superficiel, au fil d'argent, accolait les deux bords de la muqueuse vaginale. Sonde à demeure retirée le vingtième jour.

Depuis l'opération, il ne s'est plus écoulé d'urine par le vagin et la cicatrisation s'est faite sans encombre. Ma malade est complètement guérie; ses urines sont aseptiques et elle peut retenir ses besoins comme une personne saine.

Les opérations pour uretère surnuméraire sont très rares; je n'en connais que quatre exécutées toutes par des procédés différents de ceux que j'ai employés. J'appellerai l'attention sur les utiles renseignements qui m'ont été fournis par le cystoscope et par le cathétérisme uretéral. J'ai pu, grâce à ces moyens, diagnostiquer avec précision l'existence de l'uretère surnuméraire et recueillir facilement l'urine sécrétée par le segment de rein correspondant.

MÉDECINE PRATIQUE

L'injection de morphine comme traitement de la colique néphrétique.

Par le docteur MABBOUX.

L'injection de morphine occupe la première place dans le traitement de la colique néphrétique comme sûreté d'effet et comme rapidité d'action; la cessation de la douleur suit de si près l'emploi du moyen qu'il ne peut y avoir de doute sur son efficacité, et dans la grande majorité des cas l'effet cherché est obtenu sans suites désagréables. C'est un agent merveilleux, mais il ne s'ensuit pas qu'on doive l'employer d'une façon banale et hâtive : lorsque la colique paraît s'acheminer avec des douleurs supportables vers sa solution naturelle, ce processus presque physiologique de la descente du gravier doit être respecté. On doit réserver l'injection de morphine pour les cas dans lesquels la crise se prolonge en s'aggravant, alors qu'il existe des douleurs aiguës, incessantes et que l'agitation se prononce.

L'existence d'états pathologiques antérieurs susceptibles de s'aggraver par la prolongation des douleurs est encore une indication qu'il ne faut pas négliger.

Doses. — La dose initiale ne devra jamais dépasser 1 centigramme, et même un demi-centigramme chez un sujet dont on ne connaît pas la sensibilité vis-à-vis de la morphine.

Quand le calme tarde à se produire ou n'est pas durable, une seconde injection de 10 à 15 milligrammes au bout d'une demi-heure donne habituellement le résultat cherché. Chez les sujets qu'on sait peu sensibles à l'action du médicament on peut commencer par une injection de 2 centigrammes; en tout cas, il ne faut pas insister sur le moyen quand le soulagement se fait attendre, et trois injections de 1 à 2 centigrammes convenablement espacées sont un maximum qu'on ne saurait dépasser sans courir le risque d'un empoisonnement par accumulation.

Ces doses s'appliquent bien entendu à l'âge adulte : les coliques néphrétiques sont d'ailleurs très rares chez l'enfant, et on sait avec quelle prudence l'opium doit être manié dans les maladies de cet âge.

La formule ci-dessous est à recommander, parce qu'elle assure la conservation de la solution et qu'elle prévient l'effet nauséeux grâce à la présence de la belladone.

Chlorhydrate de morphine. . .	20 centigr.
Sulfate neutre d'atropine . . .	5 milligr.
Eau de laurier-cerise	20 grammes.

Une seringue de Pravaz, c'est-à-dire 1 centimètre cube de solution contient 1 centigramme de morphine et un quart de milligramme d'atropine; une demi-seringue représente la dose initiale à employer chez tout malade dont on ne connaît pas l'impressionnabilité.

La méthode sous-cutanée a été employée avec d'autres substances, mais sans résultats comparables. L'antipyrine par exemple a été vantée tout particulièrement à la dose de 25 à 50 centigrammes; ces injections soulagent un moment, mais elles ne font pas cesser la crise et elles sont douloureuses.

J'ai essayé, mais une fois seulement, la cocaïne associée à l'antipyrine (3 centigrammes de l'une et 25 de l'autre) : il s'agissait d'une violente crise accompagnée de vomissements; la morphine était contre-indiquée de par son impuissance dans des crises antérieures, et l'antipyrine seule ne donnait rien. L'association de cette dernière substance et de la cocaïne fit cesser les douleurs et les vomissements en moins d'un quart d'heure, et le calme se prolongea pendant deux heures, au bout desquelles il y eut un nouvel accès; une seconde injection de même force en eut vite raison, et cette fois d'une façon définitive. (*Lyon méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juin 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

COMMUNICATIONS

Un cas de paraplégie survenue au cours d'un traitement antirabique. — M. RENDU donne lecture d'une observation qui lui est adressée par M. le docteur Brault, professeur à Alger. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, qui lui fut amené à l'hôpital de Mustapha, étant atteint d'une paraplégie, survenue au cours d'un traitement antirabique. Ce jeune homme ne présentait rien de particulier, ni du côté des antécédents héréditaires, ni du côté de ses antécédents personnels. Il n'était ni hystérique, ni alcoolique, ni syphilitique. Il avait été mordu par un chien passant pour méchant, mais ayant été chassé parce qu'il mordait les autres chiens et n'ayant pu être retrouvé. D'ailleurs, aucun des chiens qu'il avait mordus n'était devenu enragé. Il est donc bien probable que ce chien n'était pas lui-même atteint de la rage. Cependant, par mesure de prudence, ce jeune homme alla à l'Institut Pasteur d'Alger, et se soumit aux injections antirabiques. Après cinq injections, il fut pris d'incontinence des matières fécales, de rétention d'urine; sa température s'éleva à 38 degrés, son pouls à 120, et il

présenta bientôt tous les caractères d'une paraplégie avec douleurs en ceinture, etc. Il présenta, à un moment, une éruption scarlatiniforme, de l'anesthésie des membres supérieurs. Ce malade était gravement atteint. On appliqua vingt sangsues à la région lombaire, on donna des grands bains. Après une quinzaine de jours les accidents s'amendèrent, la fièvre tomba et le malade revint à la santé.

M. Rendu se borne à communiquer ce fait sans commentaires.

Réparation des pertes de substance du foie. — M. CORNIL, en son nom et au nom de M. Carnot, fait une communication sur ce sujet :

Ils ont étudié le mode de réparation des pertes de substance du foie au moyen de la fibrine.

M. Cornil rappelle avoir démontré que la fibrine constitue le premier moyen d'union entre les tissus divisés. Elle s'étale comme une toile d'araignée, sert de soutien aux tissus divisés, bouche les orifices des vaisseaux sectionnés. A sa surface se développent et s'étalent les cellules épithéliales qui se multiplient sur ce substratum qui leur sert aussi de milieu alimentaire.

Ayant introduit dans le péritoine d'un animal un fragment de fibrine aseptique, celle-ci au bout de quelques jours est remplie de globules blancs au centre, tandis qu'à la périphérie elle est recouverte de cellules endothéliales en multiplication.

Dès le sixième jour cette masse renferme des vaisseaux néoformés tandis que l'évolution en tissu conjonctif de la masse fibrineuse est en voie de formation. Au bout d'un temps très court il n'y a plus qu'une masse conjonctive traversée par des néo-vaisseaux.

MM. Cornil et Carnot ont essayé de réparer par ce moyen des pertes de substance artificielles du foie. Ils obtenaient aseptiquement de la fibrine du sang de chien et plaçaient le bloc obtenu entre les lèvres d'une perte de substance hépatique obtenue artificiellement chez un autre chien. Parfois ils ont même employé des fragments d'éponge aseptique imbibés de jaunes d'œuf.

Au bout d'un temps très court les cellules hépatiques des bords de la partie sectionnée sont mortifiées, le bloc se remplit de globules blancs. Tandis que les cellules hépatiques se mortifient, toutes les cellules endothéliales et conjonctives du foie subissent au contraire une multiplication. Ce sont elles qui, s'allongeant, se ramifiant, se multipliant, arrivent à constituer le tissu de réparation intermédiaire entre la section et le bloc de fibrine. Au bout de 8 jours l'adhérence est très marquée. Au centre on trouve la fibrine encore peu organisée, ensuite la couche de leucocytes, puis la couche de grandes cellules conjonctives néoformées et enfin le tissu hépatique. C'est également par le même processus que l'adhérence se fait avec la séreuse autour de la partie sectionnée.

Le processus de réparation est le même lorsqu'on emploie un fragment d'éponge imbibé de jaune d'œuf. En somme, quelle que soit la perte de substance, dans quelque tissu qu'elle siège, le mode de réparation est partout et toujours le même : la fibrine y joue le rôle primordial.

LECTURE

Traitement du goitre exophtalmique par la section double du lymphathique. — M. G. MARCHANT communique une observation sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 888.)

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DU BARON LARREY

Première liste

MM.	
Baizeau, médecin-inspecteur de l'armée en retraite	30
Comte Benoist-d'Azy	20
Bérenger-Féraud, médecin-inspecteur du service de santé de la marine, en retraite	50
J. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine	100
Edmond Blanc, député	500
Léon Colin, médecin-inspecteur général de l'armée	30
Decroix, président de la Société contre l'abus du tabac.	5
Dionis du Séjour, médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale	10
Jean Dupuy, sénateur	100
Dr Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine.	20
Georges Duruy	50
Achille Fould, député	500
Alfred Grandidier, membre de l'Institut	100
Félix Guyon, membre de l'Institut	100
Amiral Lafont	30
Général Lamy	30
Dr Lereboullet, membre de l'Académie de médecine	20
Dr Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux*	100
Georges Masson, libraire de l'Académie de médecine, trésorier du comité	40
Vallin, médecin-inspecteur de l'armée (cadre de réserve)	30
Albert Uhrich	20
	1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 JUILLET 1897)

Thèses de doctorat.

MERCREDI 7 JUILLET, à une heure. — M. RUAIS. Révulsion et vésicatoire dans la thérapeutique infantile. Étude historique et clinique (MM. Potain, président; Pouchet, Netter et Chassevant). — M. BLOTTIÈRE. Étude sur les traitements du goitre exophtalmique (MM. Potain, président; Pouchet, Netter et Chassevant). — M. GIRES. L'holocaïne. Contribution à l'étude de son action physiologique. De son emploi comme anesthésique en ophtalmologie et en stomatologie (MM. Pouchet, président; Potain, Netter et Chassevant). — M. LAPORTE. Étude sur le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis (MM. Pinard, président; Landouzy, Varnier et Wurtz). — M. GABORIAU. Du surmenage intellectuel et de son traitement préventif par l'emploi simultané du phosphure de zinc et de l'arséniate de strychnine (MM. Landouzy, président; Pinard, Varnier et Wurtz). — M. TARASSEVITCH. Contagiosités syphilitiques tardives. Contagiosité tertiaire (MM. Landouzy, président; Pinard, Varnier et Wurtz). — M. MAUGOURD. Obstruction du pylore par calcul biliaire (MM. Tillaux, président; Terrier, Humbert et Tuffier). — M. THÉSÉE. Contribution à l'étude du décubitus acutus. Complication possible de l'hystérectomie vaginale (MM. Tillaux, président; Terrier, Humbert et Tuffier). — M. MONOD. Remarques sur la méthode de l'invagination intestinale à propos de quelques opérations nouvelles (MM. Terrier, président; Tillaux, Humbert et Tuffier). — M. BATTIER. Les angines diphtéroïdes de la syphilis (MM. Fournier, président; Delens, Letulle et Gaucher). — M. STOYANTCHOFF. Contribution à l'étude des complications rénales dans la blennorragie aiguë (MM. Fournier,

président; Delens, Letulle et Gaucher). — M. Le Tellier. Étude sur les gommes syphilitiques précoces (MM. Fournier, président; Delens, Letulle et Gaucher). — M. Seijo. Avantages des injections de benzoate de mercure dans le traitement mercuriel de la syphilis (MM. Fournier, président; Delens, Letulle et Gaucher).

Jeudi 8 juillet, à une heure. — M. Vassal. Etude sur les rhinites spasmodiques (MM. Grancher, président; Dieulafoy, Marfan et Roger). — M. Guéneau. Étude clinique des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez le nourrisson (MM. Grancher, président; Dieulafoy, Marfan et Roger). — M. Oumansky. Aorte pulsatile. Contribution à l'étude des pseudo-anévrysmes de l'aorte abdominale (MM. Dieulafoy, président; Grancher, Marfan et Roger). — M. Caramanos. Des cachexies pigmentaires, et en particulier des cachexies pigmentaires diabétique et alcoolique (MM. Cornil, président; Debove, Letulle et Charrin). — M. Poulain. Du rôle de l'infection dans la pathogénie de l'ulcère de l'estomac (MM. Debove, président; Cornil, Letulle et Charrin). — M. Carpentier. Étude clinique sur un cas de tuberculose des capsules surrénales (MM. Debove, président; Cornil, Letulle et Charrin). — M. Marlio. Des modifications de la pigmentation de la peau au cours de la grossesse (MM. Tarnier, président; Hutinel, Bar et Thoinot). — M. Bertrand. Végétations adénoïdes de l'adolescence et de l'âge de l'adulte. Essai de division clinique (MM. Hutinel, président; Tarnier, Bar et Thoinot). — M. O'Followell. L'anesthésie locale par le gaïacol, le carbonate de gaïacol et le gaïacyl (MM. Guyon, président; Berger, Pozzi et Albarran). — M. Ansselin. Des luxations du pied en arrière, et particulièrement de la subluxation du pied en arrière (MM. Berger, président; Guyon, Pozzi et Albarran). — M. Buyck. Quelques considérations sur l'hydrocèle en bissac de Dupuytren et l'hydrocèle pseudo-bilobaire (MM. Panas, président; Le Dentu, Schwartz et Brun). — M. Priouzeau. Essai sur l'étiologie du chalazion (MM. Panas, président; Le Dentu, Schwartz et Brun). — M. Rechner. Contribution à l'étude du pincement et de la ligature des artères utérines comme procédé hémostatique et atrophiant dans le traitement des fibromes utérins (MM. Le Dendu, président; Panas, Schwartz et Brun). — Mlle Pokryschkine. Des variations de forme du cœur dans les névroses (MM. Raymond, président; Marie, Ménétrier et Achard). — M. Martinet. La paralysie ascendante aiguë (syndrome de Landry). Étude historique et critique (MM. Raymond, président; Marie, Ménétrier et Achard). — M. Clément. Zona et pneumonie (MM. Raymond, président; Marie, Ménétrier et Achard).

Vendredi 9 juillet, à une heure. — M. Paultre. De l'importance, par rapport aux troubles fonctionnels, du raccourcissement apparent à la vue dans la coxalgie chez l'enfant (MM. Tillaux, président; Delens, Rémy et Ricard). — M. Labady. Étude sur les luxations médio-carpiennes traumatiques (MM. Tillaux, président; Delens, Rémy et Ricard). — M. Saussol. Varicocèle et hypocondrie (MM. Tillaux, président; Delens, Rémy et Ricard). — M. Baumgarten. De l'influence du toucher vaginal et rectal sur la production de l'infection puerpérale (MM. Tillaux, président; Delens, Rémy et Ricard).

Samedi 10 juillet, à une heure. — M. Cazal. De l'étiologie du rhumatisme chronique déformant des extrémités (MM. Raymond, président; Joffroy, Marie et Ménétrier). — Mlle Kachpérov. Quelques considérations à l'étude de la neurasthénie (MM. Raymond, président; Joffroy, Marie et Ménétrier). — M. Guffie. De la perversion mentale chez les dégénérés supérieurs (MM. Raymond, président; Joffroy, Marie et Ménétrier). — M. Korngold. La maladie de Thomsen (MM. Raymond, président; Joffroy, Marie et Ménétrier).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 28 juin 1897: MM. Belin, 20; Legry, 19; Triboulet, 18.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 28 juin: MM. Auvray, 18; Delbet et Michon, 17.

— Par décret, en date du 7 mai 1897, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du corps de santé militaire:

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Laveran et Gavoy.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité Goubeau.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Brachet, Rouget et Sedan.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active Baissas, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM les docteurs Mermillod, Herbert, Gatay, Blanc, Lallemand, Filaudeau, Simon, Petit, Frey, Dauriac, Touche, Beziat, Flandrin, Levillain, Guérin, Fontet, Fillion, Mivielle, Choppin, Leblond, Delecluse, Pate, Delmas, Hauser, Thevenon, Causeret, Groleau, Monier, Piquet, Louis, Blanc, Guérin, Martin, Heran, Mourette, Duquaire, Playoust, Watin, Martel, Heylles, Chevereau, Drouard, Devoir, Quere, Debray, Rabineau, Gaudibert, Riffe, Poulet, Lesourd, Le Coq, Mandonnet, Le Nadan, Royer, Vires, Lefilliâtre, Chambrin, Fargues, Serre, Merger, Rousseau, Evrot, Mencière, Senlecq, Rouger, Louart, Perdriat, Favre, Maraval, Maleterre, Prieur, Delgrange, Paquet, Mouezy, Pernet, Cazalis, Rousseau, Bron, Mereau, Husson, Briend, Thubert, Rochier et Macquin.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Boimond, Delebarre, Guillaume, Thorain et Mignot.

— Par décret, en date du 19 juin 1897, la Société de thérapeutique, dont le siège est à Paris, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 18 octobre 1897, à midi précis. Les candidats seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er septembre, jusqu'au 30 du même mois inclusivement.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'ouvrira le mardi 19 octobre 1897, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les candidats seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au jeudi du même mois inclusivement.

Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année subiront consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours. Par exception également les externes de troisième année, qui se sont fait inscrire pour concourir de nouveau, ne sont appelés à subir les épreuves que dans les dernières séances consacrées à chacune d'elles.

Les extraits de naissance venant des départements et les certificats délivrés par des médecins ou des fonctionnaires étrangers à l'Administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bessac (d'Anor); Schutzenberger, membre de l'Académie de médecine.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse,

aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Billets d'aller et retour de Paris à Berne, viâ Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neuchâtel ou réciproquement : Prix, 1re classe 101 fr.; 2e classe 75 fr.; 3e classe 50 fr. — De Paris à Interlaken, viâ Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neuchâtel ou réciproquement : Prix, 1re classe 113 fr.; 2e classe 83 fr.; 3e classe 56 fr. — De Paris à Zermatt (Mont-Rose), viâ Dijon, Pontarlier, Lausanne, sans réciprocité : Prix, 1re classe 140 fr.; 2e classe 108 fr.; 3e classe 71 francs.

Valables 60 jours avec arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Trajet rapide de Paris à Interlaken en 15 heures, sans changement de voiture en 1re et 2e classe.

Les billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken sont délivrés du 15 avril au 15 octobre. Ceux pour Zermatt, du 15 mai au 30 septembre. — Franchise de 30 kilos de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Billets d'aller et retour de Paris à Évian-les-Bains et à Genève, viâ Mâcon et Culoz.

Prix des billets : de Paris à Évian : 1re classe, 112 fr. 40; 2e classe, 80 fr. 90; 3e classe, 52 fr. 75; de Paris à Genève : 1re classe, 105 francs; 2e classe, 75 fr. 60; 3e classe, 49 fr. 30. — Validité de 40 jours avec faculté de deux prolongations moyennant un supplément de 10 p. 100 pour chaque prolongation. Les billets Paris-Évian sont délivrés du 1er juin au 30 septembre; ceux Paris-Genève du 15 mai au 30 septembre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 75. — SAMEDI 3 JUILLET 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 3 JUILLET 1897. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE...... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des contusions du foie sans plaie des téguments.

Par le docteur Ed. LAVAL,
Médecin aide-major de 1re classe au 8e cuirassiers.

I

Étiologie. — L'étiologie *immédiate* est facile à concevoir toute lésion sans plaie extérieure d'un viscère peut résulter d'un choc direct ou d'un contre-coup. Le foie n'échappe pas à cette règle générale. Il peut être contus par un traumatisme direct quelconque : coup de timon, de pied d'homme ou de cheval, chute du corps contre une masse résistante, écrasement sous les roues d'un véhicule ; ou bien, à la suite d'une chute sur les pieds, le tronc, la tête, avec retentissement hépatique, lésion par contre-coup analogue aux ébranlements cérébraux ou médullaires consécutifs à des chocs très éloignés.

A côté de ces causes directes, il en est d'*occasionnelles* et qui prédisposent certains individus, pour ne pas dire certains foies, à des contusions dans des circonstances où d'autres auraient été moins ou n'auraient même pas été éprouvés. Ce sont tout d'abord les *augmentations de volume physiologiques*, comme cela se voit chez le nouveau-né, ou encore la congestion passagère qui suit les repas et accompagne la digestion. Puis, les *abaissements* du foie dus à l'emphysème pulmonaire, à un épanchement pleural, à une tumeur intrathoracique, à un relâchement du ligament suspenseur, à l'entéroptose. Enfin, certains *états pathologiques* de la glande hépatique, qui en augmentent le volume ou altèrent la consistance (congestion, cirrhose, dégénérescence, abcès, hépatomégalies du paludisme, tuberculose, carcinomes). On saisira l'importance que revêtent parfois ces causes secondaires, si l'on se rappelle qu'il a été possible de déterminer, par la simple palpation, la déchirure d'un foie cancéreux (Chiari).

Mais il est une étiologie toute spéciale dont l'existence est mise en doute par certains auteurs, c'est la rupture par *contraction musculaire*. Taylor dit avoir vu un cas de ce genre chez un homme qui, étant en selle, fit un brusque effort pour éviter une chute de cheval. La soudaine contraction des muscles abdominaux et du diaphragme aurait joué, à l'égard du foie, le rôle d'un violent choc extérieur. — Voici également, à ce sujet, une observation assez curieuse de Heinzelmann (1) : un homme réveillé en sursaut par un camarade qui, par erreur, voulait monter dans son lit, se serait fait une déchirure du foie dans la brusquerie de l'acte de se redresser sur son séant. Malgré les doutes que peuvent susciter, dans ce dernier cas, les déclarations de témoins plus ou moins autorisés, ce mode de contusion nous paraît très vraisemblable, surtout lorsque le foie présente une des dispositions morbides dont nous venons de parler plus haut.

II

Pathogénie. — Le mécanisme suivant lequel se produisent les contusions du foie est plus compliqué qu'il ne le paraît au premier abord. Il serait assez simple si le foie était, comme le cerveau par exemple, enfermé dans une boîte osseuse, — ou si, comme l'intestin, l'estomac (du moins en avant), il était recouvert d'un revêtement charnu de résistance facile à vaincre. Mais la glande hépatique est environnée d'un appareil moitié osseux, moitié charnu, souple et élastique en certains sens, dont précisément cette constitution complexe rend l'étude de la pathogénie des contusions directes assez délicate. — En outre, la consistance et la situation toutes spéciales de ce viscère glandulo-vasculaire l'exposent on ne peut plus aux secousses dangereuses et aux lésions par contre-coup.

Jusqu'en 1875, on avait considéré les contusions du foie comme ayant deux origines bien distinctes : elles pouvaient provenir d'un choc direct ou d'un contre-coup. Il est inutile d'ajouter qu'une pareille division était purement mécanique et n'expliquait rien, sinon la façon toute physique dont le traumatisme avait agi.

C'est en 1875 que Roustan, étudiant de près cette question dans sa thèse d'agrégation (2), proposa une nouvelle classe des lésions hépatiques considérées au point de vue de leur genèse : les lésions par pression (écrasement par un

(1) HEINZELMANN. *Ein seltner Fall vom tœdlicher Leberruptur*, Th. de Munich, 1886.

(2) ROUSTAN. *Les lésions traumatiques du foie*, Th. d'agr., 1875.

véhicule, par exemple). En sorte qu'il assignait aux contusions du foie les trois modes de genèse suivants :

1° *Choc direct*, produit par les agents dont l'impulsion première est plus ou moins vive, mais s'épuise vite. Alors, il y a une lésion au point frappé. Exemple : un coup de timon, un coup de talon.

2° *Pression.* — Il faut ici le concours d'une puissance ou d'un point d'appui en dehors du foie, lequel se trouve serré entre les deux comme dans un étau. Tel est le pincement entre une porte, l'écrasement sous les roues d'une voiture.

3° *Contre-coup.* — Il s'agit d'une chute sur les pieds, sur la tête, etc., qui retentit par contre-coup sur le foie.

Si nous reconnaissons en quelque sorte l'autonomie de ces dernières lésions (par contre-coup), qui ont une existence propre incontestable et que nous étudierons plus loin, nous voyons donc que Roustan divisait les lésions directes en deux sortes. Cette division ne nous paraît pas nécessaire; bien plus, elle nous paraît spécieuse.

Et d'abord, théoriquement, il nous est difficile de concevoir des *lésions directes* au sens propre du mot. Le foie est, en effet, emprisonné dans la partie inférieure de la cage thoracique, ne dépassant pas le rebord des fausses côtes, sauf au creux épigastrique, où une portion très légère de ce viscère, un pont très étroit en quelque sorte, est exposé aux blessures directes. En outre de cette protection efficace dont jouissent la face supérieure et les côtés du foie, les muscles lombaires et les muscles abdominaux, sans cesse en contraction pendant l'activité de la vie journalière, opposent aux traumatismes abdominaux ou lombaires qui, par leur direction de bas en haut, pourraient surprendre directement la face inférieure du foie, une résistance des plus sérieuses.

Comment, dans ces conditions, une puissance pourrait-elle avoir une action locale sans léser la paroi (1)? Nous ne voyons qu'une façon pour le corps contondant de contusionner directement le foie, c'est lorsqu'il est assez étroit pour glisser dans un espace intercostal. Mais alors son étroitesse le rendra pénétrant, et la contusion s'accompagnera de plaie.

On a bien cité quelques cas de contusion directe. Un certain nombre ressemble à l'observation de Ménière (2), où, sans plaie extérieure, le foie a été contus localement par des fragments de côtes (c'est-à-dire par une sorte de corps étranger pénétrant) qui avaient été brisées sous le choc.

Les autres de ces cas ont trait à des enfants ou à des hommes en état d'ivresse, autrement dit à des individus chez lesquels la résolution musculaire générale offrait au traumatisme une paroi molle, souple et dépressible. Mais, là encore, nous avons affaire à des cas presque pathologiques. Le nouveau-né qui, pendant la manœuvre d'extraction chère aux gynécologues allemands, a le foie déchiré, le nourrisson qui est *aplati* par une voiture ou tombe contre un corps résistant comme une masse inerte; l'homme qui, pris de boisson, gît sur le sol flasque et sans connaissance, tous ces êtres nous semblent trop en dehors de la norme pour fournir un appoint sérieux au mécanisme des contusions du foie. Ils sont de rares exceptions que l'on doit rappeler sans doute en pathologie externe, mais dont la production exceptionnelle ne peut fournir matière à classification.

(1) Il ne s'agit ici, bien entendu, que du foie normal, et nous faisons abstraction des abaissements ou des augmentations de volume, qui sont, après tout, des exceptions.

(2) Ménière. *Arch. de méd.*, t. XIX, 1829, p. 350.

L'expérimentation a, il est vrai, illustré de ses documents cette division de Roustan. Terrillon a démontré que l'on peut produire des lésions localisées correspondant à la première catégorie (1). Mais on nous permettra de faire nos réserves sur l'importance de ces expériences. Elles ne sauraient être prises à la lettre : il y a loin du chien à l'homme. Et avant de tirer des conclusions, nous ferons sagement de nous en remettre aux enseignements de la clinique.

Or, que nous apprennent les observations? C'est que, quel que soit l'agent du traumatisme (roues, tampon, coups de poing, etc...), le mécanisme de la rupture est très généralement indirect, c'est-à-dire que le foie subit une augmentation brusque de ses courbures, ce qui le fait éclater en une région presque toujours la même : la face convexe, particulièrement du lobe droit. On comprend d'ailleurs que la face concave jouisse aussi, mais à un moindre titre, du même privilège, car là également une augmentation ou, surtout, un redressement brusque de la courbure produira, dans certaines conditions spéciales, une blessure plus ou moins forte du foie.

Pour bien concevoir le mécanisme que nous invoquons, il suffit de considérer que le foie est recouvert en avant et en arrière de parois rigides en forme d'arceaux auxquels la charpente vertébrale, d'un côté, et, de l'autre, le sternum, servent de piliers de soutènement et qui sont réunis latéralement par une façon de charnière, due à l'élasticité de la courbure des côtes.

Qu'un traumatisme heurte l'une de ces parois, elle cédera en bloc sous le coup, mais l'autre paroi résistera, réagira même de presque toute la force vive qui lui aura été transmise, et le foie se trouvera dans les conditions du second mécanisme dont parle Roustan : il sera comprimé entre deux corps résistants : la force agissante d'une part, la paroi thoracique opposée de l'autre; il éclatera. La seule différence (négligeable en l'espèce) sera que la résistance, dans ce dernier cas, existera dans le corps humain lui-même, tandis qu'elle sera extérieure dans les cas d'écrasement sous les roues d'une voiture.

Si nous nous en remettions d'ailleurs à la classification précédente, il ne serait guère possible d'expliquer les contusions par choc, comme par coup de pied d'homme, de cheval, par exemple, qui sont si fréquentes.

On ne saurait, en effet, les faire rentrer dans la première classe. Ce ne sont pas des contusions directes, puisque la plupart du temps le siège de la lésion fausse compagnie au siège du traumatisme.

On ne peut pas plus les faire rentrer dans la catégorie des chocs par pression qui, par définition, ne comprennent que des cas dans lesquels le foie aura été comprimé entre une puissance et un point d'appui extérieurs à lui (écrasement sous un véhicule).

Ces contusions ne sont pas davantage tributaires de la classe des lésions par contre-coup, lesquelles sont invariablement liées aux chocs portant sur des régions du corps très éloignées du foie et déterminant un ébranlement général des viscères.

On voit donc qu'un des plus simples et des plus vulgaires traumatismes du foie, la contusion par choc direct, échappe à la clarté d'une explication, si l'on ne s'en remet qu'au schéma de Roustan. D'ailleurs, cet auteur n'avoue-t-il pas

(1) Terrillon. Contusions du foie, *Arch. de physiol.*, 1875, p. 23.

que « le plus souvent, les chocs directs, outre cette action locale, ont encore, loin du point d'application de la force, d'autres manifestations »?

Par conséquent, les *déchirures du foie par choc direct sont le résultat d'un brusque changement de courbure de cet organe*, changement incompatible avec sa forme, son volume, ses moyens d'attache et la place qui lui est réservée dans le corps humain.

A côté de ces cas, qui sont la grande majorité, on a cité quelques faits de contusion directe par choc sur une région très restreinte du foie : il s'agit alors de cas ou compliqués de fracture costale, ou pathologiques.

Quant aux *contusions par contre-coup*, elles s'expliquent très simplement si l'on se reporte aux conditions anatomiques qui régissent la forme, la constitution, la topographie et le mode de fixation de la glande hépatique. Gorgée de sang comme elle l'est, avec son volume et son poids énormes, avec sa forme bombée, elle occupe le milieu du corps où elle est maintenue au-dessous du diaphragme et contre lui par l'équilibre entre deux pressions : celle des viscères pectoraux et celle des viscères abdominaux, grâce au secours de quelques ligaments suspenseurs et fixateurs. Qu'y a-t-il de surprenant à ce que, dans ces conditions, une chute sur le tronc, ou sur un côté du corps, retentisse immédiatement sur un viscère si gros et si fragile, suspendu d'une façon aussi précaire?

Voici, selon Roustan, les divers modes de contusion par contre-coup :

1° Contusion entre les côtes et la colonne vertébrale;

2° Arrachement du ligament fixateur, ou déchirure de la substance hépatique à son côté;

3° Flexion ou redressement écrasant la glande en un point;

4° Ébranlement.

La proportion des contusions indirectes par rapport aux contusions directes ne serait que de une sur trois, d'après L. Mayer. Cet auteur a relevé, en effet, cinquante-deux contusions par contre-coup sur cent cinquante et un cas.

III

Anatomie pathologique. — On peut trouver sur le foie toutes les lésions, depuis la vulgaire contusion, inscrite sous la forme d'une ecchymose, l'attrition pure et simple du parenchyme hépatique avec épanchement sanguin sans importance, jusqu'à la déchirure plus ou moins complète, quelquefois même totale. Tous les degrés intermédiaires : rupture sous-capsulaire, rupture avec déchirure de la capsule de Glisson, éclatement des gros troncs vasculaires, des conduits biliaires, de la vésicule, ont été rencontrés, et, avec eux, une hémorragie d'intensité variable pouvant devenir intra-péritonéale, ou bien une péritonite pouvant naître du contact de la bile ou du sang avec la séreuse péritonéale, enfin, un ou plusieurs abcès.

Au point de vue morphologique, les déchirures peuvent être simples ou multiples; dans ce dernier cas, étoilées ou craquelées, ou sans forme bien définie. Si elles sont simples, elles peuvent courir dans tous les sens, le plus souvent pourtant avec une direction sagittale, parfois obliquement. Une déchirure dans un sens peut siéger sur la face convexe, tandis qu'une déchirure dans un sens opposé occupera la face concave ; la plus grande variété règne à cet égard.

Il est un caractère très important qui mérite d'attirer notre attention, parce qu'il justifie pleinement la différenciation des contusions avec plaie et des contusions sous-cutanées : c'est la conservation à peu près constante des vaisseaux à travers les déchirures hépatiques sans plaie extérieure. Presque toutes les observations avec autopsie sont convaincantes à cet égard. Même lorsque le foie est séparé en deux fragments, on trouve presque toujours une ou plusieurs brides réunissant ces deux portions d'un même organe : ce sont les gros vaisseaux que leur élasticité a sauvés du traumatisme.

Nous en avons observé récemment un cas assez curieux. A la suite d'un coup de pied de cheval un peu au-dessous du mamelon droit, il se produisit une déchirure antéro-postérieure du lobe droit sur sa face convexe, déchirure traversant presque de part en part la glande hépatique, dont les deux portions n'étaient reliées l'une à l'autre que par une légère couche de la face inférieure du parenchyme hépatique. Dans ce cratère, on pouvait voir des filaments qui le traversaient et représentaient les vestiges de la charpente formée par les vaisseaux.

Il est intéressant de savoir ce que contiennent ces véritables foyers de fracture : c'est du sang mélangé à de la bouillie hépatique. Quand les déchirures ont quelques jours d'existence, on peut trouver des caillots en voie d'organisation. Dans un cas de Heath (1), où le blessé mourut quatorze jours après son accident, des suites d'une obstruction intestinale, le foie qui avait été largement déchiré était en voie de *restitutio ad integrum* : des caillots organisés environnaient l'ex-plaie qui était en train de se cicatriser. Il est à prévoir que la guérison eût été complète sans cet accident secondaire étranger à la contusion du foie.

Le travail de cicatrisation des plaies du foie a été étudié par O. Terrillon (2), chez le chien, Maubrac chez l'homme (3). La conclusion de ces recherches est que l'évolution cicatricielle est rapide lorsque la capsule de Glisson est seule intéressée, lente au contraire dans les cas de rupture profonde.

Quelles sont maintenant les régions du foie le plus souvent atteintes? On a d'abord cherché à savoir quelle est des deux faces, concave ou convexe, celle qui jouit de la plus grande vulnérabilité. Et l'expérimentation aidant, Terrillon démontrait que les traumatismes qui agissent par pression déterminent surtout des lésions de la face concave du foie. Morris, de son côté, estimait que le lieu d'élection des lésions par traumatisme direct est la partie postérieure de la face supérieure.

Or, la clinique nous enseigne que, jusqu'ici du moins, il n'est pas possible d'attribuer à certains traumatismes la lésion d'une face du foie plutôt que de l'autre. Dans tous les cas, il est plus fréquent (deux fois plus d'après L. Mayer) d'avoir affaire à une déchirure de la face convexe, sans qu'on puisse, du reste, assigner à une région quelconque (bord antérieur ou postérieur) le siège le plus commun de ces accidents.

Quant au degré de fréquence des lésions dans les diverses zones du foie envisagées dans le sens de la *largeur*, on s'étonne à tort que les résultats statistiques invoqués ne concordent pas entre eux. En cette circonstance, comme trop souvent en médecine, l'auteur est victime d'une géné-

(1) Heath. *Brit. Med. Journ.*, 25 mai 1889.
(2) Terrillon. Loc. cit.
(3) Maubrac. *Progrès médical*, Paris 1885.

ralisation trop hâtive. On fait reposer des moyennes sur la totalité des cas de rupture du foie, sans s'inquiéter des origines très différentes des accidents; il n'est pas étonnant alors que des ruptures, succédant à des chocs directs ou à des pressions, affectent des localisations autrement variées que des ruptures produites par contre-coup.

Il faudrait donc d'abord faire le départ entre les ruptures par choc direct et les ruptures par contre-coup. On s'expliquerait peut-être ainsi que c'est grâce à un nombre prépondérant d'observations d'un groupe ou de l'autre qu'Ogston est arrivé à attribuer au lobe gauche une exposition plus grande aux traumatismes, tandis que pour Mayer, c'est au lobe droit que reviendrait ce genre de supériorité.

D'ailleurs, n'est-il pas à prévoir que c'est le lobe droit qui doit l'emporter au point de vue du plus grand nombre des lésions? Son volume et surtout sa situation (du côté où l'homme se présente la plupart du temps, puisqu'il est en général droitier) tendent à faire prédominer les accidents de ce côté.

En dépit de statistiques plus ou moins spécieuses, nous nous rallierons donc à l'opinion très rationnelle de Roustan qui considère les lésions comme de beaucoup plus fréquentes au niveau du lobe droit et, ajouterons-nous, de sa face convexe.

Complications. — Après la mort subite par commotion des nerfs abdominaux (splanchnique, plexus solaire, pneumogastrique), commotion suspendant par action réflexe les mouvements respiratoires ou les battements cardiaques, les contusions du foie peuvent entraîner une mort rapide par embolie pulmonaire de nature graisseuse, absolument comme dans les fractures des os. Hamilton, cité par Percheron (1), a vu un matelot de quatorze ans — à foie gras, il est vrai — qui était tombé de haut sur le pont d'un navire et s'était fait au foie des déchirures assez minimes, mourir d'embolie graisseuse dans le rein et dans le poumon.

L'embole n'est pas toujours représenté par des globules de graisse. C'est ainsi que Marshall (2) a pu trouver des fragments de parenchyme hépatique dans l'artère pulmonaire.

L'épanchement de sang, qui est la complication la plus fréquente des contusions hépatiques, se fait en général dans la fosse iliaque droite. Il est alors bridé par le mésentère et l'intestin grêle qui l'empêchent de passer dans le petit bassin, tandis que les épanchements qui se font à gauche envahissent, généralement, l'excavation pelvienne inférieure.

Ces hémorragies, constituées principalement par du sang veineux, sont parfois si abondantes qu'on les a vues atteindre jusqu'à 4 litres (3).

Nous-même avons été témoin d'une pareille hémorragie chez le blessé auquel nous avons fait allusion plus haut. L'abondance de l'hémorragie était telle qu'à l'autopsie, à peine le scalpel avait-il pénétré la paroi abdominale, un jet de sang noirâtre jaillit et il s'écoula ainsi spontanément au moins 2 litres de sang. Nous retrouvâmes ensuite, à l'ouverture complète de la cavité abdominale, une égale quantité de sang insinué entre les anses intestinales.

(1) Percheron. Thèse de Lyon, 1888, nº 428.
(2) Marshall. *Lancet*, 7 février 1874.
(3) Dagron. Ruptures du foie. *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1888, p. 688.

Parfois, ce n'est pas du sang pur, mais un sang mélangé de bile, qui occupe la région péritonéale. L'éclatement de la vésicule ou des conduits biliaires n'est pas exceptionnel.

La péritonite peut être localisée ou généralisée. Localisée, elle se développe aux environs immédiats de la région contuse; elle contient un liquide séreux ou séro-purulent. La suppuration est d'ailleurs fréquente.

Généralisée, elle contient de la sérosité avec parfois des épaississements épiploïques. La transformation purulente est rare.

Les abcès sont les complications de beaucoup les moins fréquentes. L. Mayer n'en cite que 10 cas sur 147 contusions. Quoique se développant principalement à la suite de plaies contuses, où l'agent vulnérant a infecté les régions qu'il pénétrait, il peut se rencontrer à la suite des contusions du foie. Et alors il peut être multiple : Siredey (1) a relaté l'observation d'un homme de vingt-quatre ans qui, après un coup de pied de cheval, présenta un grand nombre d'abcès du foie. Plus souvent, l'abcès est unique, mais alors son volume est très variable. Il renferme un pus de coloration brunâtre, grâce à la proximité et au mélange de la bile.

Cet abcès peut s'ouvrir à l'intérieur, du côté du péritoine qu'il enflamme, du tube digestif qu'il perfore, de la plèvre où il détermine une pleurésie purulente. Il ne faut pas oublier à ce sujet l'observation curieuse de Landgraf (2), relative à un homme qui, à la suite d'une déchirure traumatique du foie, rendit pendant plus de deux mois des crachats purulents mêlés de substance hépatique et expectora ainsi une partie de son foie.

Mais la collection purulente peut se faire jour également, d'une façon providentielle d'ailleurs, à l'extérieur, en avant, dans un espace intercostal, comme dans l'observation classique de cet archer de la maréchaussée qui dut sa guérison d'un abcès du foie à l'ouverture spontanée au niveau des deuxième et troisième fausses côtes (Guillaume Manquest de la Motte), ou, en arrière, dans la région lombaire [observation de Barth (3)].

IV

Symptomatologie. — On peut rencontrer sur l'abdomen ou sur le thorax la trace du choc sous forme d'érosion épidermique ou même plus profonde, en tous cas de plaie non pénétrante, mais aussi on peut ne trouver qu'une suffusion sanguine très légère, ou encore une teinte rouge ecchymotique; ou enfin, tout signe objectif peut faire défaut. Dans ce dernier cas, relativement rare, il convient de se faire montrer les vêtements où il peut rester des traces suffisantes pour mettre sur la voie de la région atteinte.

Souvent, le blessé présente des symptômes de commotion abdominale plus ou moins intense : facies grippé, intelligence obscurcie, ralentissement et petitesse du pouls; hypothermie, extrémités froides, sueurs, ballonnement du ventre, parfois nausées, vomissements. Cet état, qui peut durer de quelques minutes à quelques jours, est, en général, passager, et c'est heureux, car il masque, dès le début, le théâtre réel des accidents. Ce n'est qu'une fois passé l'étonnement des splanchniques et du plexus solaire que se

(1) Siredey. *Bull. de la Soc. anat.*, 1858, t. XXXII, p. 499.
(2) Landgraf. *Berlin. klin. Wochens.*, 7 janvier 1889, p. 16.
(3) Barth. *Bull. de la Soc. anat.*, 1856, t. I, p. 111.

déroulent les symptômes propres de la contusion du foie.

On peut diviser ces symptômes en deux groupes :

1° Symptômes subjectifs;
2° Symptômes objectifs.

Symptômes subjectifs. — La douleur est certainement le symptôme le moins contesté des auteurs. C'est le seul en lequel Mégevand (1) ait confiance. Mais il y a plusieurs sortes de douleurs. Il faut distinguer d'abord une douleur locale très spéciale au niveau de la région hépatique : le blessé souffre d'une façon continuelle de douleurs sourdes parfois gravatives ou lancinantes, lesquelles s'exacerbent à chaque mouvement respiratoire.

Cette douleur locale spontanée fait très rarement défaut. C'est, par conséquent, un signe d'une grande valeur (2).

Nous n'en dirons pas autant des douleurs d'irradiation qu'on a voulu ériger en signes presque pathognomoniques des lésions d'une des faces du foie à l'exclusion de l'autre : douleur dans l'épaule et le larynx pour la face convexe (irritation du phrénique), douleur à l'appendice xyphoïde pour la face concave (tiraillement du ligament suspenseur ou irritation du plexus solaire?) (Boyer).

Ce prétendu symptôme a souvent joué d'infidélité. On ne saurait trop se garder d'y attacher une importance autre que celle d'une curiosité scientifique. Nous n'en voulons pour preuve que les observations nombreuses dans lesquelles une lésion très étendue existait sans la présence de l'une ou l'autre de ces douleurs irradiées.

Symptômes objectifs. — I. *Locaux.* — Ce qui frappe de suite les yeux, c'est la diminution d'amplitude des mouvements respiratoires du côté du traumatisme, le diaphragme s'abaissant et s'élevant presque exclusivement de l'autre côté.

Les muscles abdominaux eux-mêmes, par leur contraction unilatérale, viennent encore affirmer cette recherche instinctive d'immobilisation hépatique que poursuit l'organisme.

L'auscultation du poumon révèle la diminution du murmure vésiculaire.

Quant aux signes fournis par l'examen du foie, on ne pourra guère compter sur eux. La percussion de ce viscère n'indiquera, la plupart du temps, aucune augmentation apparente de son volume. La palpation ne décélera rien de spécial lorsqu'elle sera possible, car il sera très difficile de relâcher les muscles abdominaux, qui sont fortement contracturés. Il sera même prudent de s'abstenir de ce mode d'exploration.

Cette absence de renseignements à la percussion et à la palpation n'a pas lieu d'étonner, puisque même dans les cas de large déchirure, le sang est bridé et ne peut chercher une issue vers l'abdomen que par une sorte de sentier et non par une route grande ouverte. Ultérieurement, c'est-à-dire vers le deuxième ou le troisième jour, lorsque l'épanchement sanguin intra-péritonéal sera abondant, il sera possible, mais non certain, de sentir dans la fosse iliaque droite une masse fluctuante.

(1) Mégevand. Déchirures du foie par traumatismes, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 juin 1890, p. 289.

(2) On ne peut compter trouver que dans de très rares cas une douleur à la pression réellement indépendante d'une lésion de la paroi et due uniquement à une blessure hépatique.

II. *Généraux.* — Et d'abord, l'*aspect* du blessé est assez particulier. Il est étendu, quelquefois couché sur le côté opposé à celui qui « lui fait mal », de façon à ne pas charger la partie de son foie qui a été lésée, de tout le poids de l'autre moitié du corps. Il ne peut se remuer sans souffrir.

Le *facies* n'est pas grippé ; ce n'est pas un facies péritonéal (en tant naturellement que la péritonite ne s'est pas déclarée) ; le front est plissé, les yeux anxieux, la face pâle. Le *pouls* est régulier, petit, mais plein. Si une hémorragie interne se déclare, il devient plus mou, fuyant à la fin.

Quant à la *température*, elle est très variable. Il est logique de penser que des lésions viscérales et une commotion abdominale plus ou moins intense déterminent un abaissement de la température. L. Mayer, dans sa statistique, ne relève même que 17 cas de fièvre sur 147 ruptures. Mais encore une fois, et en parodiant un proverbe, statistique n'est pas compte. Il nous semble que les cas d'hypothermie sont principalement ceux qui se sont accompagnés d'hémorragie externe. Dans les contusions avec hémorragie interne plus ou moins abondante, la température semble s'élever au contraire dans bien des cas, à cause de l'irritation péritonéale qui succède à l'envahissement sanguin ou biliaire d'une région dont la délicatesse égale en quelque sorte celle de la sensitive. Deux cas de contusion du foie que nous avons eu à soigner récemment ont présenté tous les deux cette hyperthermie qui a été progressive pendant les trois premiers jours.

Il ne faudrait d'ailleurs pas confondre cette élévation de la température avec celle qui relève de l'invasion d'éléments septiques, laquelle ne se produit pas d'emblée.

Il peut y avoir des *nausées* et aussi des *vomissements bilieux*. Mais ils sont assez exceptionnels, tandis que leur présence est presque constante dans les déchirures de la vésicule ou des voies biliaires. Et même, en admettant leur apparition, quelle valeur pourrait-on leur attribuer? Ne sont-ils pas autant l'indice d'une lésion du tube digestif que celui d'une déchirure du foie ou d'un autre viscère abdominal, ou du diaphragme, ou, en un mot, d'une irritation péritonéale d'origine multiple? Leur apparition et leur ténacité ne peuvent qu'être une présomption en faveur d'une lésion grave de l'abdomen, quelle qu'en soit la nature.

Les *hoquets* ont été considérés comme constants par Nollesson. En réalité, ils sont également rares et sans plus nette signification que les nausées et les vomissements.

On a voulu ajouter à ces signes l'*agitation*, l'*insomnie*, le *délire*. Mais leur banalité leur impose une valeur tout à fait secondaire.

L'ictère qui, d'après L. Mayer, serait un symptôme très rare (rencontré par lui 7 fois sur 147 cas), nous paraît cependant plus fréquent, ainsi que l'a constaté Edler [un cinquième des cas de contusion du foie (1)]. Malgré cela, on peut tenir l'ictère pour un signe infidèle. Il semble participer plutôt au cortège des lésions de la vésicule ou des voies biliaires.

Ce qu'on observe parfois, c'est, le deuxième ou le troisième jour, une teinte subictérique des muqueuses, facile à constater, surtout au niveau des conjonctives. Cette coloration discrète est, en général, éphémère, dépassant rarement une à deux semaines. Elle peut exister, d'ailleurs, sans que pour cela l'examen des urines révèle dans celles-ci la

(1) Edler. *Arch. f. Klin. Chir.*, Band 34, 1887.

moindre trace de bile, témoin l'observation de Heath (1), où, le septième jour après une déchirure du foie, un léger ictère se déclara et où la bile ne put être décelée dans l'urine que cinq jours après, peu de temps avant la mort du blessé.

L'examen des *urines* est assez important, comme l'on va s'en rendre compte; il peut même mettre sur la voie du diagnostic, si l'on s'en rapporte à certains caractères.

Étudions d'abord les *éléments normaux*. Il est possible de constater presque toujours une exagération de l'excrétion des éléments azotés : l'urée et l'acide urique sont éliminés en quantité considérable. Ce fait n'a rien qui puisse étonner en ce qui concerne l'urée, tous les physiologistes étant d'accord pour faire du foie l'organe hémopoiétique par excellence. Rien de surprenant à ce qu'un traumatisme irrite et exagère cette fonction.

Quant à l'acide urique, l'augmentation de son excrétion semblera un fait également tout naturel si l'on se rappelle, ainsi que nous l'avons fait ressortir (2), que plus les viscères glandulaires fonctionnent, plus il y a en eux afflux et remaniement de globules blancs et plus la formation d'acide urique (qui est un descendant direct des nucléo-albumines) y est active. Le traumatisme, stimulant la fonction, accroît naturellement la production de ce corps azoté.

Éléments anormaux. — On a donné comme constante la présence d'acides ou de pigments biliaires. Bien que la réaction de Gmelin ou celle de Pettenkofer soient souvent positives dans les grandes contusions du foie, il n'en est pas moins certain que cette réaction a été négative dans bien des cas, où l'autopsie est pourtant venue confirmer le diagnostic de déchirure.

Néanmoins, la recherche de ce symptôme ne doit pas être négligée : son apparition peut, en effet, être considérée comme corrélative d'une lésion du foie; mais, de ce qu'il n'existe pas, on ne saurait en conclure à l'absence de cette lésion.

Il est un autre symptôme sur lequel nous avons tout récemment attiré l'attention (3) et qui, peut-être, serait plus fidèle que le précédent. C'est l'*urobilinurie*, que l'on peut soupçonner à la couleur rouge acajou de l'urine ressemblant à une urine hémorragique (mais où le microscope ne révèle pas d'hématies), à la teinte rose saumon du dépôt, à celle que prennent les linges en contact avec une pareille urine, enfin, à la couleur également rose que revêt le filtre sur lequel on l'a jetée.

On la caractérise par l'examen spectroscopique qui révèle une bande d'absorption au niveau de la raie F de Frauenhofer, mais plus aisément par les réactions chimiques suivantes : on jette quelques cristaux de sulfate d'ammoniaque dans l'urine, le précipité formé retient l'urobiline; on jette sur un filtre qu'on reprend par l'alcool. Il suffit de traiter le filtrat par l'eau ammoniacale et le chlorure de zinc, pour obtenir le dichroïsme qui sert de signalement à l'urobiline : teinte verte par réflexion, rouge par transmission.

Nous attachons une certaine importance à cette présence de l'urobiline, que nous avons toujours rencontrée dans les quelques cas de déchirure du foie, qu'il nous a été donné jusqu'ici d'observer minutieusement. C'est que l'urobiline est une substance colorante dérivée de l'hémoglobine des globules rouges, métamorphose qui s'opère dans la glande hépatique. Or, une abondance exagérée d'hématies, comme cela se produit au niveau d'un foyer de fracture hépatique, entraînera, d'une façon toute naturelle, une résorption excessive d'hémoglobine ou de ses dérivés, et une excrétion urinaire exagérée d'urobiline (1).

Albumine. — L'albuminurie se produit assez fréquemment, mais il n'y a là rien qui doive nous étonner : d'une façon comme de l'autre, tout traumatisme violent retentissant sur le système nerveux, le système circulatoire ou le rein lui-même (et il ne faut pas oublier que le rein droit n'est pas bien éloigné du foie), peut entraîner l'apparition de ce symptôme banal en l'espèce, car il est généralement de courte durée.

Glycose. — Cl. Bernard (2), le premier, a signalé la présence de sucre dans les contusions du foie. Nous répétons, à l'égard de ce symptôme un peu aléatoire, ce que nous avons déjà dit à propos de la présence des acides ou des pigments biliaires. Positif, il est un témoignage de presque certitude. Négatif, il ne doit pas influencer le diagnostic dans un sens ou dans l'autre.

Fèces. — Aucune conclusion ne peut être tirée de leur examen. Lorsqu'elles sont décolorées, blanches, le corps est imprégné de bile et alors la teinte des conjonctives, des muqueuses, suffit à trancher le diagnostic. En dehors de ces cas, qui sont l'exception, les matières alvines ont une coloration normale. D'ailleurs, c'est là un symptôme auquel on aura rarement l'occasion de recourir, l'indication étant, pendant un certain temps, de constiper le blessé, afin d'immobiliser son intestin.

V

Complications. — Une lésion du foie pure et simple ne compromet pas l'existence. Ce qui en charge le pronostic, c'est l'explosion d'une hémorragie, d'une péritonite ou la formation d'un abcès.

Hémorragie. — Il y a plusieurs sortes d'hémorragies. En général, on ne comprend sous cette dénomination que les hémorragies abondantes, presque intarissables spontanément, et, en conséquence, les signes de l'hémorragie interne sont le refroidissement des extrémités, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, l'obscurcissement de l'intelligence, la petitesse du pouls et sa rapidité, — tous ces symptômes accompagnés d'un certain degré de submatité dans le flanc droit et dans la fosse iliaque du même côté. Tel est, en effet, le syndrome saisissant et très probable d'une hémorragie interne abondante.

Mais ces symptômes ne sont pas infailliblement à l'appel. Rarement ils brillent dans toute leur intensité; il arrive que la dilatation des anses intestinales voile la submatité d'un épanchement sanguin sous-jacent. D'autre part, un ventre souple, nullement douloureux, n'impliquera pas à coup sûr

(1) Heath. Loc. cit.

(2) Laval. Des lieux de formation de l'acide urique dans l'organisme humain. Communication au IIIe Congr. de méd. int., séance du 11 août 1896.

(3) Laval. Sur l'existence d'urobilinurie dans deux cas de contusion du foie. Communication à l'Acad. de méd. Rapport de M. Hayem, séance du 2 février 1897.

(1) On sait, en effet, que l'urobiline existe dans l'urine normale, mais en quantité très faible et difficile à révéler.

(2) Cl. Bernard. *Leçons de physiologie expérimentale*, Paris 1855. p. 345.

l'absence d'hémorragie. Nous rappellerons l'observation si connue de Février (1) où, malgré l'apparence physiologique de l'abdomen et du foie, et, au contraire, les signes d'un épanchement pleural, l'autopsie révéla une inondation sanguine de la cavité péritonéale.

Mais, à côté, il y a des hémorragies moins exigeantes et nous faisons allusion à ces écoulements de sang consécutifs à des ruptures assez peu étendues de la substance hépatique, suintements sanguins qui peuvent, à la longue, s'infiltrer dans les espaces libres, en quelque sorte virtuels, de la cavité abdominale et entraîner de véritables hémorragies, mais qui peuvent également, traités efficacement dès le début, soit par une opération chirurgicale, soit par certains moyens médicaux appropriés, se tarir à leur source.

Or, quels seront les signes de ces hémorragies filtrantes?

La rapidité et la petitesse du pouls? le refroidissement de la périphérie et les sueurs visqueuses?

Non, car ces signes ne sont que le cortège des épanchements à grand fracas. Il faudra donc s'attacher à des nuances dans l'aspect du blessé, dans son état cérébral, dans les caractères du pouls, dans la conduite de la température; mais, surtout, croyons-nous, le meilleur symptôme de l'hémorragie sera la contusion du foie.

Toujours il faudra se comporter dans les cas présumés de contusion du foie comme s'il y avait une hémorragie; si lente soit-elle, elle mérite d'être dépistée à l'avance et nous y reviendrons plus loin, le meilleur traitement de ces accidents nous semble être le traitement prophylactique.

La PÉRITONITE est quelque peu protéiforme. Elle peut être, suivant le temps, aiguë ou chronique, rapide ou tardive; suivant le lieu, localisée ou généralisée.

En réalité, au point de vue symptomatologique, on peut la rattacher à deux formes : la forme aiguë et la forme chronique — dichotomisées chacune en type localisé, ou circonscrit, et type généralisé.

A. *Forme aiguë.* — Le type localisé est très rare. Car, encore que le point de départ puisse être bien local, la diffusion s'opère vite le long de la séreuse abdominale et la péritonite revêt vite les allures d'une péritonite généralisée. Presque aussitôt après l'accident (le lendemain) apparaissent des symptômes de péritonite : frissons, hyperthermie, gonflement et douleurs de l'abdomen, etc.

Cette inflammation péritonéale, accompagnant rapidement le trauma, obscurcira dans bien des circonstances le diagnostic, car ne sont pas exceptionnels les cas où le foie est lésé en même temps que l'estomac ou l'intestin. De même, dans les cas d'épanchements sanguins intrapéritonéaux, il sera très malaisé de distinguer les symptômes de l'hémorragie interne de ceux de la péritonite.

Quoi qu'il en soit, les péritonites par épanchement de bile seront rares dans les contusions directes du foie; où elles occuperont le premier rang, ce sera dans les déchirures ou les éclatements de la vésicule ou des voies biliaires.

B. *Forme chronique.* — Plus rare que la précédente. La péritonite apparaît lentement et se développe de même. C'est quelque temps après l'accident, plusieurs jours, parfois plus longtemps, que surgissent quelques douleurs vagues dans l'abdomen, les anses intestinales se distendent, la température monte; finalement, à l'examen objectif, on constate une péritonite qui peut être localisée, soit à la fosse iliaque ou à la portion supérieure de l'abdomen, voisine du foie, ou bien une péritonite généralisée, mais à allure torpide; alors on trouve de l'ascite, parfois quelques indurations et des zones de matité.

Ce sont très ordinairement des propagations de la région contuse et de son péritoine, quelque caillot qui joue le rôle d'épine — ou encore une inflammation idiopathique du péritoine traumatisé.

Abcès. — Les abcès révèlent leur présence toujours à la fin du second septenaire, par les signes habituels de la suppuration (frissons, fièvre vespérale, constipation, anorexie, douleur et gonflement locaux). (*A suivre.*)

(1) Février. *Gaz. méd.*, 1888.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS GAZEUX (1)

Par G. Gayet,
Interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

(Travail du laboratoire de la Clinique chirurgicale du professeur Poncet.)

Le pus de la malade, recueilli avec toutes les précautions antiseptiques, a été d'abord examiné au microscope, après coloration au violet de méthyle 6B; nous avons trouvé, au milieu des globules de pus, des chaînettes relativement peu nombreuses de streptocoques; contournées irrégulièrement sur elles-mêmes, ces chaînettes se montraient composées de 10 à 20 éléments sphériques, remarquablement gros; à côté, se trouvaient en plus grand nombre de petits coques isolés. Nous n'avons pu trouver aucune forme bacillaire.

Nous avons alors ensemencé avec ce pus des tubes contenant du bouillon de bœuf, des tubes d'agar et des tubes de gélatine.

Enfin nous avons inoculé 1 goutte de pus à un cobaye A, et un demi-centimètre cube de pus à un cobaye B, pour tous les deux dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région inguinale.

Les cultures sont restées absolument stériles.

Le cobaye A est resté indemne. Le cobaye B, examiné pendant les dix premiers jours, présentait un peu d'empâtement, à peine. Vers le quinzième, on trouve un volumineux abcès développé au point d'inoculation. Cet abcès ne donnait pas de crépitation. Incisé aseptiquement, il se vide à moitié d'un pus jaunâtre, mélangé à des débris de tissu cellulaire sphacélé, très fétide, mais sans gaz; on recueille ce pus dans un tube stérile.

Examiné au microscope, ce pus nous présente une grande quantité de streptocoques. Les grains sont plus petits que dans le pus de la femme; les chaînettes sont souvent beaucoup plus longues. On trouve aussi de nombreux éléments isolés ou disposés deux par deux. Quelques-uns ont pris une forme allongée et ressemblant autant à des diplobacilles qu'à des diplocoques. Enfin, en de très rares endroits de la préparation, on trouve de véritables bacilles longs et grêles.

Avec ce pus, on ensemence des tubes de bouillon, d'agar, de gélatine, et on pratique avec une autre quantité de ce même pus une inoculation d'un demi-centimètre cube environ sous la peau du dos d'un lapin n° 1.

Cultures. — Après vingt-quatre heures, le bouillon s'est troublé; il commence à s'y précipiter quelques flocons dans le fond, mais le trouble général a précédé les flocons.

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 734.

L'agar n'a jamais rien produit.

La gélatine est restée pure pendant quinze jours. Au bout de ce temps, il s'y est développé des colonies jaune doré qui présentaient les caractères de celles du staphylocoque.

Inoculations. — Au bout de vingt-quatre heures, le lapin n° 1 présente déjà de l'empâtement au niveau du point inoculé. Mais le troisième jour, on trouve un véritable abcès du volume d'un œuf de pigeon; en mobilisant cet abcès, *on déplace des gaz* et on entend même à distance (1 mètre) un bruit de clapotage très net. L'animal a un bon état général et continue à se nourrir.

Le 20 janvier, nous inoculons sous la peau du flanc d'un cobaye C quelques gouttes de la culture sur bouillon. Cette culture présentait au microscope des chaînettes de cocci de dimensions variables; parfois ces éléments étaient groupés deux par deux. Il y avait peut-être quelques formes bacillaires, mais si rares que nous n'oserions pas les affirmer.

Le 25 janvier, le cobaye C présentait un abcès du volume d'une noisette. En palpant cet abcès, on produit un bruit de clapotage très manifeste. Dans la nuit qui a suivi (et peut-être un peu à cause des palpations répétées), l'abcès s'est vidé à l'extérieur par une ulcération arrondie, comme faite à l'emporte-pièce. Le pus n'a pu être examiné au microscope.

Le 22 janvier, nous avions ponctionné l'abcès du lapin n° 1 et nous avions retiré une petite quantité de pus, une partie a été examinée au microscope; l'autre, un demi-centimètre cube environ, a été inoculée à un lapin n° 2.

Les préparations microscopiques nous ont montré les détails suivants : on trouve un certain nombre de chaînettes et quelques diplocoques; mais ce qui domine, c'est un élément bacillaire, filamenteux, grêle, droit ou légèrement tortueux, de longueur variable.

Nous avons essayé de séparer ces divers éléments et, pensant que le bacille rencontré était peut-être l'anaérobie décrit par Frænkel, nous l'avons ensemencé dans du bouillon sous hydrogène. Disons de suite que ces cultures ont été assez pauvres, qu'elles ne nous ont permis de retrouver aucun bacille et que tout ce qu'on y voyait, c'était surtout des diplocoques, plus quelques rares chaînettes. Inoculée à un cobaye, cette culture a produit un petit abcès qui ne présentait aucune crépitation. Cet abcès s'est ouvert cinq jours après; quand on activait l'issue du pus par la pression, on voyait sourdre quelques bulles de gaz.

Revenons au lapin n° 1, qui nous a donné un magnifique abcès gazeux. Son abcès s'est développé de plus en plus; il atteignit bientôt le volume du poing; quand on le percutait, il résonnait sous le choc du doigt comme un tambour. L'animal maigrissait de plus en plus. Il avait de l'albumine dans les urines. Au bout de trois semaines, le 5 février, cet abcès s'est ouvert spontanément par une ulcération arrondie, à l'emporte-pièce. Malgré cela, le 7 février, c'est-à-dire vingt-deux jours après l'inoculation, le lapin est mort, cachectique. Son autopsie ne nous a révélé comme lésion interne qu'une néphrite épithéliale, gros rein blanc, congestionné à la surface.

La dissection de son abcès nous a permis de voir qu'il se prolongeait en poches incomplètement cloisonnées, dans tous les sens ; le décollement a un diamètre longitudinal de 15 centimètres environ sur 10 centimètres transversalement. Le pus est solidifié par endroits, ressemblant tout à fait à du mastic. En pressant sur les confins de l'abcès, on ramène un pus plus liquide, à la surface duquel viennent encore crever quelques bulles de gaz. Les muscles sous-jacents ne présentent rien de semblable à la dégénérescence couleur amadou signalée par Frænkel.

Le lapin n° 2 a eu son abcès ouvert huit jours après son inoculation; il n'a pas présenté de crépitation. Cependant, en accélérant l'issue du pus par la pression, on fait sourdre des bulles de gaz très nettes. L'ouverture présentait, là encore, l'aspect d'une ulcération arrondie, à section nette, qui m'a paru la caractéristique de l'ouverture spontanée de ces abcès.

Malgré l'évacuation de cet abcès, le lapin n° 2 a continué à faire du pus, mais sans qu'on y retrouve désormais des gaz, et est mort de la même façon que le premier, trois semaines environ après son inoculation.

Nous avions examiné au microscope le pus de ce lapin; au milieu des globules, on voit, après coloration par le Gram, des grains généralement associés deux à deux, quelques-uns en courtes chaînettes; à côté, quelques formes bacillaires assez rares.

Nous avons essayé de reproduire des gaz chez d'autres animaux, comme nous en avions produits chez le cobaye C, c'est-à-dire en injectant notre culture sous la peau d'un lapin et d'un cobaye. Ces animaux ont reçu chacun 1 centimètre cube et demi. Le cobaye a fait un abcès banal, sans gaz; cet abcès s'est ouvert à l'extérieur, puis le cobaye a guéri parfaitement.

Quant au lapin qui vit encore, il a fait un abcès sans gaz, qui a grossi lentement; depuis cinq semaines qu'il présente cet abcès, l'animal a un peu maigri; de plus, il a eu une arthrite du genou à la patte postérieure voisine de l'abcès; cette arthrite semble diminuer depuis quelques jours.

Nous n'avons donc pas réussi à refaire à volonté des abcès gazeux, comme nous l'avions espéré un moment.

Enfin, pour être complet, nous devons ajouter que nous avons injecté un demi-centimètre cube de notre culture dans la veine auriculaire d'un lapin et que nous l'avons tué ainsi en trente-six heures. A l'autopsie, on trouvait un peu d'épanchement rosé dans le péritoine et dans le péricarde. Le sang du cœur, examiné après coloration au Gram, nous a montré des strepto et des diplocoques.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur les résultats de nos expériences, nous voyons que nous avons eu, pendant toute leur durée, affaire à deux éléments différents : des streptocoques et des bacilles. Une fois, nous avons rencontré des staphylocoques dans nos cultures sur gélatine; c'était probablement une impureté, car nous n'avons pas retrouvé les caractères de ce microbe dans nos autres cultures. Quant à obtenir des cultures pures de streptocoques ou de bacilles, c'est à quoi nous avons visé tout le temps sans y parvenir et cela pour deux raisons : l'impossibilité d'obtenir des cultures sur milieux solides, le peu de résistance, la fugacité, si nous pouvons nous exprimer ainsi, des formes bacillaires. Il nous a donc été impossible de reconnaître auquel des deux éléments revient la propriété de faire des gaz aux dépens des tissus.

Nos streptocoques avaient bien les propriétés générales attribuées à cette espèce : dans le tissu cellulaire sous-cutané, ils provoquent la formation d'un abcès; injectés dans le torrent circulatoire du lapin, ils le tuaient en trente-six heures à la dose d'un demi-centimètre cube. Les cultures sur bouillon étaient semblables à celles qu'on obtient d'habitude. Cependant sur gélatine et sur agar, ils n'ont pas poussé, contrairement à ce qui se passe en général. Ce

caractère n'est pas suffisant pour leur imprimer un type spécial.

Quant aux bacilles rencontrés, ce n'est que sous le microscope que leur présence nous a été révélée ; le fait de n'avoir pu les isoler, de ne leur avoir vu produire aucune colonie spéciale dans nos cultures, nous a empêché de reconnaître leur identité. Sa description morphologique pourrait mériter qu'on le rapproche de celui décrit par M. Arloing. Mais celui-ci tuait les cobayes alors que le lapin restait réfractaire; c'est plutôt le contraire que nous avons observé. Aucun de nos cobayes n'est mort à la suite des inoculations, tandis que deux lapins ont été tués par l'inoculation directe de pus, il est vrai. Nos bacilles diffèrent encore plus de ceux de Lévy et de Frænkel; ceux-ci étaient courts, trapus ; là encore, l'animal réactif était le cobaye qui mourait souvent, le lapin étant beaucoup moins sensible.

Une question qui se pose ensuite, c'est de savoir quelle est la part qui revient à chacun des deux microbes : streptocoque et bacille, dans la production du syndrome : abcès gazeux. La production du pus peut être mise au compte du streptocoque; sa fétidité et la présence des gaz devons-nous les rapporter à l'action du bacille ? Cela paraît rationnel, bien que nous n'ayons pas constaté le bacille dans le pus de notre malade ; notre attention n'étant pas attirée de ce côté au moment où nous fîmes ces préparations, il a pu nous échapper, et, plus tard, nous n'avons pu en retrouver dans l'unique préparation conservée. Cela ne prouve pas absolument qu'il n'y en ait pas eu. En admettant l'hypothèse que ce bacille était l'agent gazogène, on s'expliquerait le fait que nous avons perdu la possibilité de faire des abcès gazeux à partir du moment où le bacille disparut de nos cultures, étouffé probablement par le streptocoque beaucoup plus vigoureux.

Une dernière hypothèse reste à examiner. En 1894, M. Arloing terminait une communication au Congrès de Rome par ce conseil : Quand on trouvera des bacilles associés au streptocoque pyogène, il sera prudent de ne pas conclure nécessairement à une association microbienne. M. Arloing dit en effet avoir observé souvent que le streptocoque tendait vers la forme bacillaire qu'il acquiert parfois d'une manière parfaite en passant par une foule de formes transitoires. Aurions-nous donc eu sous les yeux un seul microbe, le streptocoque pyogène se présentant sous différentes formes? Rien dans nos observations ne s'y oppose absolument; nous pouvons même affirmer avoir vu dans nos préparations des formes de transition qui seraient en faveur de cette opinion. C'est ainsi que sans déplacer la lamelle, on pouvait avoir dans le champ de l'objectif plusieurs chaînettes, des groupes de grains ronds couplés, d'autres couples formés de deux éléments ovoïdes très allongés, rappelant des diplo-bacilles, enfin de véritables bacilles, tantôt isolés, tantôt bout à bout par deux ou trois. Si, comme le dit M. le professeur Arloing, le streptocoque peut passer, d'après les milieux où il se développe, par des formes variées allant de sa forme classique à la forme bacillaire, s'il peut, en modifiant ses caractères morphologiques, modifier aussi ses propriétés et sa virulence, rien n'empêche d'admettre qu'à un moment donné, il exerce sur les tissus de l'organisme qu'il a envahi une action spéciale de désorganisation qui se traduit par la mise en liberté de certains gaz.

Cette notion du polymorphisme du streptocoque est encore vivement discutée. Il ne nous appartient pas de prendre parti pour ou contre, mais nous devions la signaler.

Quant à la production des gaz par un organisme microbien, il paraît probable que c'est le résultat des échanges nutritifs qui se passent chez les agents microbiens comme dans les organismes plus élevés : les microbes absorbent tout l'oxygène et mettent en liberté l'acide carbonique, l'hydrogène et l'azote. Pourquoi ces gaz ne sont-ils pas résorbés au fur et à mesure de leur production? Cela tient-il à l'intensité ou à la rapidité de leur mise en liberté, ou à toute autre cause? Là est le point obscur que d'autres travaux viendront peut-être expliquer.

Les cas d'abcès gazeux sont encore assez rares pour que nous ayons cru devoir relater l'observation que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, aussi complètement que possible. Ce n'est que lorsqu'on aura à sa disposition un nombre suffisant de ces observations et des examens bactériologiques consécutifs, que l'on pourra, en groupant ces matériaux et en mettant en relief les analogies des faits observés, faire utilement l'histoire de cette curieuse maladie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 juin 1897. — Présidence de M. Delens.

COMMUNICATIONS

Mastopexie. — M. Pousson (de Bordeaux) communique l'observation d'une femme, encore jeune, qui avait une énorme hypertrophie des deux mamelles. La mamelle du côté gauche était, en outre, très douloureuse et un médecin avait pensé qu'elle était le siège d'une tumeur. Il n'y avait, en réalité, aucune tumeur. Cette femme ne pouvait rien supporter; le corset la faisait souffrir; elle ne pouvait se livrer à aucun travail. Ses mamelles étaient tellement volumineuses, que, quand elle était assise, elles reposaient sur ses cuisses. Comme elle souffrait beaucoup, M. Pousson lui pratiqua l'opération suivante : il fit au-dessus de chaque mamelle une large perte de substance dont l'incision inférieure allait jusqu'au tissu glandulaire de la mamelle. Il fit, en outre, dans chaque mamelle, à la partie supérieure, une large brèche correspondant à peu près à la perte de substance, puis, relevant chaque mamelle, il l'accrocha et la fixa à l'aponévrose du grand pectoral. Il fit une suture intradermique. L'un des côtés guérit sans suppuration ; de l'autre côté, il y eut un peu de suppuration. Cette femme, aujourd'hui, ne souffre plus du tout et ses mamelles se trouvent ainsi diminuées de volume.

M. Pousson pense que cette opération pourrait être pratiquée, avec avantages, non seulement pour des mamelles hypertrophiées, mais aussi pour des mamelles tombantes qui gênent beaucoup certaines femmes et leur font dire qu'elles ont « la corde du sein cassée ».

DISCUSSION SUR LE CANCER DU RECTUM

M. Richelot ne veut pas entrer dans le fond du débat sur le traitement chirurgical du cancer du rectum. Il tient seulement à rappeler la part importante qui revient à M. Aug. Reverdin (de Genève) dans cette importante étude de l'extirpation des rectums cancéreux. M. Aug. Reverdin mérite certainement d'être compté parmi les chirurgiens qui ont le plus cherché à perfectionner les méthodes d'ablation totale des rectums cancéreux. Il faut lui accorder dans l'historique de la question la place qui lui revient. Dès le mois d'août de l'année dernière, au Congrès de Genève,

M. Reverdin, dans des conversations particulières, avait nettement conçu le projet d'enlever en totalité les rectums cancéreux. Il ne fait aucune réclamation de priorité. Mais il n'en est pas moins indiqué de lui rendre la justice qui lui est due.

M. SCHWARTZ a extirpé deux fois le rectum en totalité, suivant la méthode exposée par M. Quénu. Ayant assisté M. Quénu dans un cas où il s'agissait d'un cancer rectal très élevé, M. Schwartz a pratiqué la même opération sur deux malades. Le premier était un homme de trente-neuf ans, déjà cachectique, atteint d'un cancer haut situé et adhérent à la prostate. M. Schwartz commença par établir un anus iliaque définitif, et huit jours après il procédait à l'extirpation totale du rectum après avoir fermé l'anus. Il arriva ainsi à extirper facilement toute l'extrémité inférieure du rectum jusqu'à 12 centimètres au-dessus de l'anus. Il a pu ensuite abaisser le mésocôlon et le suturer à l'anus. L'anus iliaque fonctionne très bien. Le malade a engraissé de 6 à 7 kilogrammes. Il y a trois mois qu'il a été opéré.

Le second malade était un homme âgé de cinquante-trois ans, atteint d'un cancer ampullaire. M. Schwartz a extirpé, chez ce malade, 12 centimètres de rectum, après avoir établi un anus iliaque et fermé l'anus naturel, comme chez le précédent malade. Cet homme se trouve aujourd'hui dans un état florissant.

M. QUÉNU, répondant à M. Richelot, ne croit pas qu'il y ait lieu d'associer M. Reverdin à l'idée d'enlever le rectum cancéreux comme une tumeur. C'est en novembre 1895, que M. Quénu a émis le premier cette idée. La première opération a été pratiquée par Gaudier, la seconde par Chalot, la troisième par Bœckel, la quatrième par Quénu, et la cinquième par Reverdin.

M. RICHELOT demande donc qu'on mette Reverdin en cinquième, mais qu'on le mette.

M. POIRIER demande quelques explications à M. Quénu, ne croyant pas que son procédé mette à l'abri des infections lymphatiques d'une façon aussi complète qu'il l'a dit. Les lymphatiques, en effet, remontent beaucoup plus haut que le point limite assigné par M. Quénu à son intervention.

M. QUÉNU maintient l'exactitude des assertions qu'il a émises.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Pseudarthrose. — M. TILLAUX présente un malade qui avait eu le bras droit broyé par un omnibus. Son assistant, M. Riche, constatant, à l'arrivée de ce malade à l'hôpital, qu'il restait un peu de la partie interne du bras et que la radiale battait, eut l'idée de tenter la conservation. Le malade conserva son bras, mais avec une pseudarthrose. Une première fois, M. Riche fit un avivement et une suture des os ; il échoua. Dans une seconde intervention, il fit l'avivement, l'enchevillement et la suture aux fils d'argent ; puis il recouvrit toute la région de périoste frais de chien. Il obtint un résultat merveilleux, car cet homme fait tous les mouvements avec son bras.

M. RICARD, tout en constatant le beau résultat obtenu par M. Riche, fait observer que, dans bien des cas de pseudarthrose, toutes les tentatives de suture avec ou sans enchevillement échouent. Il cite un cas de fracture avec enclavement du nerf radial, dans lequel ni lui, ni M. Monod, après lui, ne sont parvenus à obtenir la réunion. Il a ainsi deux exemples d'insuccès complets, malgré toutes les tentatives imaginables.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE partage complètement l'avis de M. Ricard. Il y a des cas qui guérissent, il y en a qui ne guériront jamais, quoi que l'on fasse. M. Lucas-Championnière ne se sert pas de chevilles ; il se contente de la suture métallique.

Suture de la rotule. — M. REYNIER montre un malade qui a été opéré, il y a six ans, par M. Lucas-Championnière pour une fracture de la rotule par la suture. Le résultat est aussi parfait que possible. Cet homme plie très bien le genou. Son cal paraît osseux.

Contusion de l'abdomen; laparotomie. — M. GUINARD présente un malade qui avait reçu un coup de pied de cheval dans l'abdomen. Quelques heures après, bien qu'il ne présentât aucun signe, M. Guinard fit la laparotomie. Il trouva deux perforations intestinales qu'il sutura. Le malade a très bien guéri.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier les élèves de M. le professeur F. Guyon ont célébré le jubilé du Maître. Il y a trente ans que M. Guyon a commencé à Necker cette vie de patientes recherches et de labeur soutenu qui en ont fait le chef incontesté d'une École. MM. Lucas-Championnière, Campenon et Albarran ont dit de leur voix autorisée tout ce qu'on doit au professeur Guyon. Nombreux étaient les élèves qui entouraient le chef de l'école de Necker ; combien nombreux auraient été tous ceux qui lui doivent la santé et la vie et qui lui en conservent une reconnaissance si profonde !

Cette fête, toute de famille, est bonne, saine et bien encourageante pour ceux qui comprennent où conduisent la patience, le travail et le respect absolu de notre profession, si belle et si grande — quoi qu'en disent ses détracteurs.

— Par décret, en date du 1er juillet 1897, M. le docteur Layet, médecin principal de la marine en retraite, a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— Les médecins inspecteurs de la protection des enfants du premier âge ayant souscrit et qui seraient désireux de recevoir le livre d'or du jubilé Théophile Roussel, sont priés d'adresser sans retard leur demande à M. le docteur F. Ledé, quai aux Fleurs, 19, à Paris, en y joignant la somme d'un franc en un mandat-carte pour frais d'envoi par la poste.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Anstett (de Soultz-sous-Foret) et Hubin (de Thomery).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 76. — MARDI 6 JUILLET 1897. 70e ANNÉE. MARDI 6 JUILLET 1897. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnément
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 5 juillet 1897.

A l'appui de la communication faite par M. Marie dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, sur la « mélancolie et la levulosurie », M. Béclère apporte un autre fait observé anciennement par lui et qui présente de singulières analogies avec ceux dont il a été si récemment question. Dans ce cas encore, il s'est agi d'un malade offrant une série de symptômes singuliers, au milieu desquels se manifestaient surtout des idées hyponcondriaques, une tendance invincible au suicide, une insomnie pénible et continue, etc., symptômes que modifia avec une étonnante rapidité le traitement antidiabétique. L'examen des urines permit de constater la déviation à gauche du plan de polarisation. C'est encore là un fait presque certain de diabète levulosurique, auquel viendront, sans aucun doute, s'ajouter de nombreuses observations, maintenant que l'attention est attirée sur ce syndrome clinique.

La recherche des microbes dans les épanchements pleuraux a, depuis quelques années, suscité de nombreuses études. MM. Chauffard, Gombault, Netter, Fernet, et d'autres encore, ont, à maintes reprises, tenté de retrouver dans le liquide de la plèvre l'agent provocateur de la maladie; ces investigations ont été surtout tentées pour la tuberculose et le bacille de Koch, presque toujours d'ailleurs avec un insuccès évident, si bien que la règle en pareille matière est d'observer, avec un examen bactériologique négatif, un résultat positif à l'inoculation.

Les observations qu'apportent MM. Faisans et Le Damany, et qui ont trait à la présence de tétragènes dans les liquides pleuraux, acquièrent de ce fait une importance assez considérable. Ces auteurs ont, en effet, trouvé un tétragène non virulent dans le liquide séro-fibrineux de deux pleurésies tuberculeuses.

Dans un troisième cas, ils ont trouvé le même microorganisme dans le sang, chez une malade atteinte de pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse, accompagnée de symptômes généraux anormaux et d'une fièvre continue très élevée.

Dans un quatrième cas, enfin, il s'est agi d'une infection d'allures singulières, accompagnée d'angine, d'arthropathies, d'érythème polymorphe avec bronchopneumonie et pleurésie séro-purulente. Dans le pus de la plèvre, on a trouvé un tétragène non virulent.

Ces quatre observations n'ont, en somme, pas une valeur comparable. Dans l'une, la troisième, il y a eu un état infectieux évident qu'ont affirmée à la fois la fièvre, l'état général du malade, et le résultat positif fourni par l'examen du sang retiré directement de la veine. C'est manifestement là un cas de septicémie tétragénique.

Il n'en est pas tout à fait de même pour les autres observations, et il ne faut pas oublier — c'est un point que fait fort justement remarquer M. Chauffard — que le tétragène jouit d'une diffusibilité extrême; si bien que, lorsque l'on a eu l'occasion d'en étudier un échantillon dans un laboratoire, il est susceptible de se disséminer et de provoquer alors des infections extrinsèques accidentelles, dont on ne saurait trop se méfier.

C'est là peut-être une cause d'erreur, si l'on se souvient en même temps de la stérilité, ordinairement constatée, des liquides pleuraux.

M. Galliard rapporte à la Société un cas de hernie du poumon, consécutive à la pleurotomie simple, cas très rare, car jusqu'à présent on n'a guère constaté la pneumonie qu'à la suite de l'opération d'Estlander. Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, entré à l'hôpital pour une pleurésie droite d'abord séro-fibrineuse, puis ultérieurement purulente, qui nécessita la pleurotomie, laquelle fut pratiquée dans le huitième espace intercostal; alors que la plaie paraissait cicatrisée, on vit que la cicatrice était soulevée, à chaque secousse de toux, par une tumeur ovoïde, de la grosseur d'une noix, molle, pulsatile, non crépitante. C'était une pneumocèle, qui guérit parfaitement d'ailleurs à la suite de l'application d'un bandage à ressort, avec pelote, semblable à ceux que l'on a coutume d'employer pour les réductions des hernies de l'intestin.

Nous extrayons d'un travail de M. Variot les principaux chiffres de sa statistique de la diphtérie à l'hôpital Trousseau, pendant l'année 1896.

Sur 1 502 malades, 1 087 ont été reconnus diphtériques par l'examen clinique et par l'examen bactériologique. Sur ces 1 087 enfants traités par le sérum injecté à doses variables, 166 sont morts, soit une mortalité de 15,27 p. 100. En 1895, la mortalité avait été de 15,54 p. 100.

Les interventions, tubage ou trachéotomie, furent pratiquées 313 fois avec 116 morts, soit une mortalité de 37 p. 100.

Il importe de faire remarquer que, chez ces enfants traités par le sérum, la trachéotomie ne donne pas une mortalité supérieure à celle du tubage.

M. Barbier, pour le diagnostic bactériologique et clinique de la diphtérie, propose une sorte de plan de recherches, une méthode fixe qui permettrait d'obtenir des résultats comparables :

1° L'ensemencement doit se faire sur des milieux différents, non seulement avec la fausse membrane, mais avec les produits morbides concomitants, exsudats muco-purulents, séreux... Cet examen doit être répété à des époques différentes;

2° L'examen des cultures doit se faire au bout de vingt-quatre heures au plus tard;

3° Pour rechercher la virulence, il faut inoculer proportionnellement au poids du cobaye, avec une culture pure de quarante-huit heures sur bouillon. Ayant comme type de virulence un bouillon de bacilles de Lœffler, tuant le cobaye en un jour, on peut établir la virulence par une série de fractions, 1/3, 1/5, 1/10, selon que le cobaye inoculé succombe en trois, cinq ou dix jours.

Ces examens ne donnent d'ailleurs que la notion de présence et celle de virulence des microbes. Elles ne sauraient rien donner au point de vue du pronostic et du diagnostic.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur Duplay.

Ostéite névralgique. Abcès des os.

Nous allons opérer, tout à l'heure, un homme de vingt-deux ans, exerçant la profession de tailleur et qui est entré le 1er février dans notre service, où il occupe le n° 15 de la salle Saint-Landry.

Cet homme est atteint d'une maladie osseuse intéressante et sur laquelle je désire appeler un instant votre attention.

Je n'ai rien à vous indiquer qui puisse, dans ses antécédents héréditaires, présenter quelque importance relativement à son affection.

Le malade lui-même a été bien portant jusqu'à l'âge de huit ans environ. A ce moment, il commença par ressentir, pendant quatre à cinq jours, quelques douleurs vagues dans les deux membres inférieurs; on le laissa marcher, malgré cela; mais, brusquement, pendant une promenade, il fut pris de douleurs tellement vives qu'il dut s'arrêter, et que sa mère fut forcée de le rapporter à la maison.

L'enfant s'alita aussitôt, une fièvre intense se déclara, et bientôt des abcès se formèrent aux deux jambes, sans que d'ailleurs le malade ait gardé des souvenirs suffisamment précis sur leur mode d'apparition et de succession. Il se rappelle cependant que plusieurs incisions furent pratiquées par le médecin et qu'il se fit aussi quelques ouvertures spontanées. Une longue suppuration s'établit consécutivement et un certain nombre de trajets fistuleux persistèrent, donnant issue de temps à autre à de petits séquestres.

La maladie aurait duré deux années, et se serait prolongée jusqu'à l'âge de dix ans; à ce moment toutes les fistules se seraient trouvées cicatrisées et la guérison aurait été complète.

Mais, d'après ce que nous raconte le malade, la jambe droite, qui aurait été plus longtemps à guérir que la jambe gauche, malgré la guérison en apparence absolue et la fermeture des trajets fistuleux, est restée le siège de douleurs qui, depuis douze ans, se sont manifestées sous forme de crises survenant à des époques indéterminées, c'est-à-dire quelquefois tous les quinze jours, et, dans d'autres périodes, seulement tous les deux ou trois mois.

Ces douleurs survenaient tantôt sous l'influence d'une fatigue, tantôt sans cause appréciable, et duraient quatre, huit ou quinze jours.

Le plus souvent sourdes et continues, parfois plus violentes, elles obligeaient le malade à se mettre au lit, car la marche les aggravait toujours considérablement, ainsi que la simple position déclive du membre placé dans l'attitude verticale. Cette influence de la position du membre, sinon comme cause de production, au moins comme cause d'aggravation, constitue un signe d'une importance capitale, sur lequel je tiens à attirer dès à présent toute votre attention.

J'ajoute que, dans l'intervalle des crises, le malade ne ressentait plus la moindre douleur au niveau de sa jambe et pouvait, sans éprouver aucune gêne, marcher comme tout le monde et vaquer à ses occupations.

Au mois de septembre dernier, c'est-à-dire il y a environ cinq mois, cet homme s'est présenté à la consultation de l'Hôtel-Dieu, réclamant des soins pour un furoncle de la nuque, dont il souffrait depuis quelques jours, et, comme il traversait à ce moment une de ces crises douloureuses dont je viens de vous parler, il consulta en même temps le chirurgien pour sa jambe droite; on lui conseilla alors d'entrer à l'hôpital, mais il s'y refusa.

Enfin, il y a une quinzaine de jours, après une promenade un peu longue, les douleurs se sont reproduites avec une telle acuité que la marche est devenue impossible et que le malade s'est décidé à entrer dans notre service.

Lorsque nous l'examinons, nous constatons la présence de cicatrices nombreuses sur les deux jambes.

Du côté gauche, où la guérison s'est maintenue depuis douze ans, sans que le malade en ait souffert un seul instant, il existe, notamment sur la face interne du tibia, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, une cicatrice blanchâtre adhérente à l'os. Celui-ci est augmenté de volume dans sa moitié supérieure et présente à sa surface quelques hyperostoses nettement appréciables, sur la face interne et le bord antérieur. On ne détermine à la pression aucun point douloureux et il n'existe aucun signe indiquant des lésions actuellement en voie d'évolution.

Sur la jambe droite, nous trouvons d'abord deux cicatrices du côté des épiphyses inférieures du tibia et du péroné; elles sont situées l'une immédiatement au-dessus de la malléole interne, l'autre à 3 centimètres au-dessus de la malléole externe. Une troisième cicatrice existe sur la partie moyenne de la face interne du tibia. Enfin, nous en avons relevé une quatrième sur la face antéro-interne du tibia, dans sa partie supérieure. Toutes ces cicatrices, comme celle de la jambe gauche, sont blanchâtres et adhérentes à l'os.

Le tibia droit, suivant une disposition inverse de celle que nous avons constatée sur le tibia gauche, présente une augmentation de volume dans son tiers inférieur, tandis que sa partie supérieure semble presque normale. L'épiphyse inférieure du tibia semble doublée de volume par rapport au côté gauche, et la tuméfaction remonte un peu sur l'extrémité inférieure de la diaphyse. Cette augmentation de volume de l'épiphyse inférieure du tibia présente certains

caractères sur lesquels je veux fixer votre attention. Le gonflement est ici très régulier dans son ensemble et on ne constate pas à la surface de l'os les saillies irrégulières développées ordinairement au niveau des os qui ont longtemps suppuré. La consistance est partout d'une égale dureté, sans qu'il y ait aucun point ramolli. Enfin, lorsqu'on examine les parties superficielles, on reconnaît que la peau est normale et glisse librement au-devant de l'os; il y a donc intégrité de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. On se rend compte que le périoste est plus épais qu'à l'état normal et, sur ce périoste épaissi, on perçoit manifestement la présence de dépressions allongées, en forme de gouttières ou de sillons, comme il en existe parfois sur la face interne du tibia, au niveau des varices très anciennes, et, de fait, chez notre malade, ces gouttières sont remplies par des veines incrustées pour ainsi dire dans l'épaisseur du périoste.

La douleur qu'on peut déterminer par la pression du doigt n'est pas très vive, mais il est possible qu'elle soit plus accentuée au moment des crises de douleurs spontanées. C'est en deux points surtout que le malade accuse de la douleur à la pression; l'un est situé en arrière, et correspond au bord postérieur de la malléole tibiale, l'autre est situé sur le bord antérieur de l'épiphyse, au niveau et en dedans de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

L'articulation tibio-tarsienne est le siège d'un épanchement non douteux, qui se manifeste par l'effacement des dépressions situées normalement en avant des malléoles et en arrière d'elles, de chaque côté du tendon d'Achille; il est d'ailleurs facile de constater la fluctuation en ces points. Malgré cet épanchement, la mobilité de la jointure est conservée et les mouvements spontanés et provoqués s'exécutent sans réveiller de douleur.

L'état général est parfait. Sans être très vigoureux, cet homme ne paraît pas malade, et l'on ne trouve chez lui aucune tare, ni tuberculeuse, ni syphilitique.

Il est évident que nous sommes en présence d'une manifestation tardive de la maladie du système osseux qui a débuté il y a quatorze ans, et qui a duré deux années.

Vous avez tous fait le diagnostic de cette affection ancienne; il s'agissait, sans aucun doute, d'une ostéomyélite aiguë, ayant atteint les deux tibias. Vous retrouvez, en effet, tous les caractères de cette maladie dans ce début brusque, chez un sujet jeune, exempt de toute tare scrofuleuse ou tuberculeuse, dans cette apparition de douleurs extrêmement vives, succédant aux douleurs vagues dont les jambes avaient été le siège pendant quelques jours, enfin dans cette suppuration étendue qui a nécessité des incisions et laissé des fistules persistantes durant des mois et donnant issue, à diverses reprises, à de petits séquestres.

L'infection s'était localisée à gauche, au niveau de l'épiphyse supérieure du tibia, et à droite, au niveau des deux épiphyses supérieure et inférieure. A gauche, la guérison paraît complète, ou du moins depuis douze ans, la maladie ne s'est révélée par aucun symptôme, tandis que du côté de l'épiphyse inférieure du tibia droit, elle se manifeste encore par des crises douloureuses sur lesquelles j'insistais tout à l'heure.

Vous n'ignorez pas qu'il est fréquent, après une guérison apparente de l'ostéomyélite des adolescents, de voir survenir de nouveaux accidents, au bout de plusieurs mois ou même de plusieurs années; d'où le nom d'*ostéomyélite prolongée*, proposé par Lannelongue et généralement adopté aujourd'hui par les chirurgiens, pour désigner ces accidents tardifs.

Comment peut-on expliquer ces manifestations éloignées de la maladie, dix, quinze, vingt-cinq et même cinquante ans après son début, ainsi que j'ai eu l'occasion d'en observer un exemple?

Les recherches de MM. Jaboulay et Rodet ont montré que l'on pouvait retrouver dans les vieux foyers d'ostéomyélite le microbe pathogène de cette affection qui est, dans la plupart des cas, le staphylocoque doré. On l'a même retrouvé dans les reins où il se cantonne et reste à l'état latent. En pareil cas, M. Jaboulay a pu, en cultivant le pus et l'urine, le constater dans des cas qui remontaient à une époque très éloignée et notamment, dans un cas de trente-quatre ans, il est parvenu, avec les cultures ainsi obtenues, à reproduire expérimentalement l'ostéomyélite aiguë.

Avec cette notion de la persistance du microbe pathogène dans les anciens foyers d'ostéomyélite et dans les reins, on conçoit qu'il suffit d'une restitution de la virulence de ce microbe, sous l'influence de causes locales ou générales, pour que de nouveaux accidents éclatent.

Cliniquement, l'ostéomyélite prolongée se traduit ordinairement sous deux formes principales.

Dans une première forme, que vous observerez communément, la maladie est caractérisée par la persistance de fistules qui se ferment pendant quelque temps, puis s'ouvrent de nouveau pour donner issue à une quantité variable de pus, et qui sont liées à la présence de séquestres emprisonnés dans le tissu osseux.

Chez d'autres malades, la guérison paraît se faire d'une façon complète, sans qu'il reste la moindre fistule, puis une poussée aiguë se produit au niveau de l'épiphyse malade, du gonflement, de la douleur et de la rougeur apparaissent comme lors de la première invasion de la maladie, et on assiste, en un mot, à l'évolution d'un nouvel abcès, qui peut lui-même donner lieu à une fistule persistante.

Nous n'avons rien observé de semblable chez notre malade qui, depuis douze ans, n'a pas présenté la moindre trace d'abcès ou de fistule, et qui nous montre seulement, au niveau de l'épiphyse inférieure du tibia, sans aucune altération des parties molles périphériques, un gonflement persistant, coïncidant avec l'apparition fréquente de crises douloureuses à ce niveau.

Or, outre les deux formes cliniques d'ostéomyélite prolongée que je viens de vous rappeler, il en existe une troisième, dans laquelle le symptôme prédominant est précisément, comme chez notre malade, la douleur, se manifestant sous la forme de crises, qui se prolongent plus ou moins longtemps, puis cessent complètement, pour se reproduire à nouveau après un intervalle de temps d'une durée variable, simulant ainsi tout à fait les crises névralgiques. Cette forme clinique est si caractéristique que mon maître Gosselin l'avait désignée sous le nom d'*ostéite névralgique*.

De mon côté, j'avais été frappé de certains caractères anatomo-pathologiques que présente cette forme d'ostéomyélite prolongée et je lui ai donné le nom d'*ostéite cavitaire ou lacunaire*; c'est sous cette dénomination qu'elle a été décrite en 1887, dans la thèse d'un de mes élèves, le docteur Golay.

Les lésions qui correspondent à la forme clinique que nous observons chez notre malade, sont d'ailleurs variables.

Dans quelques cas qui sont assez rares, le nom d'ostéite cavitaire ne lui convient pas, attendu qu'il existe simple-

ment de l'ostéite condensante, aboutissant à la formation d'une sorte d'éburnation de l'os.

Mais, le plus souvent, on trouve, limitée par une zone d'ostéite condensante plus ou moins épaisse, une cavité dont la forme et le contenu diffèrent essentiellement suivant les cas.

Chez certains malades, après avoir traversé une couche d'os éburné, quelquefois très épaisse, vous évacuerez un véritable abcès, constitué par du pus franc, phlegmoneux, ne renfermant pas la moindre trace de séquestres. Ces abcès intra-osseux, qui avaient été déjà décrits par Brodie, ont été bien étudiés en 1865, dans la thèse de Cruveilhier, qui les avait appelés « abcès douloureux des épiphyses ».

Dans d'autres cas, au lieu de trouver du pus dans la cavité, vous y rencontrerez un liquide séreux ou séro-purulent, qui n'est, en réalité, que du pus modifié.

Enfin, dans un troisième type anatomo-pathologique, il existe seulement des fongosités, remplissant des espaces lacunaires qui communiquent les uns avec les autres, d'où le nom d'ostéite lacunaire ou cavitaire que nous lui avons donné.

Quelle que soit la variété anatomo-pathologique réalisée par la lésion osseuse, la forme *névralgique* ou plutôt *pseudo-névralgique* représente un type clinique très nettement défini, dont notre malade nous offre un exemple parfait, caractérisé essentiellement par ces crises douloureuses persistant depuis des années, très irrégulières aussi bien dans leur fréquence que dans leur durée, et s'exagérant surtout lorsque le membre atteint se trouve dans une position déclive, ce qui constitue un symptôme presque pathognomonique. Ces crises douloureuses se produisent, comme nous avons pu le vérifier chez notre malade, dans une même partie de l'os qui correspond le plus souvent au centre épiphysaire, et qui se montre uniformément hypertrophiée, en raison de l'ostéite condensante dont elle est le siège; la peau et le tissu cellulaire sous-cutané restant absolument intacts, à la périphérie, tandis que le périoste est épaissi.

L'augmentation du volume des veines a été constatée fréquemment, comme dans le cas qui fait l'objet de cette leçon, et cela m'amène à vous parler des causes des douleurs.

Gosselin incriminait la compression des nerfs par l'ostéite condensante. Mais Renaut (de Lyon) a trouvé, dans un cas d'Ollier, des lésions de névrite, et cette constatation peut nous expliquer comment les douleurs peuvent se produire sous l'influence de la moindre cause et plus spécialement, comme je vous l'ai fait remarquer, sous l'influence de la dilatation des veines, favorisée par la position déclive du membre.

En résumé donc, notre malade nous montre un exemple de cette forme d'ostéomyélite prolongée qui a été désignée sous le nom d'ostéite névralgique, et qui est le plus souvent constituée par un véritable abcès intra-osseux, ou par la présence de lacunes, de cavités remplies d'un liquide séreux ou séro-purulent, de fongosités, enfin, dans certains cas, par une simple ostéite condensante, avec éburnation de l'os.

Je signalerai, chez ce malade, une particularité assez intéressante et qui vient confirmer le diagnostic d'ostéomyélite prolongée : cet homme a été atteint, lors de sa dernière crise, d'un furoncle assez volumineux de la nuque, manifestation extérieure de l'infection générale.

Le pronostic de cette forme d'ostéomyélite est très variable, suivant les cas; très grave lorsque le diagnostic est méconnu, la maladie peut, au contraire, guérir spontanément (même dans le cas d'abcès), mais après une très longue durée, ou bien se prolonger presque indéfiniment. Lorsqu'il existe un abcès, celui-ci peut s'ouvrir spontanément, soit au dehors, réalisant ainsi ce que Chassaignac avait appelé la trépanation spontanée, soit dans l'articulation la plus proche, après perforation du cartilage. Dans les cas d'ouverture à l'extérieur, il est à remarquer que, contrairement à ce que l'on observe dans les cas d'ostéomyélites vulgaires, cette ouverture se fait en un point très circonscrit, la cavité de l'abcès communiquant à l'extérieur par un trajet très étroit, plus ou moins long, traversant les couches épaissies du périoste et de l'os.

Il est important de ne pas confondre ces trépanations spontanées avec les abcès périostiques qui se montrent souvent dans le cours de l'évolution des abcès épiphysaires, sans communiquer avec ceux-ci, et qui constituent même un excellent signe au point de vue du diagnostic de l'affection.

L'ouverture de l'abcès osseux dans l'articulation voisine est le plus souvent très grave, attendu qu'elle devient le point de départ d'une arthrite purulente, et je me souviens d'un cas où j'ai dû faire une amputation de jambe à la suite de l'ouverture d'un abcès du tibia dans l'articulation tibio-tarsienne. Il ne faut d'ailleurs pas confondre cette arthrite purulente par perforation avec une simple arthrite de voisinage, non suppurée, que l'on voit très fréquemment évoluer dans cette forme d'ostéomyélite prolongée, et dont nous avons un exemple chez notre malade qui, ainsi que je vous l'ai dit, est atteint d'hydarthrose de l'articulation tibio-tarsienne.

En résumé, le pronostic est grave si la maladie est méconnue, en raison des complications de voisinage et même de la possibilité d'infections éloignées issues du foyer primitif.

Lorsque, au contraire, le diagnostic est établi de bonne heure, le pronostic est relativement bénin, car un traitement rationnel réussit presque à coup sûr à faire disparaître les accidents et à amener la guérison complète.

Il n'existe, en réalité, qu'un seul moyen de traitement de l'ostéite névralgique, et ce moyen de traitement consiste dans la trépanation de l'os au niveau du point où siège le maximum de la douleur. Cette trépanation sera faite largement avec la gouge et le maillet, et l'on ne devra pas craindre de pénétrer au centre même de l'os.

Si l'on est amené à ouvrir un véritable abcès, il suffira de l'évacuer, de gratter avec soin ses parois et de faire une désinfection complète, pour obtenir la guérison.

Dans le cas où l'on sera en présence de cette forme que j'ai désignée sous le nom d'ostéite cavitaire ou lacunaire, on pratiquera un évidement complet avec la curette tranchante et l'on ne s'arrêtera que lorsque l'instrument rencontrera une zone de tissu compacte, comme éburnée, indiquant que l'on a détruit toutes les parties malades.

Enfin, si l'on ne trouve qu'un os atteint d'ostéite condensante, sans abcès, ni cavité d'aucune sorte, on s'arrêtera lorsque l'instrument aura traversé la plus grande épaisseur de l'os malade, et cette opération donne d'aussi bons résultats que si l'on avait évacué un véritable abcès, en ce sens que, le plus souvent, elle suffit à faire cesser les douleurs.

L'opération faite à l'issue de la leçon a montré qu'il

s'agissait de la forme d'ostéite dite cavitaire, sans abcès circonscrit. Après un évidement avec la curette tranchante il restait dans l'épaisseur de l'os une cavité grosse comme une noix ou un petit œuf, dont les parois étaient partout limitées par une zone d'ostéite condensante, que la curette aurait difficilement entamée, et qui constituait une barrière entre les tissus malades et l'os sain.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la bronchite fétide et de la gangrène pulmonaire par l'hyposulfite de soude.

Le docteur Dumas, dans sa thèse, détermine la posologie et les indications de l'hyposulfite de soude.

A la dose de 8 à 20 grammes par jour, l'hyposulfite de soude est facilement absorbé, s'élimine partie en nature par les urines et partie sous forme d'acide sulfureux et sulfhydrique par la muqueuse bronchique, sur les sécrétions de laquelle ces composés à l'état naissant exercent une action antiputride énergique.

A partir de 15 grammes, l'hyposulfite est légèrement laxatif. A 30 grammes, il est nettement purgatif : l'hyposulfite en excès donne naissance dans le tube digestif à des sulfates, en particulier au sulfate de soude. A ces doses, l'action du médicament serait peut-être renforcée et plus durable.

On administre l'hyposulfite en solution aqueuse dans des tisanes amères, en potion, en sirop ou encore en lavement. Voici quelques formules :

POTION

Hyposulfite de soude	15 grammes.
Eau distillée.	60 —
Sirop simple.	25 —

(POLLI.)

POTION

Julep gommeux	20 grammes.
Sirop d'eucalyptus	40 —
Hyposulfite de soude. . . .	4 —

(LANCEREAUX.)

LAVEMENT

Hyposulfite de soude	10 grammes.
Laudanum de Sydenham . .	VI gouttes.
Eau distillée.	180 grammes.

L'action de l'hyposulfite est rarement immédiate, surtout à faibles doses. Il faut quelques jours pour obtenir une modification de l'expectoration. Dans quelques cas heureux, cependant, 16 à 20 grammes d'hyposulfite donnés dans la journée peuvent supprimer la fétidité de l'haleine et transformer les crachats.

Ce médicament est contre-indiqué dans les cas où il y a tendance à l'hémoptysie : aussi ne doit-il être employé chez les phtisiques porteurs de cavernes qu'avec la plus grande circonspection.

Mélange pour l'antisepsie intestinale.

(M.-J. DE MAXIMOVITCH.)

Naphtol α	3 grammes.
Chloroforme	XV gouttes.
Huile de ricin	100 grammes.
Essence de menthe poivrée .	V gouttes.

Mêlez. A prendre par cuillerées à bouche dans du vin de Porto, de la bière ou du café noir chaud et sucré. Chez les enfants, cette préparation sera administrée par cuillerées à café. (*Progrès méd.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Synthèse hydrologique. Thérapeutique et clinique hydro-balnéaire des Pyrénées (1), par le docteur GARRIGOU.

Sous ce titre, M. Garrigou a réuni en deux volumes les leçons qu'il a professées, en 1896, à la Faculté de médecine de Toulouse et à l'École d'hydrologie des Pyrénées.

Dans ce remarquable travail, M. Garrigou a amoncelé une somme considérable de documents scientifiques dont la connaissance sera des plus utiles à tous les médecins hydrologues.

Le premier volume est consacré à l'étude des questions générales : historique de l'utilisation des eaux minérales et de l'enseignement de l'hydrologie; origine, propriétés physiques, chimiques et physiologiques des eaux. Toutes ces questions sont traitées de main de maître, et avec un luxe de renseignements qui en rendent l'analyse aussi difficile que la lecture attrayante.

Signalons cependant les points les plus originaux.

M. Garrigou met bien en relief l'importance de l'union combinée de faibles doses d'un grand nombre de substances médicamenteuses, ainsi que cela s'observe dans les eaux minérales, pour produire des effets parfois surprenants.

Ayant découvert dans les eaux la présence d'un grand nombre de métaux, il est conduit à s'occuper incidemment de la métalloscopie. Plusieurs leçons sont consacrées à la question capitale de l'absorption cutanée. Si la peau n'absorbe pas lorsqu'elle est saine, il n'en est plus de même lorsqu'elle est suffisamment ramollie, lorsque son épiderme est décapé, et que la première couche cornée a été enlevée. Les courants électriques ont la propriété, ainsi qu'il résulte d'expériences récentes, d'aider puissamment à l'absorption de la peau. M. Garrigou est ainsi amené à étudier l'électricité dans les eaux minérales et à passer en revue les nombreux travaux qui ont paru sur ce sujet captivant.

Si, dans la première partie de ses leçons, M. Garrigou nous montre surtout ses qualités de savant et d'homme de laboratoire, dans la seconde, c'est le clinicien qui se révèle.

Il étudie les applications à la clinique thermale des eaux pyrénéennes, sur lesquelles il a déjà tant écrit, et qu'il connaît à fond.

« Éviter, dit-il, des déboires au monde médical, vis-à-vis de telle ou telle source, relativement au choix commandé par l'état du malade, empêcher ceux-ci de perdre leur temps par un emploi inconscient de telle ou telle station, donner à chaque source sa véritable valeur scientifique et médicale, telle a été surtout notre plus grande préoccupation. »

M. Garrigou a pleinement réussi dans la tâche qu'il s'était imposée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 12 AU 17 JUILLET 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 12 JUILLET, à neuf heures. — 5e examen (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Fournier, Chantemesse et Roger; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Achard et Thoinot; — M. Wurtz, suppléant.

A une heure. — 5e examen (2e partie), *Pitié* (1re série) : MM. Hayem, Letulle et Widal; — (2e série) : MM. Potain, Landouzy et Gaucher; — M. Walther suppléant.

MARDI 13 JUILLET, à neuf heures. — 5e examen (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Chauffard, Charrin et Ménétrier; —

(1) 2 vol. in-8o. Prix : 12 francs.— Paris, Rueff et Cie.

(2e série) : MM. Joffroy, Marie et Marfan ; — M. Brun, suppléant.

A une heure. — 5e examen (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Grancher, Letulle et Gilbert ; — (2e série) : MM. Proust, Debove et Roger ; — (3e série) : MM. Dieulafoy, Chantemesse et Thoinot ; — M. Nélaton, suppléant.

VENDREDI 16 JUILLET, à neuf heures. — 5e examen (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Grancher, Chantemesse et Thoinot ; — (2e série) : MM. Laboulbène, Netter et Marfan ; — M. Brun, suppléant.

SAMEDI 17 JUILLET, à une heure. — 5e examen (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Gilbert et Widal ; — (2e série) : MM. Chauffard, Charrin et Achard ; — M. Schwartz, suppléant.

A une heure. — 5e examen (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Grancher, Hutinel et Marfan ; — (2e série) : MM. Debove, Letulle et Ménétrier.

3e examen (officier de santé), *Charité* : MM. Tarnier, Nélaton et Roger ; — M. Hartmann, suppléant.

Thèses de doctorat.

LUNDI 12 JUILLET, à une heure. — M. SURREL. Des accidents qui peuvent compliquer l'intervention chirurgicale dans le goitre exophtalmique (MM. Tillaux, président ; Ch. Richet, Chauffard et Lejars). — M. ORIOT. Contribution à l'histoire de la neurofibromatose (MM. Tillaux, président ; Ch. Richet, Chauffard et Lejars). — M. RATYNSKI. De la néphrectomie lombaire par morcellement (MM. Tillaux, président ; Ch. Richet, Chauffard et Lejars). — M. FOSSE. Les troubles respiratoires et sécrétoires dans la méningite tuberculeuse de l'enfant (MM. Ch. Richet, président ; Tillaux, Chauffard et Lejars).

JEUDI 15 JUILLET, à une heure. — M. MALMEJAC. Boutonnière exploratrice du péritoine dans les contusions de l'abdomen (MM. Berger, président ; Polaillon, Rémy et Brun). — M. TARRADE. De la tuberculose inoculée par la muqueuse buccale. De l'efficacité des phospates de chaux dans son traitement (MM. Berger, Laboulbène, Charrin et Poirier). — M. PERRAULT. Quelques réflexions sur les tumeurs dites « polypes de l'urèthre » chez la femme (MM. Guyon, président ; Debove, Albarran et Thoinot). — M. DEROCQUE. De l'entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin. Technique et indications (MM. Guyon, président ; Debove, Albarran et Thoinot). — M. DUPLESSIS. De l'emploi en thérapeutique du salicylate de méthyle (MM. Debove, président ; Guyon, Albarran et Thoinot). — M. ERNOUL. Du mutisme hystérique. Étude historique, clinique et thérapeutique (MM. Debove, président ; Guyon, Albarran et Thoinot). — M. ALVAREZ Y CANAS. La dysenterie à Paris (MM. Dieulafoy, président ; Joffroy, Chantemesse et Letulle). — M. GOUDARD. Contribution à l'étude de l'albuminurie diabétique et de son traitement (MM. Dieulafoy, président ; Joffroy, Chantemesse et Letulle). — M. NIKONOFF. Contribution à l'étude de la maladie de Thomsen (MM. Joffroy, président ; Dieulafoy, Chantemesse et Letulle). — M. MANHEIMER. Du gâtisme au cours des états psychopathiques. Essai de pathogénie et de séméiologie (MM. Joffroy, président ; Dieulafoy, Chantemesse et Letulle). — M. MICHEL. Est-il utile de provoquer l'accouchement chez une femme ayant des accès d'éclampsie ? (MM. Tarnier, président ; Schwartz, Bar et Bonnaire). — M. MERCIER. De l'entéroclyse chez le nouveau-né. Étude expérimentale et clinique (MM. Tarnier, président ; Schwartz, Bar et Bonnaire). — M. DENYS. Étude critique sur les différents procédés de mensuration de la tête fœtale pendant la vie intra-utérine (MM. Tarnier, président ; Schwartz, Bar et Bonnaire). — M. NATHANSON. Étude critique de la trépanation dans la paralysie générale (MM. Hutinel, président ; Netter, Ménétrier et Achard). — M. LEMEIGNEN. Du syndrome de Little (MM. Hutinel, président ; Netter, Ménétrier et Achard). — M. LECLERC. Contribution à l'histoire des polypes du rectum chez l'enfant (MM. Hutinel, président ; Netter, Ménétrier et Achard).

VENDREDI 16 JUILLET, à une heure. — M. LOZÉ. De l'orchite des prostatiques (MM. Laboulbène, président ; Delens, Broca et Walther). — M. LAURENT. Traitement des ulcères et des plaies torpides en général par la chaleur lumineuse (MM. Laboulbène, président ; Delens, Broca et Walther). — M. PAULESCO. Recherches sur la structure de la rate (MM. Potain, président ; Terrier, Rémy et Tuffier). — M. ETABLE. Des injections massives de solution saline dans l'infection (MM. Potain, président ; Terrier, Rémy et Tuffier). — M. LACOUR. La pharyngotomie sous-hyoïdienne. Technique opératoire. Indications cliniques (MM. Terrier, président ; Potain, Rémy et Tuffier). — M. LETOURNEUR. De l'influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant (MM. Pinard, président ; Marchand, Varnier et Bonnaire). — M. BERNARD. De la température des nouveau-nés (MM. Pinard, président ; Marchand, Varnier et Bonnaire). — M. SASSIER. L'utérus après l'ablation des annexes. Résultats éloignés (MM. Pinard, président ; Marchand, Varnier et Bonnaire). — M. THORP. Des accidents observés pendant et après l'éthérisation (MM. Hayem, président ; Tillaux, Peyrot et Letulle). — M. JUSSEAUME. Résultats éloignés de l'électrolyse linéaire double dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre rebelles à la dilatation (MM. Tillaux, président ; Hayem, Peyrot et Letulle). — M. COLLINET. Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher (MM. Tillaux, président ; Hayem, Peyrot et Letulle). — M. BOUCHARD. Du drainage utérin combiné à la dilatation et à l'antisepsie dans le traitement des métrites et des complications pelviennes (MM. Tillaux, président ; Hayem, Peyrot et Letulle). — M. SCHWANHARD. Contribution à l'étude de la forme pseudo-tabétique de la myélite syphilitique (MM. Fournier, président ; Landouzy, Gaucher et Wurtz). — M. FAIERMAN. L'hydrargyrie cutanée (MM. Fournier, président ; Landouzy, Gaucher et Wurtz). — M. COSTINESCO. Des hémorragies gastro-intestinales chez l'enfant (MM. Landouzy, président ; Fournier, Gaucher et Wurtz).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 30 juin 1897 : MM. Rénon, 20 ; Gallois et Lyon, 17.

Séance du 2 juillet : MM. Laffitte et Macaigne, 19 ; Méry, 18.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 30 juin : MM. Thiéry, 20 ; Clado, 17 ; Cazin, 15.

Séance du 2 juillet : MM. Morestin et Souligoux, 19 ; Glantenay, 18.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris délègue au Congrès international de Moscou : MM. Ballet, Brault, Comby, Dreyfus-Brisac, Gouguenheim, Hallopeau, Oulmont et Sevestre.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'ouvrira le mardi 19 octobre 1897, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les candidats seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au jeudi 30 du même mois inclusivement.

— Le concours de l'internat de l'hôpital Saint-Joseph s'est terminé par les nominations suivantes : 1° internes titulaires : MM. Watteau, Guénard et Guillemin ; 2° internes provisoires : MM. Cuissard, Mignon, Zumlanski et Gilbert.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bart (de Steenbecque) ; Delaissement (de Saint-Quentin) ; Delbecq (d'Estaires).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lannelongue a montré un certain nombre de malades qu'il a opérés, il y a un an, de hernie inguinale au moyen des injections de chlorure de zinc. Les résultats qu'il a obtenus paraissent encourageants. Il a fait connaître, en détails, la technique opératoire, le mécanisme de la cure récente et définitive. Cette méthode, appliquée au traitement des hernies, mérite d'être étudiée par les chirurgiens. Nous publierons donc prochainement un résumé du travail de M. Lannelongue.

Dans un rapport sur trois cas d'opérations césariennes communiqués par MM. Lecerf (de Valenciennes), Poncet (de Cluny) et Mouchet (de Sens), M. Pinard a insisté sur les avantages de l'hystérectomie abdominale totale dans les cas de fibromes utérins chez les femmes arrivées au terme de la grossesse. Parlant du procédé de Doyen, M. Pinard a protesté de toute son énergie contre le mépris du sang dont, à propos de ce procédé, a parlé le chirurgien de Reims. M. Pinard estime encore, avec la grande majorité des chirurgiens, que le premier devoir de l'opérateur est de ménager le sang des opérés. Il ne suffit pas, en chirurgie, de détenir le record de la vitesse, il faut, même au prix d'un peu plus de temps, savoir avant tout assurer l'hémostase. Nous nous associons pleinement aux protestations de M. Pinard.

M. Grancher a présenté un enfant muet, mais non sourd, auquel M. Boyer, professeur de l'Université, est parvenu, par une méthode dont il est l'auteur, à apprendre à parler, à comprendre, à écrire et à calculer. M. Boyer est arrivé à transformer ainsi un semi-idiot en un être à peu près intelligent.

Enfin, M. Abadie a donné lecture d'un travail sur la nature et le traitement du goitre exophtalmique. On trouvera plus loin ce travail.

LES MÉTRORRAGIES DANS LES MALADIES DU CŒUR (1)

Par M. Paul DALCHÉ, médecin des hôpitaux.

I

L'influence des maladies du cœur sur l'utérus, aujourd'hui prouvée sans conteste par une longue série d'observations et de travaux, a été envisagée de façons assez différentes, et plus d'un auteur, pour étudier ce sujet, s'est placé à un point de vue spécial qui l'intéressait davantage. Aussi, à côté de faits bien établis, d'autres restent encore discutés, d'autres ont moins attiré l'attention. Nous trouvons exposés d'une manière complète et sans grand désaccord l'aménorrhée, la chlorose cardiaque et les accidents que peut provoquer une lésion du cœur pendant la grossesse, la délivrance et les suites de couches; des réserves se manifestent pour le catarrhe utérin, la congestion et la métrite consécutive; quant aux métrorragies (en dehors de l'accouchement) elles soulèvent les opinions les plus opposées ou sont passées sous silence.

Bouillaud, Stokes, Grisolle, Parrot n'en parlent pas. Bernutz, à propos des troubles circulatoires que subissent les organes génitaux, écrit : « Cette dernière classe de métrorragies symptomatiques, dont on me paraît avoir exagéré la fréquence, ne comprend qu'un petit nombre de variétés dépendant du siège que peut occuper l'obstacle à la circulation abdominale : maladie du cœur, affections hépatiques, tumeurs abdominales; la rareté des métrorragies dans ces trois catégories autorise à ne point insister sur ces faits. » Siredey « depuis plusieurs années que son attention est fixée sur ce point, dans le nombre assez considérable d'affections organiques du cœur et des poumons qu'il lui a été donné d'observer, n'a trouvé possible *qu'une seule fois* de constater une métrorragie », et encore est-elle « due à un développement variqueux des veines et à une sorte de bourgeonnement de la muqueuse de l'utérus ». Raciborski s'informe des phénomènes menstruels chez huit femmes portant des altérations valvulaires et les reconnaît ordinairement aussi réguliers que dans l'état de santé; plus loin, il émet une hypothèse : « Il ne serait pas impossible qu'une pareille disposition (état variqueux et rupture) existât quelquefois dans les plexus veineux de l'utérus ; » et il se demande plutôt « si un jour on ne trouvera pas dans le parenchyme utérin de ces anévrysmes capillaires signalés dans l'intérieur

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

du cerveau ». Courty, au cours d'un long article où il énumère une foule de causes, signale à peine en une ligne la stase sanguine dans le système de la veine cave inférieure, sous l'action de la valvule mitrale insuffisante. Depaul et Guéniot sont encore plus nets : « Les affections cardiaques ne paraissent pas être notablement influencées par la menstruation, et celle-ci à son tour n'est pas généralement modifiée par ces maladies. »

Et, cependant, Monneret, dans le Compendium, citait dans l'étiologie des métrorragies les maladies du poumon et du cœur; Gendrin avait insisté « sur toutes les causes qui produisent une gêne habituelle de la respiration, comme les emphysèmes pulmonaires, les bronchites chroniques, les obstacles à la circulation dans les principaux troncs vasculaires ou aux orifices du cœur ». Depuis eux, Aran rattache certaines congestions de la muqueuse utérine à l'embarras même de la circulation de l'appareil cardio-pulmonaire. Niemeyer indique les stases sanguines qui se font dans les vaisseaux utérins au cours des maladies du poumon et du cœur qui rendent difficile le retour du sang dans le cœur droit. Scanzoni va plus loin et envisage l'influence des cardiopathies sur les métrorragies avant la puberté, pendant la vie génitale, et après la ménopause. Mon maître X. Gouraud, dans sa thèse (De l'influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le cœur droit), a consacré à la congestion, au catarrhe et aux hémorragies secondaires de la muqueuse utérine d'origine cardiaque, un important chapitre où j'ai trouvé en plus de précieuses indications d'auteurs.

Plus près de nous, Galliard, Germain Sée, Peter, Hardy et Béhier deviennent encore plus affirmatifs, et avec l'histoire du rétrécissement mitral l'importance des métrorragies est mise en relief. Mais ce n'est pas seulement au cours de la sténose mitrale qu'elles sont signalées : « L'existence d'une maladie du cœur, dit Duroziez (1885), retarde l'établissement des règles; celles-ci sont irrégulières et prennent souvent la forme de pertes. »

II

« Et prennent souvent la forme de pertes... » Cette courte phrase, qui me paraît bien être l'expression de la vérité, reste presque isolée ou à peine accompagnée de brèves réflexions dans la suite du mémoire. Lorsqu'il s'agit d'évaluer, même d'une façon approximative, la fréquence des métrorragies, nous rencontrons des avis tout différents; bien plus, le désaccord persiste au sujet des troubles de la menstruation en général. « Que d'irrégularités, d'intermittences, d'inégalités, d'arrêts, de pertes, d'ovariotomies, de morts! dit Duroziez dans un second travail (1895). Chez la cardiaque, l'anormal devient la règle, le normal l'exception. » J'ai interrogé nombre de cardiaques et cette affirmation me semble peut-être un peu exagérée. On pourrait opposer la statistique d'un auteur anglais Gow, qui, sur 50 cas, constata 28 cas où la menstruation resta normale, 17 où elle manqua plus ou moins complètement, 5 où elle fut excessive. Cinq cas de menstruation excessive, sans hémorragie intercalaire entre deux périodes cataméniales, c'est peu, surtout si l'on songe que 4 fois il s'agissait de rétrécissement mitral (la lésion valvulaire où la ménorragie est un accident assez banal), 1 seule fois de rétrécissement avec insuffisance mitrale, et que ni l'insuffisance mitrale pure, ni les lésions aortiques et autres n'ont provoqué de perte utérine.

a. Rétrécisement mitral 22 cas, 9 menstruations régulières, 5 diminuées, 4 aménorrhées, 4 accroissements du flux sanguin.

b. Insuffisance mitrale, 15 cas, 10 menstruations régulières, 4 diminuées, 1 supprimée.

c. Rétrécissement et insuffisance mitrale, 7 cas, 4 menstruations régulières, 15 diminuées, 1 supprimée, 1 augmentée.

d. Insuffisance aortique, 2 cas, pas d'altérations.

Il faut compter avec les hasards d'une série, comme dans le relevé de Raciborski; mais, malgré la statistique précédente, les métrorragies surviennent causées par l'insuffisance mitrale pure, encore, quoique bien plus rarement, par les altérations aortiques, et aussi par les altérations aortiques compliquées d'une lésion mitrale; il en existe des observations indiscutables, et nous verrons plus tard qu'on ne doit pas négliger la classe des aortiques avec artério-sclérose généralisée.

Ces appréciations, en apparence fort contradictoires, sont dues, je crois, à ce qu'on n'a pas toujours assez envisagé la période à laquelle était arrivée l'affection du cœur au moment où on examinait la malade. Cependant Maurice Raynaud en avait fait la remarque : « Les règles sont souvent, au commencement des maladies du cœur, abondantes, profuses... Il se fait même des hémorragies utérines intercalaires, qu'il ne faut pas confondre avec le flux cataménial. Dans la période ultime, ainsi que dans tous les états de détérioration profonde, les règles se suppriment. » Vallon, dans une très bonne thèse, insiste beaucoup sur ce point. Chose singulière! Gendrin prétendait que les congestions sanguines et les hémorragies pulmonaires se manifestent surtout dans la première période des maladies du cœur, pour diminuer de fréquence quand le mal a produit un état cachectique. Avec juste raison, Potain et Rendu relèvent cette erreur. Mais ce qui est une erreur au sujet du poumon ne l'est plus quand il s'agit de l'utérus, car un élément entre en jeu qui modifie toutes les données du problème, c'est la fluxion physiologique, la menstruation. Je n'irai pas jusqu'à dire comme Duroziez : « C'est l'étude de l'ovulation que l'on prétend faire quand on parle de menstruation, ce sont les rapports du cœur avec l'ovaire que l'on cherche. »

Duroziez a raison lorsqu'il étudie l'aménorrhée ou la venue plus ou moins précoce ou tardive de la puberté et de la ménopause au cours des affections cardiaques, mais il aurait tort d'étendre sa proposition à toutes les métrorragies qui surviennent pendant la vie génitale de la femme. Si les troubles ovariens apportent de l'irrégularité dans l'apparition et même dans la quantité des règles, l'utérus, influencé par le cœur, exagère à son tour la perte sanguine, entretient et allonge sa durée, et finit par la provoquer dans la période intermenstruelle; Duroziez lui-même ajoute plus loin : la matrice, organe de second ordre, est soumise au cœur aussi bien qu'à l'ovaire. On ne doit pas exagérer le rôle de l'ovaire, on doit encore moins le passer sous silence. Au cours des maladies du cœur, en effet, les premières métrorragies surviennent toujours à l'occasion des règles; le flux cataménial s'établit et, au lieu de se terminer après le temps ordinaire, il coule plus longtemps; à l'époque suivante, la perte reprend avec plus ou moins d'intensité, et, suivant des cas assez rares que nous examinerons à la

symptomatologie, finit à la longue par se montrer dans la période intercalaire. Mais c'est presque toujours à la suite ou à l'occasion de l'éruption des règles que se manifestent les accidents hémorragiques qui, au moins au début, se présentent comme l'exagération du flux habituel. Or, cette menstruation physiologique, si apte à dégénérer en perte, à prendre un caractère pathologique, indispensable même à l'apparition de la plupart des métrorragies, se modifie, puis se supprime à mesure qu'évolue l'affection cardiaque. « Quand la stase sanguine s'est généralisée, la nutrition périclite et la vie se trouve partout atteinte, » la femme n'est plus réglée et, durant cette aménorrhée, elle n'accuse aucun écoulement sanguin pas plus morbide que normal. « Ce fait, dit Vallon, peut, dans une certaine mesure, servir d'argument en faveur de la solidarité qui unit les fonctions utérines aux fonctions ovariennes, puisque la congestion passive, même poussée à un haut degré, est impuissante à amener des hémorragies par la matrice, alors que la congestion active physiologique amène cette hémorragie tous les mois. » Non seulement, comme le dit Vallon, la cachexie cardiaque ou l'asystolie permanente entraînent presque fatalement une aménorrhée complète et ne s'accompagnent jamais de métrorragies, mais, à mon avis, je pense qu'il n'est pas nécessaire d'arriver à cette phase de gravité définitive, de détérioration profonde (M. Raynaud), pour voir la menstruation se suspendre, au moins d'une façon temporaire, pendant un ou plusieurs mois successifs et les métrorragies perdre de leur fréquence. Dès que le cœur est assez fortement touché pour que l'on constate des œdèmes tenaces, un foie ou un rein cardiaque opiniâtre, sans noter pour cela des signes de cachexie, le flux cataménial tend souvent à diminuer de longueur et d'abondance, il manque même à certaines époques, reprend avec pauvreté, quelquefois, mais par exception, avec une intensité qui lui donne le caractère d'une perte, et la patiente, avec ces alternatives, s'achemine de la sorte vers l'aménorrhée terminale. Vulpian, dans les cliniques de la Charité, rapporte un cas où les hémorragies utérines dépendaient d'une asystolie telle que les œdèmes étaient considérables, les lèvres bleuâtres, les extrémités froides — c'est là un fait rare.

Chez les malades soumises à mon examen, comme du reste dans la plupart des observations citées, les métrorragies se produisent au contraire de préférence lorsque la lésion cardiaque, encore bien compensée, se manifeste seulement par de la gêne précordiale, des palpitations, de l'essoufflement à propos des efforts, des vertiges, de l'irrégularité des battements propres aux mitraux compensés, un peu d'œdème malléolaire le soir, par les signes qui, traduisant un certain embarras des voies sanguines, n'impliquent pas l'idée d'une insuffisance tricuspidienne et d'un myocarde forcé.

La fonction ovarienne encore respectée provoque la fluxion utérine menstruelle, et celle-ci subit à son tour le contre-coup de la gêne circulatoire même légère ; la congestion active physiologique appelle, localise et exagère la congestion pathologique passive ; il y a un utérus cardiaque, comme il y a un foie ou un rein cardiaque sans insuffisance tricuspidienne nécessaire.

La congestion sanguine se fixe sur le foie ou le rein de par le fait d'une tare antérieure : alcoolisme, lithiase, goutte, etc. ; elle se fixe sur l'utérus de par le fait d'un molimen cataménial vigoureux. Dans un organisme dont la nutrition générale n'est pas compromise par la maladie du cœur, une ovulation normale stimule l'utérus, les règles s'établissent et dépassent alors la durée et la quantité ordinaires ; mais que cette nutrition générale soit troublée par de graves complications asystoliques, les fonctions si délicates de l'ovaire en ressentent les effets, l'ovulation s'arrête ou, pénible, défectueuse, demeure insuffisante à solliciter l'appel du sang dans l'appareil génital, le molimen trop faible n'aboutit pas et l'aménorrhée succède à ce travail nul ou à peine ébauché. J'en vois une preuve dans ce qui se passe au cours de la cyanose ou maladie bleue (malformations congénitales, etc.). Cette affection s'accompagne d'hémorragies diverses, jamais on n'a signalé d'hémorragies utérines ; au contraire, la puberté est tardive, quand les aptitudes génitales s'éveillent, il est rare qu'elles manifestent de grandes exigences, la croissance ne s'achève pas ou ne s'achève que lentement (Grancher), les fonctions ovariennes sont réduites au minimum, le moindre trouble entraîne l'aménorrhée.

A côté de la fluxion menstruelle, d'autres causes chez la cardiaque contribuent à fixer, à maintenir un état de congestion au niveau de la matrice et à susciter des métrorragies ; ce sont nombre d'affections utérines telles que : métrite chronique, fibrome, tumeurs ou phlegmasies ovariennes, etc., qui jouent vis-à-vis de l'utérus cardiaque le rôle que, dans un foie ou un rein cardiaque, prennent la lithiase, l'alcoolisme, etc. Hémorragipares en elles-mêmes, ces lésions diverses exagèrent et éternisent la perte sanguine en localisant une sorte d'asystolie utérine (1), comparable dans sa pathogénie à l'asystolie hépatique.

Les véritables métrorragies apparaissant en dehors des règles, dans la période intercalaire, résultent presque toujours de cette étiologie complexe : et si l'on considère que la gêne circulatoire et un certain degré de congestion peuvent, en dernier lieu, causer une métrite (Gallard), comme nous l'expliquerons plus loin, il est facile de saisir pourquoi les seules cardiopathies provoquent parfois à la longue des métrorragies sans aucun rapport avec l'ovulation.

Cette pathogénie, où l'action du molimen physiologique, jointe à une lésion locale, fait comprendre la venue des pertes, nous explique encore d'autres phénomènes très importants. Les métrorragies de la puberté, dues à un rétrécissement mitral, ont été attribuées tantôt à une friabilité spéciale des parois vasculaires, tantôt à une lésion des veines utérines consécutives à des crises d'insuffisance tricuspidienne, etc. Ces raisons sont fort plausibles, mais avant tout, il faut tenir compte de l'évolution de l'appareil génital qui, de l'état infantile et pubescent, passe à l'état adulte, alors qu'entrent en jeu les fonctions nouvelles de l'ovaire. Développement rapide de l'utérus et des annexes, transformation de tous les organes sexuels, premières poussées de la fluxion menstruelle, voilà les véritables causes qui, au niveau de la matrice, appellent, localisent et exagèrent la stase sanguine d'origine cardiaque et font naître les ménorragies d'un rétrécissement mitral encore bien toléré, sans asystolie, sans insuffisance tricuspidienne, « sans que rien de bien précis, écrit Mathieu, vienne attirer l'attention directement sur le cœur. La lésion mitrale demeure inaperçue, à moins qu'en semblables circon-

(1) Cependant, le terme d'asystolie utérine n'est pas très bon dans la circonstance ; il prête à la confusion, la grande asystolie cardiaque ne s'accompagnant pas de métrorragies.

stances, on ne cherche de parti pris le rétrécissement, ainsi que le conseille M. Landouzy. »

Il reste, en effet, à citer une classe de métrorragies, celles dont l'apparition précède toute manifestation symptomatique du côté de la lésion originelle, du côté du cœur. Lebert (Vallon) mentionne l'abondance des menstrues dans certains cas où passent méconnues des altérations valvulaires ne se traduisant par aucun trouble. Il y a trois ans, j'ai observé, à la Pitié, dans un service où je remplaçais M. Albert Robin, une jeune fille forte, grande, de belle apparence, qui demandait des soins pour des ménorragies répétées, incoercibles; chez elle tout moyen thérapeutique échouait; elle sortait d'un service de chirurgie où on lui avait pratiqué en vain le curetage. A la suite d'une pleurésie, elle s'était plainte quelque temps de dyspnée et à l'examen des organes thoraciques je fus fort surpris de constater un rétrécissement mitral que rien ne pouvait faire soupçonner.

Il n'est donc pas étonnant que nous trouvions difficile d'évaluer la fréquence des métrorragies, et que l'aménorrée nous frappe davantage : à l'hôpital, les malades entrent surtout lorsque l'affection du cœur n'est plus compensée, et à cette phase les pertes utérines deviennent plus rares, tandis que l'aménorrhée est l'aboutissant fatal de l'asystolie permanente; de plus, nombre de cardiaques, avant la période ultime, ne présentent jamais aucun trouble utérin, de même qu'on voit des femmes atteintes de lésions valvulaires mener à terme sans accident plusieurs grossesses, à côté d'autres qui souffrent des plus graves complications dès leur premier accouchement.

(A suivre.)

NATURE ET TRAITEMENT DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

Par le docteur Ch. Abadie.

Pour expliquer la genèse de la maladie de Basedow, trois théories principales se partageaient encore naguère la faveur des cliniciens.

Au dernier Congrès de médecine allemande, le docteur Eulenbourg (de Berlin) a parlé de la théorie hématique, de la théorie nerveuse et enfin de la théorie thyréogène, ne sachant trop à laquelle donner la préférence.

Quand, pour la pathogénie d'une maladie unique, il existe trois théories absolument différentes les unes des autres, quand aucune d'elles n'a conduit à une médication réellement utile, ou tout au moins supérieure aux autres, il est à craindre qu'elles ne soient vraies, ni les unes, ni les autres.

La dernière en date, la théorie thyréogène, qui a rallié d'abord le plus grand nombre de partisans et qui semblait, en effet, la plus séduisante, est celle qui a eu les conséquences les plus fâcheuses au point de vue thérapeutique. Les interventions sur le corps thyroïde ont été et sont encore journellement mortelles, et il serait grand temps qu'elles fussent enfin définitivement abandonnées. J'espère démontrer qu'elles sont inutilement dangereuses, qu'elles ne présentent aucune chance sérieuse de succès et qu'elles ne s'adressent pas à la véritable nature du mal.

Dans une communication faite au dernier Congrès de chirurgie, je me suis déjà appliqué à réfuter la théorie qui considère le goitre exophtalmique comme ayant son point de départ dans une hypertrophie du corps thyroïde.

Sans vouloir reprendre longuement les arguments déjà fournis, je rappellerai que, dans le goitre exophtalmique, l'intensité excessive des battements artériels reste limitée dans le territoire desservi par le sympathique cervical.

S'il s'agissait d'une intoxication générale de l'économie par le suc thyroïdien sécrété en trop grande abondance, toutes les grosses artères du corps, les iliaques, les fémorales, aussi bien que les carotides, devraient battre d'une façon exagérée, ce qui n'a pas lieu.

De plus, il n'y a pas toujours proportionnalité entre le volume du goitre et l'exophtalmie. Cette dernière peut être excessive, alors que l'hypertrophie thyroïdienne est presque insignifiante, et inversement; preuve péremptoire que l'exophtalmie n'est pas sous la dépendance de l'hypertrophie de la thyroïde.

A cette théorie thyroïdienne inexacte, j'en ai substitué une autre, celle de l'excitation permanente des vaso-dilatateurs du sympathique cervical. Je concluais en disant qu'il fallait renoncer à toute tentative chirurgicale sur le corps thyroïde et agir sur le sympathique cervical en pratiquant sa section entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion moyen.

Depuis, les faits sont venus confirmer la théorie que je soutenais. Dans tous les cas de goitre exophtalmique où la section du sympathique a été pratiquée, l'exophtalmie et le goitre ont rétrocédé. Jaboulay, qui le premier a fait cette opération, l'a répétée depuis cinq fois avec succès. Les chirurgiens qui l'ont imité ont réussi également.

Au contraire, les tentatives chirurgicales pratiquées sur le corps thyroïde ont continué à donner des résultats désastreux.

Les cas de mort à la suite de thyroïdectomie partielle, ou simplement de mise à nu du corps thyroïde pour provoquer son atrophie (exothyropexie), se sont multipliés. L'inquiétude et l'embarras des chirurgiens s'attaquant au corps thyroïde sont devenus d'autant plus grands que ces morts presque subites, ou survenant très rapidement après l'opération, restaient jusqu'ici inexpliquées.

On a bien invoqué l'hypothèse d'une intoxication aiguë produite par l'introduction directe du suc thyroïdien dans le courant sanguin, mais cette hypothèse ne saurait résister à un examen sérieux. La glande thyroïde, en effet, n'est pas un réservoir dans lequel s'accumule une substance toxique, c'est une glande qui sécrète au fur et à mesure des besoins de l'économie.

En l'enlevant plus ou moins complètement, on ne peut que diminuer ses produits de sécrétion; témoin le crétinisme avec myxœdème, qui a succédé parfois à des ablations trop étendues. Enfin, la preuve irréfutable que la mort ne saurait être attribuée à l'intoxication aiguë par déversement du suc thyroïdien nous est fournie précisément par l'exothyropexie.

Dans cette opération, en effet, on ne touche pas au corps thyroïde; on se contente de l'attirer en avant et de le mettre à nu; or, c'est celle qui compte à son actif le plus d'issues funestes.

Avec la théorie pathogénique que j'ai donnée du goitre exophtalmique, tous ces accidents s'expliquent au contraire aisément. Quand on fait une thyroïdectomie partielle, on est obligé de tirailler les filets nerveux du sympathique, de laisser dans la plaie des ligatures qui les irritent; d'où, par acte réflexe, augmentation de l'excitabilité des vaso-dilatateurs et aggravation des symptômes pouvant aller jusqu'à la mort. Dans l'exothyropexie, où tout le corps thyroïde est porté en masse en avant, ces tiraillements atteignent

leur maximum d'intensité. C'est aussi dans ces cas que la mort est plus fréquente.

Un autre fait clinique vient encore à l'appui de la théorie que je soutiens. Les chirurgiens qui ont pratiqué la thyroïdectomie partielle ont été surpris par des hémorragies formidables, hors de proportion avec le volume de la tumeur à enlever, hémorragies très difficiles à arrêter. Cela s'explique par la vaso-dilatation active des parois des artères qui, malgré leur section, maintient leur calibre béant.

Dans le goitre exophtalmique, l'hypertrophie thyroïdienne n'est pas primitive; elle est consécutive à la vaso-dilatation des artères thyroïdiennes, qui fournissent à la glande un apport nutritif trop considérable. L'exophtalmie est due à la vaso-dilatation des vaisseaux rétrobulbaires. En coupant le sympathique cervical entre le ganglion supérieur et le ganglion moyen, on fait cesser la vaso-dilatation des vaisseaux rétro-oculaires, d'où la disparition de l'exophtalmie et la vaso-dilatation de la thyroïdienne supérieure, qui est l'artère principale nourricière du corps thyroïde, d'où rétrocession du goitre.

Quant à la thyroïdienne inférieure émanant de la sous-clavière, ayant par suite aussi une innervation différente, son rôle est presque insignifiant.

Le traitement de choix dans le goitre exophtalmique devra donc être non plus l'ablation plus ou moins complète du corps thyroïde, mais bien la simple section ou tout au plus l'excision d'une petite portion du sympathique cervical. L'extirpation complète du cordon et de ses ganglions, proposée par quelques chirurgiens, me paraît inutile, car ce n'est pas d'une lésion matérielle intéressant le cordon cervical et ses ganglions qu'il s'agit ici, mais bien simplement d'une excitation anormale, partie des centres de la partie supérieure de la moelle et du bulbe et agissant par l'intermédiaire des vaso-dilatateurs sur les vaisseaux de la tête et du cou.

Une fois cette section faite, le calibre des vaisseaux cessant d'être dilaté outre mesure et redevenant normal, tous les phénomènes morbides provoqués par cette dilatation excessive rétrocèdent peu à peu.

Toutes ces raisons me paraissent démontrer jusqu'à l'évidence que l'on doit s'abstenir de toucher à la glande thyroïde dans la maladie de Basedow.

Mais, nous dira-t-on, les cas de guérison obtenus par ce mode de traitement, qu'en faites-vous? Ces cas de guérison n'existent pas. Tout ce qu'on a obtenu, quand le malade n'a pas succombé après l'extirpation partielle ou n'est pas devenu crétin et myxœdémateux à la suite de l'ablation complète, c'est qu'il a été simplement débarrassé d'une portion de son goitre. Le plus souvent même, ce n'est que momentanément, car, d'ordinaire, le moignon resté en place s'hypertrophie de nouveau.

Quant à l'exophtalmie, à la tachycardie, elles ne subissent aucune modification, ce qui prouve bien encore une fois de plus leur indépendance vis-à-vis de la thyroïde.

Par contre, comme on pouvait s'y attendre d'après les considérations qui précèdent, tous les cas de goitre exophtalmique traités jusqu'ici par la section du sympathique cervical n'ont donné lieu à aucun mécompte et ont été suivis de résultats satisfaisants. Chose remarquable, et qui confirme bien notre théorie, c'est surtout le goitre qui a toujours bénéficié le plus de la section du sympathique cervical. Pourquoi? Parce que l'hypertrophie thyroïdienne est presque exclusivement sous la dépendance de l'artère thyroïdienne supérieure, de beaucoup la plus importante, et dont les filets vaso-dilatateurs émanent tous du ganglion cervical supérieur. La section au-dessous de ce ganglion supprime ainsi tous les filets nerveux qui se rendent à cette artère et lui fait reprendre définitivement son calibre moyen.

Quant à l'exophtalmie, elle a toujours été grandement améliorée, mais sans disparaître complètement; parfois même, elle semble avoir eu une certaine tendance à se reproduire.

C'est ce qui est arrivé précisément à la malade dont M. Gérard-Marchant a rapporté l'histoire récemment. Dans ces cas-là, il est inexact de parler de récidive, car un retour à l'exorbitisme primitif n'est jamais à craindre. Il y a simplement persistance d'un peu d'exophtalmie, ce qui tient probablement à ce que tous les filets nerveux qui règlent la vaso-dilatation rétro-oculaire ne sont pas compris dans la section du sympathique cervical au-dessous du ganglion supérieur. Un certain nombre de filets émanés de la partie tout à fait supérieure de la moelle, et allant rejoindre le sympathique cervical au-dessus du ganglion cervical supérieur, doivent échapper à la section. De même pour la tachycardie, qui ne disparaît pas toujours complètement et sans doute par la même raison, un certain nombre de filets cardiaques fournis par le ganglion inférieur étant soustraits à la main du chirurgien.

Si, dans le goitre exophtalmique, il y a en réalité, bien qu'elles soient secondaires, hypertrophie et suractivité de la glande thyroïde, dans le goitre ordinaire, au contraire, accompagné ou non de crétinisme, avec ou sans myxœdème, les éléments glandulaires de la thyroïde sont atrophiés. Dès lors, dans ces cas-là non plus, il n'y a aucun avantage à toucher à la glande elle-même, puisqu'on risque de la priver de ses éléments essentiels et, par suite, d'aggraver la situation.

Quelle sera donc la conduite à tenir en présence d'un goitre?

S'il s'agit d'un goitre exophtalmique, si le diagnostic est facile, s'il s'impose au premier abord : on pratiquera la section du sympathique cervical au-dessous du ganglion cervical supérieur. Si le diagnostic est douteux, on prescrira la médication thyroïdienne qui servira de pierre de touche : elle aggravera le goitre exophtalmique, elle améliorera le goitre ordinaire, dans lequel il y a atrophie de la thyroïde. Dans ce dernier cas, cette médication devra être continuée jusqu'à ce qu'elle ait épuisé son action curative. Elle remplacera avec avantage les opérations qu'on pratiquait jadis.

Par conséquent, à l'avenir, le chirurgien ne devra plus agir sur les corps thyroïdes, quelle que soit la variété à laquelle il ait affaire. Son intervention ne sera justifiée que dans les tumeurs proprement dites, indépendantes de la glande elle-même.

THÉRAPEUTIQUE

Gouttes contre la dyspepsie par atonie gastrique.

(C. Schwerdt.)

Teinture de noix vomique. 10 grammes.
Résorcine. . . . . 50 centigrammes.

F. S. A. A prendre v à x gouttes trois fois par jour.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juillet 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATION

Traitement des hernies par les injections de chlorure de zinc. — M. LANNELONGUE fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

PRÉSENTATION

Éducation de la parole chez un muet. — M. GRANCHER présente un enfant de treize ans qui fut reçu, il y a trois ans, à l'Institution nationale des sourds-muets. Or, dès les premiers jours, on put se convaincre que, si l'enfant ne parlait pas, il était, en revanche, doué d'un degré d'ouïe tout à fait voisin de la normale.

L'examen de l'état physique et intellectuel de l'enfant révéla qu'on avait affaire à un semi-idiot.

La cause initiale du mutisme et du retard de l'intelligence était donc probablement la conséquence d'une lésion cérébrale. L'intelligence de ce sujet avait dû être lésée dès l'enfance dans quelques-unes de ses fonctions, telles que « l'attention » et la « mémoire », ce qui avait eu sans doute pour conséquence de mettre obstacle au développement de la faculté d'imitation.

M. Boyer, professeur agrégé de l'Université, est arrivé en trois ans, grâce à une méthode dont il est l'auteur, et qui est appliquée à l'Institution des sourds-muets, à faire entendre et parler l'enfant d'une manière très satisfaisante, ainsi qu'à transformer ce semi-idiot en un enfant passablement intelligent.

RAPPORT

Opération césarienne. — M. PINARD fait un rapport sur trois observations adressées à l'Académie et relatives à des cas d'opération césarienne.

La première de ces observations a été adressée par M. Lecerf (de Valenciennes). Il s'agit d'un cas de dystocie chez une femme sur le point d'accoucher et atteinte de fibromes utérins. M. Lecerf fit l'opération césarienne. La mère et l'enfant furent sauvés. Malgré ce beau succès, M. le rapporteur estime que, dans ce cas, il aurait mieux valu faire l'hystérectomie abdominale totale.

La seconde observation est de M. Poncet (de Cluny). Il s'agissait d'une jeune femme qui se serrait beaucoup dans son corset et qui avait un encondrome de l'utérus. Comme elle ne pouvait pas accoucher, M. Poncet (de Cluny) fit l'opération césarienne. La femme et l'enfant sont morts. M. Poncet incrimine surtout, dans ce cas, le corset comme la principale cause de tous les maux, y compris l'encondrome généralisé, qui ont emporté cette femme.

Le troisième cas, fort intéressant, appartient à M. Mouchet (de Sens). Une femme de trente-huit ans, ayant eu onze grossesses, fut prise de métrorragies qui étaient symptomatiques d'un fibrome utérin remontant jusqu'à l'ombilic. Elle était enceinte de huit mois et demi et l'enfant était vivant. Lorsque les fausses membranes se furent rompues, M. Mouchet se demanda s'il fallait faire l'embryotomie ou s'il valait mieux recourir à l'opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. L'embryotomie doit être considérée aujourd'hui comme un opprobre scientifique et il faut savoir gré à M. Mouchet d'avoir choisi l'hystérectomie abdominale totale. Il fit donc cette opération, en suivant le procédé dit de Doyen, mais en le modifiant fort heureusement au point de vue de l'hémostase. M. Pinard proteste ici de toute son énergie contre cette assertion plusieurs fois émise par le chirurgien rémois, que le chirurgien de nos jours doit avoir le mépris du sang et ne pas s'attarder à assurer une hémostase inutile. C'est là une assertion contre laquelle on ne saurait protester avec trop d'énergie et il faut féliciter M. Mouchet de n'avoir pas suivi les préceptes posés par M. Doyen.

M. GUÉNIOT estime, avec M. Pinard, que, dans ces cas de fibromes utérins chez des femmes au terme de la grossesse, c'est à l'hystérectomie abdominale totale qn'il faut donner la préférence. Toutefois lorsque le corps fibreux est indépendant du tissu utérin, on peut se contenter de l'incision césarienne.

LECTURE

Nature et traitement du goitre exophtalmique. — M. ABADIE lit une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 772.)

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DU BARON LARREY

Deuxième liste

MM. les membres de l'Académie de médecine :

Blanchard	20 fr.
Bucquoy	20
Caventou	20
Charpentier	20
J. Chatin	20
Cornil	20
Gariel	20
Hérard	20
Laborde	20
Laboulbène	20
Laveran	20
Leblanc	20
Luys	20
Magnan	20
Marty	20
Ch. Monod	20
Motet	20
Nocard	20
Polaillon	20
Reclus	20
Roux	20
Tarnier	20
Weber	20

MM. les associés nationaux de l'Académie de médecine :

Tholozan	500
G. Tourdes	25

MM. les membres correspondants nationaux de l'Académie de médecine :

A. Barallier	50
Costa	20
Ehrmann	20
	1075 fr.
Première liste	1885 fr.
Total	2960 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 5 juillet 1897 : MM. de Grandmaison et Tissier, 19; Claisse, 18 1/2.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 5 juillet : MM. Raymond, 18; Launay, 17; Reblaub, 15; Genouville, 12.

Les candidats ayant obtenu un total minimum de 40 points sont admis à prendre part à l'épreuve de la consultation écrite.

— Par décision ministérielle, en date du 3 juillet 1897, un témoignage de satisfaction a été accordé à chacun des médecins ci-après dénommés, qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie ainsi qu'à leurs familles, savoir :

MM. Dousson, à Largentière, quarante-cinq ans de services; Granier, à Villefranche-de-Rouergue, trente-trois ans de services; Rolland, à Ploubalay, trente-deux ans de services; Chocus, à Attichy, vingt-six ans de services; Perrot, à Logis-Neuf, vingt-trois ans de services; Denis, à Bruz, vingt-trois ans de services; et Richer, à Dozulé, vingt-deux ans de services.

— Le concours pour une place de prosecteur près l'Ecole de médecine de Marseille s'est terminé par la nomination de M. Acquaviva.

— M. Boulart est élu membre titulaire de la Société de biologie.

— M. le docteur César Allemand est élu sénateur des Basses-Alpes.

— M. le docteur Chapuis est élu membre du conseil général du Jura, pour le canton de Lons-le-Saunier.

— M. le docteur Soueix est élu membre du conseil général de l'Ariège, pour le canton de Saint-Girons.

— L'Association française pour l'avancement des sciences tient cette année son 26e Congrès à Saint-Étienne, du 5 au 12 août 1897, sous la présidence de M. le professeur Marey, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Outre de nombreuses visites industrielles dans la ville et dans la région avoisinante, la session comportera plusieurs excursions, dont l'une au mont Pilat; une autre excursion aura lieu après la clôture du Congrès, les 13, 14 et 15 août, et, parcourant un pays très pittoresque, permettra de voir notamment le mont Mézenc et les villes du Puy et d'Yssingeaux.

De nombreuses communications sont déjà annoncées et plusieurs savants étrangers prendront part aux travaux de la session. Diverses sections ont mis à l'ordre du jour des questions importantes sur lesquelles des rapports seront préparés. Pour l'indication de ces questions et pour tous les renseignements relatifs au Congrès, s'adresser au secrétariat, 28, rue Serpente, à Paris.

Une réduction de 50 p. 100 a été accordée par les compagnies de chemins de fer pour les membres de l'Association devant assister au Congrès; la demande des billets doit être faite avant le 15 juillet, dernier délai.

— *Erratum.* — Page 761 (2e colonne, ligne 24), au lieu de « on n'a guère constaté la pneumonie », lire « on n'a guère constaté le *pneumocèle* ».

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 78. — SAMEDI 10 JUILLET 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 10 JUILLET 1897. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des contusions du foie sans plaie des téguments (1).

Par le docteur Ed. LAVAL,

Médecin aide-major de 1re classe au 8e cuirassiers.

VI

Pronostic. — Ici, plus encore que dans les autres chapitres de la pathologie qui nous intéresse, apparaît avec une grande netteté la nécessité de la distinction, dans l'histoire des traumatismes du foie, des traumatismes avec plaie extérieure (par instrument piquant, perforant, tranchant) et des traumatismes sans lésion extérieure (choc direct ou choc indirect).

C'est qu'il y a, en effet, entre une contusion hépatique sous-pariétale et une plaie contuse du même organe, presque la même différence que celle qui sépare une fracture sous-cutanée d'une fracture à ciel ouvert. La première, tout le monde le sait, réclame un traitement purement hygiénique, pourrait-on dire ; on abandonne à la nature le soin de réparer les dégâts, en facilitant sa tâche par l'adaptation des fragments et le repos absolu.

Il n'en est plus de même pour une fracture ouverte. C'est qu'ici, entre en ligne de compte un nouvel élément : la pénétration des germes de l'air, des vêtements, de la surface même de la peau. *A fortiori*, en est-il de même, lorsqu'un corps quelconque (couteau, hache) a pénétré dans la plaie, faisant office d'un porte-microbes au sein des tissus.

De plus, l'hémorragie qui, dans la fracture sous-cutanée, se traduit sous forme d'épanchement répandu autour du foyer de rupture et finit par se résorber, se fait externe dans les fractures ouvertes et peut, par ses proportions, devenir inquiétante. Le fait est rare, il est vrai, mais non exceptionnel, soit qu'il s'agisse, du reste, d'une hémorragie osseuse, soit qu'il s'agisse d'une hémorragie d'un vaisseau lésé dans le voisinage par l'agent vulnérant.

N'existe-t-il pas quelque analogie entre ces lésions et les traumatismes du foie ? La comparaison est inexacte en bien des points, mais il nous semble qu'elle est très apte à rendre notre pensée, quand nous disons que le pronostic des contusions du foie sans plaie extérieure nous paraît, en général, moins grave que celui des plaies contuses de cet organe. En effet, le corps du délit dans ce dernier cas est chargé d'éléments septiques qu'il porte avec lui dans la profondeur de la plaie, d'où infection possible et prédisposition à la désintégration du caillot obturateur, à la formation d'un abcès du foie, à la propagation péritonéale de cette suppuration, et, comme terme ultime, à la péritonite septique.

De plus, dans les blessures du foie, on a à compter avec la section possible de vaisseaux plus ou moins importants (veine porte, veine sus-hépatique, artère hépatique, etc.), qui donne lieu à une hémorragie externe très difficile à enrayer. Tandis qu'une rupture du foie par choc direct ou indirect, d'ailleurs, peut n'intéresser que le parenchyme très friable de cet organe, les gros troncs vasculaires s'étirant d'une façon relativement aisée, grâce à leur souplesse et leur élasticité.

Dans les déchirures sous-cutanées, nous pouvons ne pas tenir compte de cette intervention microbienne, en tant qu'intervention primitive. C'est déjà, il nous semble, une grande chance de salut en plus.

Mais venons au détail :

Le pronostic peut être *celui du début* ou un pronostic *à longue échéance*.

De même, le pronostic du début comprend le pronostic des accidents immédiats et celui des complications.

Comme *accidents immédiats*, nous avons déjà à compter avec la mort subite ou à peu près subite. Ces cas auront rarement lieu de nous préoccuper, car, presque toujours, l'issue fatale se sera produite ou se produira assez rapidement pour devancer l'arrivée du médecin ou l'action de la thérapeutique qu'il aura pu instituer. Quoi qu'il en soit, et malgré leur excessive rareté, nous devons connaître ces morts subites dont le shock est responsable.

Mais il n'y a pas eu de shock ou bien la période de shock est passée. Le blessé paraît hors d'affaire. Malgré cette apparence, il sera prudent d'être très circonspect, car bien souvent l'aspect du blessé est trompeur. Il n'est pas rare d'assister à l'évolution clinique suivante :

Un individu reçoit un violent choc sur l'abdomen ou sur la région hépatique. Il perd connaissance pendant quelques

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 749.

instants, puis, revenu à lui, il se relève et continue de marcher et de vaquer à ses occupations. Au bout de quelques instants ou de quelques heures, durant lesquels rien ne peut faire soupçonner une lésion organique, les douleurs du côté blessé, qui, jusque-là, étaient à peine perceptibles, se font aiguës, l'individu est forcé de s'étendre et il meurt au bout d'un temps variable, mais assez court et la plupart du temps d'hémorragie intra-péritonéale, parfois aussi (car l'hémorragie, quoique complaisante, ne saurait expliquer tous les cas) d'embolie pulmonaire d'origine hépatique.

Il convient donc, dans les cas douteux, d'attendre quelques heures, voire même un jour, avant de se prononcer. Et nous rappellerons à cet égard les chiffres fournis par Edler (1) au sujet de la fréquence de la mort suivant le temps :

Sur 162 cas de rupture du foie :

12 se terminèrent par la mort sur-le-champ;
25 dans la première heure;
32 dans les vingt-quatre premières heures.

Quoique cette statistique soit, comme beaucoup de ses semblables, un peu hétérogène et par conséquent inexacte, nous devons cependant en retenir ce fait de la fréquence de la mort pendant les vingt-quatre premières heures après l'accident. Il sera donc prudent de ne pas se prononcer avant le second jour.

Mais supposons le diagnostic établi : il est avéré que le blessé a une contusion du foie, probablement une déchirure; que va-t-il se passer? Le pronostic doit être alors subordonné aux complications. Il se peut que tout se borne à une douleur violente dans la région hépatique, douleur qui ira s'atténuant de jour en jour, tandis que l'état général très ébranlé à l'origine se relèvera peu à peu. Ces cas ne sont pas rares. Mais, malgré leur existence, il sera préférable de ne pas trop compter sur eux. On doit toujours avoir présente à l'esprit l'observation de Fergus, dont le blessé, complètement guéri (apparemment du moins) le cinquième jour, se levait et mourait le septième d'une péritonite suraiguë. Qui peut le plus, peut le moins, dit un vieux proverbe; suivons cette sage maxime et un accident semblable, si nous n'avons pu le prévenir, ne sera pas du moins imputé à notre ignorance.

A côté de ces cas bénins — et dont il faut savoir ne pas trop escompter d'avance la bénignité — il en est qu'on pourrait qualifier de bruyants. C'est une douleur très violente et irradiée, c'est une légère hémorragie hésitante et timide, avec des phénomènes d'asthénie, de la fièvre, etc., tout cela sans indication nette d'intervention. Conservons de l'espoir, l'alarme peut très bien se calmer et la guérison survenir lentement, avec des hauts et des bas.

D'après Edler, la proportion de la mortalité serait de 78,2 p. 100 dans ces cas de déchirures sous-cutanées sans complication. Ce chiffre nous paraît un peu élevé.

Complications. — L'hémorragie assombrira beaucoup le pronostic, car, comme le dit Schlatter (2) : « *C'est de l'hémorragie du foie que dépend certainement tout le pronostic, bien plus que de la péritonite secondaire, si redoutée, ou de la cholémie.* »

D'après L. Mayer, sur 135 cas de rupture, il y a eu 51 hémorragies mortelles.

Edler, de son côté, a calculé que, sur 200 cas de mort par rupture hépatique sous-cutanée, 42,5, c'est-à-dire presque la moitié, étaient dus à l'hémorragie.

On voit que l'hémorragie est la complication la plus grave qui puisse accompagner les ruptures du foie.

Aujourd'hui, avec l'antisepsie, les chances de guérison s'augmentent du bénéfice de l'intervention. Mais ces chances de guérison seront bien précaires, car, nous le verrons, l'intervention ne sera tentée qu'exceptionnellement; dans tous les cas, les grandes hémorragies qui en fourniront l'indication la plus manifeste, seront, par ce fait même, très difficiles à juguler.

Quoi qu'il en soit, les hémorragies auront tout à gagner de la précocité de l'intervention. Plus on opérera tôt et à une époque rapprochée de l'accident, plus on devra concevoir d'espérances pour une issue heureuse.

La *péritonite* peut se montrer, nous l'avons vu, aiguë ou chronique.

Aiguë, elle est presque toujours généralisée, et elle revêt alors un caractère de gravité exceptionnel.

Chronique, elle doit inspirer moins de craintes, sans pourtant passer pour anodine. En dehors des cas à issue fatale, que l'on peut réellement tenir pour exceptionnels, elle peut se terminer soit par l'enkystement (type localisé), soit par une régression lente et graduelle (type généralisé).

L'*abcès* est empreint d'une certaine gravité. Edler lui attribue le cinquième des décès. L. Mayer, par contre, sur 10 cas, cite 4 guérisons. Il peut être multiple; lorsque le foie est ainsi infecté, l'issue fatale est proche. Mais, en général, il est unique dans la région contuse et, par conséquent, plus facile à tolérer pour l'organisme. Ce qui le rend alors redoutable, c'est le chemin qu'il se crée pour se vider. Les cas les plus favorables sont ceux qui se terminent par l'ouverture à l'extérieur (lombes, fausses côtes...).

Le pronostic n'est pas désespéré, lorsque la perforation se produit à travers le diaphragme au niveau de la plèvre, y déterminant une pleurésie purulente.

Plus graves sont les cas dans lesquels l'abcès s'ouvre dans le péritoine ou troue le tube digestif.

Enfin, il est une heureuse terminaison sur laquelle il n'est pas défendu de compter dans certains cas assez légers, c'est la terminaison par enkystement et même évolution calcaire.

Mais, dans tous les cas, le médecin serait à mainte reprise grandement trompé s'il se fiait uniquement à ces données plus ou moins schématiques. Il est un facteur secondaire qui joue, dans l'appréciation du pronostic, un rôle des plus importants : c'est le facteur *pathologique*.

Et d'abord l'état du *terrain* sur lequel a éclaté la lésion. Il est bien certain, par exemple, qu'un individu atteint de dégénérescence graisseuse, de cirrhose hypertrophique, sera beaucoup plus compromis qu'un sujet dont le foie est normal.

C'est ensuite l'état de la grande propriété dont ce terrain n'est qu'un lot, et qui est l'*organisme de l'individu*. Toute influence diathésique marquée, comme la syphilis, la tuberculose, le cancer, l'arthritisme, toute infection générale, comme l'impaludisme, tout état pathologique des vaisseaux, comme l'artério-sclérose, inviteront aux plus grandes réserves sur l'évolution ultérieure de la lésion.

Quant au *pronostic éloigné*, il mérite également d'être pris en sérieuse considération. Car, même les survivants à ces contusions ne sont pas pour cela à l'abri d'accidents consécutifs, très postérieurs à la guérison apparente de leur lésion.

(1) Edler. Loc. cit.
(2) Schlatter. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1896.

Dalton (1) a cité l'observation d'un traumatisé de ce genre qui ne dut sa guérison qu'au prix d'une attitude vicieuse : il dut marcher le corps courbé en deux, par le fait d'adhérences hépato-diaphragmatiques. Dans un autre cas, des accidents nerveux très graves se sont produits (2). Nous rappellerons également que notre blessé, trois mois après une guérison en apparence complète, éprouve de temps à autre des coliques et de légers accès de fièvre après le repas.

Les auteurs, jusqu'ici, se sont en général assez peu préoccupés de donner des nouvelles de leurs blessés un certain temps après la guérison. On trouverait ainsi peut-être que le pronostic ultérieur des cas de succès doit être plus réservé qu'on ne l'admet généralement et que nous ne saurions être trop circonspects à l'égard de la *restitutio ad integrum*.

Enfin, pour terminer, rappelons l'exposé pronostique de Roustan, au sujet des craintes que le médecin doit concevoir et faire partager sur les diverses phases de l'évolution d'une contusion du foie.

Il convient de redouter :

La commotion et ses effets dans les douze premières heures;

L'hémorragie, avant le troisième jour;

La péritonite, après le deuxième jour;

L'abcès, ultérieurement, en général à la fin du deuxième septénaire.

Encore que cette division soit artificielle, elle exprime d'une façon très heureuse la série des étapes que parcourt une contusion du foie avec les divers obstacles qui peuvent l'empêcher d'arriver à bien. Il est impossible de mettre en lumière, d'une façon plus nette, ce fait que *ce qu'il y a de moins à redouter dans une contusion du foie, c'est cette contusion elle-même*, laquelle, si elle n'est pas contrariée, guérit en quelques jours (cinq à dix jours). Mais, ce qui doit éveiller et entretenir nos craintes, ce sont les complications qui lui viennent à la traverse.

VII

Diagnostic. — Il comporte deux points :

a. Le diagnostic *de lésion* hépatique;
b. Le diagnostic *de la lésion* hépatique.

A. Diagnostic de lésion hépatique. — Il est parfois très facile, c'est lorsqu'on a sous les yeux tous les signes d'une contusion du foie : traumatisme d'une certaine violence sur la région hépatique ou dans son voisinage immédiat (thorax, abdomen), mais alors avec une direction spéciale de la force sur cette région hépatique; douleur locale avec irradiations plus ou moins vives; difficulté de respirer unilatérale; tous signes auxquels s'ajoute un cortège de symptômes généraux que nous avons vus plus haut, et enfin, parfois aussi, les manifestations d'une hémorragie interne.

Mais cette pureté et cette simplicité de symptomatologie sont rares, et le chirurgien se trouve fort souvent dans l'embarras, parce que l'apparition de complications à grand bruit ou l'absence de symptômes considérés comme essentiels, viennent jeter leur obscurité sur le tableau clinique.

Procédant du simple au composé, nous commencerons par nous occuper de lésions qui peuvent en imposer pour une contusion hépatique :

Contusion des parois;

Rupture de l'intestin, de l'estomac;

Contusion rénale (ou déchirure plus ou moins étendue);

Contusion de la plèvre.

Puis nous verrons les cas où l'on manquera de symptômes nets, force nous sera de nous en remettre aux anamnestiques. Ceux-ci pèseront alors d'un grand poids dans le diagnostic.

La *contusion des parois* est relativement facile à différencier de la contusion viscérale plus profonde. Dans les deux cas, on a affaire, il est vrai, à une douleur locale très vive. Mais cette douleur, dans le premier cas, est superficielle, elle est réveillée par le moindre mouvement volontaire, par le simple pincement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Elle est abolie ou presque abolie par le repos et la résolution musculaire. La respiration courte et superficielle n'a aucune influence sur elle. Elle n'est entourée d'aucun symptôme spécial. Enfin, elle va décroissant progressivement et, au bout de quelques jours, il n'en est plus question. Il ne faut pas négliger, lorsque la contusion porte sur la paroi thoracique, de s'enquérir de l'état des côtes, de rechercher s'il n'y a pas quelque fracture, quelque luxation. On peut trouver ainsi l'explication de phénomènes d'allure inquiétante.

Comment reconnaître qu'il s'agit d'une *rupture de l'intestin* et non d'une déchirure du foie? Dans les débuts, pendant la période de commotion lorsqu'elle existe, le diagnostic nous semble très difficile, pour ne pas dire impossible. Ce ne pourra être qu'un diagnostic *au jugé*, basé sur les anamnestiques.

Une fois cette période d'incertitude passée, ou d'emblée si elle n'est pas produite, quelques signes essentiels pourront peser d'un certain poids dans la balance du diagnostic. Des vomissements de sang noirâtre se produisant rapidement feront pencher vers une lésion de l'estomac. Des selles sanguinolentes, le ballonnement soudain du ventre, aussitôt après l'accident, du tympanisme généralisé comprenant la région du foie, enfin de l'emphysème des parois abdominales, feront penser de préférence à une déchirure intestinale. Mais ces signes ne sont pas toujours là pour nous guider. Dans le cas de simple contusion, de rupture très légère sans épanchement de matières stercorales, ni même de gaz, nous ne les rencontrerons pas. Et alors, nous serons en présence d'un blessé qui, après avoir reçu un choc sur l'abdomen ou sur le thorax, est dans un état de prostration plus ou moins accusé, éprouve des douleurs abdominales qui le font geindre, a le ventre distendu, chez lequel les divers modes d'examen objectif (palpation, percussion, auscultation) ne révèlent rien de caractéristique, dont le pouls est rapide, petit, la température abaissée (quelquefois élevée). Qu'a ce blessé? Notre embarras pourra, dans la plupart des cas, être fixé, si nous n'oublions pas de rechercher ces symptômes qui nous paraissent presque pathognomoniques des lésions du foie, à savoir :

Douleur hépatique avec ou sans irradiations;

Gêne respiratoire unilatérale;

Symptômes urinaires : bile et surtout urobilinurie.

Et si l'un de ces symptômes ne vient nous éclairer, il sera peut-être sage d'incliner plutôt vers une lésion autre que celle du foie (intestin, estomac, pancréas, etc.).

Ne s'agirait-il pas, par hasard, d'une *lésion rénale?* Ici nous

(1) Dalton. *Med. Mirror*, janv. 1892.
(2) Zoledziowski. *Gaz. Leharska Warszawa*, 1894, n° 38.

sommes en possession d'un symptôme presque constant, l'hématurie. En tous cas, le diagnostic différentiel est relativement secondaire, car de même que ces lésions du rein sont plutôt rares en raison de la situation de l'organe, de son faible volume, de la ceinture protectrice que lui forment les côtes, les viscères abdominaux, les muscles sacro-lombaires, de même ces lésions sont assez peu graves en elles-mêmes.

Il peut être fort difficile de ne pas confondre parfois une lésion de la plèvre, un hémothorax, par exemple, avec une hémorragie d'origine hépatique. Rappelons, à cet égard, l'observation instructive de Février (1), dans laquelle un traumatisé du foie fut sur le point d'être traité par la thoracentèse, lorsque la mort survint, et l'autopsie révéla une hémorragie péritonéale abondante.

Le diagnostic de ces cas ardus s'appuiera d'abord sur la connaissance de pareilles erreurs, puis sur la sensibilité de la région hépatique et les renseignements fournis par la percussion en avant.

Enfin, lorsque l'on manquera de tout signe objectif net pour éclairer le diagnostic, lorsque le blessé sera hors d'état de fournir des réponses précises, lorsque sa sensibilité sera assez émoussée par le shock pour être interrogée en vain, une ressource ultime restera, ressource précieuse lorsqu'elle existera — et ce sera la majorité des cas — nous voulons parler des *anamnestiques*. A eux seuls, ils pourront, bien maniés, trancher un diagnostic hésitant.

Ces anamnestiques comportent : l'endroit exact où a porté le traumatisme, le direction de ce dernier, son intensité.

L'*endroit exact :* toute atteinte un peu violente de la partie inférieure du thorax (surtout à droite) ou de la partie supérieure de l'abdomen, invitera à se méfier de ce genre de lésions.

La *direction* du traumatisme : un coup de pied inspirera plus d'inquiétudes à l'égard de la possibilité d'une blessure du foie, si le choc a porté directement sur la région hépatique, il en sera de même, d'ailleurs, si la force a agi sur l'abdomen, mais de bas en haut, ou encore sur le thorax, mais de haut en bas.

L'*intensité* du traumatisme : il est évident qu'avec l'intensité augmentent les chances de contusion et leur gravité. C'est ainsi qu'une roue de voiture passant sur un corps au niveau de la région hépatique, fera plus de dégâts qu'un choc de timon, de même qu'un coup de pied de cheval décoché à 1m50, au moment du déploiement complet de la force d'extension des muscles, sera plus néfaste qu'un coup de pied donné à un mètre ou moins. Ces anamnestiques ont, on le voit, leur importance.

Enfin, il ne faudra pas négliger de s'enquérir si le blessé a perdu connaissance après l'accident, et pendant combien de temps.

Les réponses à toutes ces questions, réunies en faisceau, donneront aux probabilités la force d'une quasi-certitude.

Tant que la lésion aura ce caractère d'unicité, le diagnostic sera relativement aisé. Il n'en sera plus de même lorsque le blessé présentera des lésions viscérales nombreuses. Il sera alors très difficile, en mainte circonstance, de préciser les caractères et le siège de la lésion.

C'est la plupart du temps, mais non uniquement d'ailleurs, à la suite d'une chute en bas d'un escalier, d'un étage, que l'on aura à observer ces lésions multiples qui déroutent si facilement les recherches.

On devra songer, en première ligne, à l'éventualité d'une *lésion du rein concomitante*, témoin l'observation suivante de Dagron (1) : il s'agissait d'un cocher de cinquante ans qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, présenta tous les phénomènes d'une hémorragie interne. L'existence d'hématurie fit admettre une déchirure du rein droit et des vaisseaux du hile. L'autopsie confirma sans doute ce diagnostic, mais aussi révéla une déchirure profonde du lobe droit du foie avec ruptures secondaires, et c'était cette dernière déchirure qui était responsable des accidents mortels. Dans ce cas, il est certain que le diagnostic exact des lésions était à peu près impossible ; la commotion abdominale, la difficulté de l'interrogatoire, l'absence de précision dans le siège des douleurs abdominales, tout contribuait à égarer le diagnostic, sauf peut-être un fait : la disproportion entre les symptômes observés et l'hypothèse d'une hémorragie rénale, laquelle était insuffisante à produire ces phénomènes de collapsus et de refroidissement. En outre, les anamnestiques eussent pu, il nous semble, quoiqu'il n'en soit pas question dans l'observation, éclairer le chirurgien.

Dans un cas analogue, Schlatter (2) fit le diagnostic de lésion du foie, grâce aux douleurs de la région hépatique, à l'abondance de l'hémorragie interne, et au gonflement croissant de l'abdomen, tandis qu'il affirmait, en outre, une lésion du rein droit en se fondant sur l'hématurie et sur le lieu de la contusion.

Ce n'est pas seulement une lésion rénale qui pourra accompagner la lésion hépatique. C'est aussi une *lésion de l'intestin, de l'estomac*. Dans ces cas très graves, le diagnostic isolé des lésions est peu profitable. L'*état alarmant justifie une intervention immédiate*; sinon une attente résignée à une mort rapide. Ici on aura affaire à tous les symptômes de la péritonite par perforation avec, en plus, de la douleur hépatique, de la gêne respiratoire, un abaissement de la température, un pouls lent et fuyant, etc.

La lésion du tube digestif n'est pas toujours aussi accusée. Dans un cas de Heath (3), il n'y eut qu'une contusion de l'iléon insoupçonnée pendant la vie. Ce ne fut que quatorze jours après l'accident que, le malade étant mort d'obstruction intestinale, on trouva cette contusion iléale, cause de la mort tardive, en même temps, d'ailleurs, qu'une grande déchirure du foie en voie d'obturation.

Enfin, un problème qu'il importera de résoudre, c'est la participation de la plèvre et du foie dans un même traumatisme, le sang donnant au niveau de la plèvre un hémothorax, tandis que du côté du bassin s'étend l'hémorragie hépatique. Rappelons, à ce sujet, l'observation de Landgraf, citée plus haut : dans les débuts, il y eut un exsudat hémorragique du côté de la plèvre droite, tandis qu'une hémorragie existait au niveau du foyer de fracture hépatique.

Dans ce cas, le diagnostic de la deuxième lésion a une importance presque secondaire. Il est, du reste, facilité par les symptômes fournis par l'examen objectif minutieux du côté droit du thorax. L'innocuité d'une ponction exploratrice, confirmée au besoin par l'examen chimique, autoriserait à se servir de ce moyen, s'il était urgent de faire un

(1) Février. Loc. cit.

(1) Dagron. Rupture du foie, *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1888.
(2) Schlatter. Loc. cit., p. 547.
(3) Heath. Loc. cit.

diagnostic rapide. La lésion du foie, de son côté, serait dépistée par les signes ordinaires.

Nous ne parlerons pas des autres lésions qui peuvent accompagner les lésions du foie dans les grands accidents. Tantôt elles sont insignifiantes : ce sont des fractures des membres; mais d'autres fois elles sont très graves : une fracture de la base du crâne, des luxations ou des fractures vertébrales prennent, dans ces cas, le pas sur les autres lésions et réclament en quelque sorte à grands cris l'attention et les soins du chirurgien. D'ailleurs, en règle générale, tous ces cas à désordres multiples n'ont d'autre intérêt que celui de l'autopsie; c'est dire leur gravité.

B. Diagnostic de la lésion hépatique. — C'est donc du côté du foie qu'il faut poursuivre nos investigations. Mais ici, un nouveau diagnostic s'impose. Le parenchyme hépatique peut avoir subi des atteintes variables par leur gravité :

Commotion;

Contusion simple, plus ou moins forte, avec déchirure, préface d'une hémorragie;

Contusion compliquée de l'ouverture des voies biliaires (vésicule, canaux). Épanchement de bile intra-péritonéal.

De la *commotion* il n'est guère question dans les traités de pathologie, non parce qu'elle est rare, mais parce que ses effets sont si peu marqués, qu'il est rare qu'on puisse la confondre avec la contusion. Il y a deux sortes de commotion : la commotion directe et la commotion indirecte.

Dans la première, qui est assez rare, la douleur hépatique existera bien, mais très légère. La gêne de la respiration sera à peu près nulle. On ne trouvera aucun des autres signes que nous avons étudiés pour la contusion. Enfin, l'évolution rapidement décroissante de ces symptômes atténués fixerait aisément le diagnostic en cas d'embarras. Quelques jours de repos suffisent pour achever une guérison spontanée.

Si le praticien est peu destiné à rencontrer ces cas pour lesquels on ne réclame pas ses soins, par contre, il lui arrivera plus d'une fois de se trouver en présence de blessés dont la lésion du foie soit le fait d'un contre-coup (chute sur les pieds, le dos, le siège) et alors l'appareil symptomatique sera un peu plus complexe; car les troubles hépatiques s'accompagneront, en général, de phénomènes de choc ou de commotion abdominale, lesquels ne devront pas faire dévier le diagnostic réel et tromper les recherches en rendant le foie responsable de tous les traits de ce tableau. Il suffira, d'ailleurs, d'y songer pour éviter cette erreur, qui pourrait faire croire à une violente contusion, alors qu'il y a un simple ébranlement de la substance hépatique.

Quant à la *contusion compliquée* de lésions des voies biliaires, elle a une physionomie assez originale pour ne pas prêter à confusion avec la contusion simple, qui fait l'objet de cette étude. Elle mérite, à cet égard, une description spéciale. On la reconnaît relativement aisément, avec effets dus d'un côté à l'épanchement de la bile, d'autre part, à sa résorption. L'épanchement de la bile se distinguera d'un épanchement sanguin (bien qu'ils puissent être associés), d'abord par la localisation du choc (siège de la vésicule et des voies biliaires), puis par la rapidité de l'épanchement aussitôt après le traumatisme, la douleur subite très aiguë qui accompagne cette bilirragie si irritante pour le péritoine. En outre, cette douleur sera localisée à la région hypogastrique ou dans l'hypocondre droit, le ventre sensible surtout dans la région sous-hépatique. Le malade aura des nausées accompagnées de vomissements bilieux parfois incessants, soif ardente (1).

La résorption de la bile, qui ne tardera pas à se faire dans les jours qui suivent, se traduira par un ictère plus ou moins accusé, auquel pourra se joindre la décoloration des fèces.

VIII

Traitement. — Nous ne ferons que mentionner ces contusions légères et éphémères dont les observations publiées ne reçoivent même pas le reflet. Ces cas guérissent en quelques jours par le repos, un bandage de corps et une diète de courte durée.

Bien autrement importantes sont les contusions assez violentes pour justifier un traitement spécial et d'urgence. A ce sujet, notre embarras est grand, car bien divergentes sont les opinions. Jusqu'à une époque assez rapprochée de nous, les contusions du foie sans plaie extérieure ont été, par ce fait même, abandonnées au domaine de la médecine qui alors faisait sa propriété de tout ce que le bistouri ne pouvait ou n'osait mettre au jour.

Tout le monde sait l'horizon nouveau qu'ouvre à la chirurgie la découverte de l'antisepsie. De l'innocuité de toute intervention propre devaient naître des indications d'opérations plus nombreuses; c'est alors que peu à peu la chirurgie attira vers elle la thérapeutique des contusions du foie.

Actuellement, nous disposons donc de deux sortes de traitement, le *traitement médical* (repos, diète, compression de l'abdomen, opium à l'intérieur); le *traitement chirurgical*, qui peut se résumer en quelques mots : laparotomie immédiate, arrêt de l'hémorragie à sa source même.

A priori, il semble très rationnel de recourir d'emblée au traitement chirurgical. Bien que ce soit là une nouveauté pour les traités classiques, l'application de ce traitement est indiquée en principe. Logiquement, en effet, n'est-il pas urgent, en présence d'une contusion du foie qui, on le sait, n'est rien par elle-même, mais peut devenir mortelle par suite de l'épanchement de sang qui en est souvent la conséquence, n'est-il pas urgent d'ouvrir la paroi abdominale et de chercher à arrêter l'hémorragie produite ou en train de se produire, grâce à la suture, ou du moins au tamponnement de la plaie hépatique? tout cela sous le couvert de la plus rigoureuse antisepsie que nous savons pratiquer aujourd'hui.

D'un autre côté, la clinique vient confirmer ce que nous fait pressentir la théorie. Les quelques observations publiées jusqu'à ce jour par les chirurgiens français : Terrier, Terrier et Auvray, Faure, et par les chirurgiens étrangers : Dalton, Körte, Schlatter, etc., sont presque toutes concluantes et à l'éloge de l'*intervention immédiate*. L'observation de Dalton (2), d'un coup de pied dans l'abdomen avec signes d'hémorragie, traité par la laparotomie presque immédiate, montre que l'application d'une pince à forcipressure et un tamponnement à la gaze iodoformée ont suffi à enrayer des phénomènes plus qu'alarmants et à amener la guérison.

Citons encore l'observation suivante entre beaucoup

(1) Voir : Terrier et Auvray. Traumatismes du foie et des voies biliaires, *Revue de chir.*, n° 1, janv. 1897.

(2) Dalton. Loc. cit.

d'autres (1). Il s'agissait d'un jeune homme de seize ans, écrasé par une voiture et qui présentait de la douleur hépatique et des signes d'hémorragie. La laparotomie permit de faire un tamponnement à la gaze iodoformée et d'obtenir la guérison d'une plaie du foie.

Il n'est pas douteux d'ailleurs que de nouvelles observations ne viennent dans l'avenir de plus en plus nombreuses grossir le contingent de ces succès opératoires.

Mais tout en étant dévoué nous-même à la pratique chirurgicale, nous nous permettons d'avancer que ces observations seront toujours citées, à cause précisément de leur caractère d'exception, quoique pourtant les contusions du foie soient relativement fréquentes. Nous nous expliquons.

L'intervention immédiate à la suite des contusions directes du foie sans plaie extérieure sera toujours rare pour les raisons suivantes :

Et d'abord, cette intervention pour produire tous ses bons effets doit être immédiate. Que l'on consulte à cet égard le tableau synoptique du travail de MM. Terrier et Auvray (2), on y remarquera :

Le cas de Körte (3) opéré deux jours après l'accident ;

Le cas de Krönlein (4) opéré quatorze jours après l'accident ;

Les deux cas de Page (5) opérés trente heures après l'accident ;

Celui de Schlatter (6) opéré deux jours après l'accident ; tous terminés par la mort.

Tandis que :

Le cas de Dalton (7) opéré presque aussitôt après l'accident ;

Le cas de Faure (8) opéré trois heures après l'accident ;

Le cas de Zeidler (9) opéré quatre heures et demie après l'accident ;

Le cas de Dalton (10) opéré dix-neuf heures après l'accident sont couronnés de succès (11).

C'est ce que Schlatter exprime en disant : Que plus l'*intervention est précoce*, plus *favorable est le pronostic*.

Et l'on verra dans l'avenir, lorsque les pièces du procès seront en assez grand nombre pour en faire l'instruction complète, les indications se préciser davantage de cette laparotomie presque immédiatement consécutive à l'accident. Les insuccès des opérations retardées feront limiter les indications de la laparotomie aux quelques heures qui suivent le traumatisme.

Or cette condition est déjà une exigence difficile à satisfaire. Il faudra donc que, pour concevoir des espérances légitimes, le chirurgien se trouve auprès du blessé aussitôt après l'accident (sans dépasser environ cinq à six heures). Voilà pour la *question de temps*.

En second lieu, une laparotomie ne se fait pas partout et ici surgit une *question de lieu*. C'est une opération assez grave et qui, comportant l'exposition à l'air et aux autres agents de contamination, de la tunique péritonéale, exige par cela même une antisepsie irréprochable ; en outre, la nécessité d'un appareil instrumental assez compliqué et surtout la présence d'aides plus qu'intelligents, mais instruits, tout cela n'est-il pas la ressource unique d'une grande ville ou d'un hôpital assez important ?

Le chirurgien ne sera pas toujours certain de tomber sur un foyer hémorragique limité ou facile à tamponner. Il nous semble que, dans plus d'un cas de foie divisé en deux parties adhérentes l'une à l'autre uniquement par des brides vasculaires, la laparotomie eût été inutile et peut-être même désastreuse, par l'impuissance où l'on eût été de combler une trop large brèche.

D'ailleurs, de l'aveu même de chirurgiens experts en la matière, les plaies petites ou moyennes donnent de meilleurs résultats que les larges plaies hémorragipares qui conduisent presque régulièrement à la mort.

Or, ces plaies de modestes dimensions n'offrent-elles pas précisément des chances sérieuses de guérison spontanée par le traitement médical, dont le fondement est l'immobilisation ? Il n'est pas jusqu'à l'état général très bas du blessé qui, souvent, ne contre-indique l'opération, comme dans l'observation I de Chr. Heath, où le collapsus empêcha toute intervention dans un cas d'hémorragie péritonéale, terminé par la mort vingt-sept heures après l'accident.

Enfin, il est une question de pratique, secondaire si l'on veut, mais dont la solution ne sera pourtant pas indifférente à la décision que prendra le chirurgien. Celui-ci obtiendra, en effet, plus certainement un consentement à une opération dans les cas de contusion avec plaie que dans les contusions sous-cutanées. Dans ce dernier cas, s'il propose l'intervention, il ne pourra le faire qu'à bon escient. Car si, dans une plaie contuse du foie, en outre d'une hémorragie possible, l'infection presque certaine prédispose aux accidents septiques et aggrave de beaucoup le pronostic, c'est un accident de moins à redouter dans les contusions sans plaies. De plus, comme nous l'avons déjà vu, la section des vaisseaux à peu près certaine dans les plaies contuses ne sera pas là pour imposer l'urgence dans les contusions.

Nous n'insistons pas sur l'habileté professionnelle et l'érudition spéciale que devra posséder l'opérateur. Nous les supposons effectives.

Et on nous concédera que toutes ces questions de rapidité des soins, de local et d'outillages spéciaux, d'antisepsie, d'aides médicaux et enfin de difficultés d'indications enlèvent à la méthode interventionniste d'emblée un certain nombre de ses bénéfices. Nous le répétons, cette méthode est, à notre avis, une méthode de choix, mais de par la difficulté et la multiplicité des conditions qu'exige sa réalisation, ce sera longtemps encore une méthode d'exception, dont pourront seuls profiter quelques privilégiés.

Voici d'ailleurs les principes de cette méthode pour le manuel opératoire de laquelle nous renvoyons au travail de MM. Terrier et Auvray (1), où la question est traitée de main de maître.

(1) Zeidler. *Deuts. Med. Wochens.*, 13 sept. 1894.
(2) Terrier et Auvray. Loc. cit., p. 764 et 765.
(3) Korte. *Samml. klin. Vortr.*, 1892, n° 40, 2e serie, X, p. 273.
(4) Cité par Schlatter. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1896, XV, 2.
(5) Page. *Trans. clin. Soc. of London*, 1891-1892, XXV, p. 172.
(6) Schlatter. Loc. cit.
(7) Dalton. Loc. cit.
(8) Faure. Soc. de chir. de Paris, 6 mai 1896.
(9) Zeidler. Loc. cit.
(10) Dalton. *Weekly med. Review*, 18 juillet 1870.
(11) Nous passons sous silence le cas de Millan (*The Lancet*, 1860, t. II, p. 481). Il s'agit alors seulement d'une ponction évacuatrice très tardive (un mois et demi après l'accident) et non d'une opération d'urgence. Quant à l'opération de Zoledziewski (loc. cit.), quoique la laparotomie eût été faite assez tard et renouvelée, le foie put être considéré comme guéri, mais le blessé fut menacé dans la suite par des accidents nerveux rebelles à tout traitement; ce cas nous semble devoir être rangé, sans trop de présomption, dans les insuccès.

(1) Terrier et Auvray. Loc. cit. p. 745.

L'incision de choix est l'incision médiane étendue de l'appendice xiphoïde à l'ombilic et même descendant plus bas, s'il le faut. L'exploration visuelle devant prêter son concours à l'exploration digitale, on agrandira l'ouverture toutes les fois que cela sera nécessaire par une incision suivant le rebord des fausses côtes. La section ou la résection de cartilages costaux ou même de côtes ne devra pas être un obstacle à une exploration minutieuse. Enfin, la voie transpleurale pourra être indiquée dans les contusions de la région postérieure du foie ou intéressant le diaphragme et la plèvre.

Le traitement de la déchirure consistera dans la ligature des vaisseaux, s'il y en a de béants, la suture de la plaie hépatique, sinon la thermocautérisation ou le tamponnement à la gaze iodoformée. Enfin, avant de refermer, on procédera à une toilette minutieuse du péritoine. Lorsqu'il y aura des phénomènes de collapsus, nous ne devrons jamais omettre de recourir aux injections de sérum artificiel (Na Cl = 7 grammes p. 1000 d'eau) dont l'efficacité reconnue est de date toute récente.

Le praticien se verra donc contraint encore plus d'une fois de traiter les contusions hépatiques par les moyens médicaux. Mais ces moyens eux-mêmes demandent à être employés avec sagesse et raisonnement pour fournir de bons résultats.

L'indication causale est non pas alors de traiter la plaie du foie (qui n'est pas grave par elle-même), mais d'arrêter l'hémorragie qui accompagne presque toujours cette plaie. Il faut donc immobiliser le corps intus et extra pour favoriser la production et l'organisation d'un caillot obturateur.

Intus : grâce à l'opium (ingéré sous forme d'extrait gommeux) ou de préférence à la morphine en injections hypodermiques. Le danger est pressant : il faut, à tout prix, obtenir une sorte d'assoupissement de tous les viscères et de leurs fonctions et en même temps une modération du courant sanguin. L'opium et la morphine sont tout indiqués, mais à plus haute dose qu'on ne le fait habituellement ; ce n'est pas 1 centigramme de morphine qui suffit, c'est 4 ou 5 centigrammes. La tolérance à cet égard est très grande ; on tâte d'ailleurs la susceptibilité du sujet.

Naturellement à cela s'ajoute la diète des aliments liquides et surtout solides.

Extra : Compression abdominale et thoracique par une large ceinture ou un bandage de corps.

Mais ce n'est pas suffisant : nous ajouterons à ce traitement l'injection immédiate d'*ergotinine* Tanret, dont x gouttes pour une injection suffisent, et cela même s'il n'y a pas de signes d'hémorragie dès le début. Cette injection, en quelque sorte préventive, ne peut que contribuer à parer à l'accident possible le plus redoutable de ces traumatismes : l'hémorragie. On peut la continuer plusieurs jours de suite sans inconvénient, et, s'il le faut, la répéter deux fois dans la journée.

Si nous ajoutons à cela l'application de glace sur la région hépatique, nous aurons passé en revue les moyens thérapeutiques *médicaux* du début.

Malgré ces soins donnés tout de suite après l'accident, ou bien le chirurgien arrivant auprès du blessé un certain nombre d'heures (un jour ou davantage) après l'accident, le tableau est le suivant : le blessé est prostré, il a le facies grippé, le pouls filiforme ; il éprouve de la douleur et de la gêne de la respiration, une douleur hépatique locale, le ventre est ballonné et sonore, sauf dans la région hépatique ; à la percussion, on trouve de la matité dans le flanc droit. On reconnaît là les signes d'une hémorragie intra-péritonéale. Que faire ? La laparotomie secondaire ne donne pas de bons résultats, d'autant que la plupart des raisons pour lesquelles la laparotomie primitive n'a pu être faite subsistent encore les mêmes. Malgré tout, devant cette certitude de l'hémorragie, malgré le peu de chances de succès, le médecin devra, et il obtiendra cette fois un consentement beaucoup plus facile, faire la laparotomie. Si l'issue ne couronne pas ses efforts, il pourra du moins se retrancher derrière la fatalité du pronostic, si le blessé avait été abandonné à lui-même.

Le manuel opératoire sera d'ailleurs celui de la laparotomie exploratrice : incision médiane ou incision latérale, recherche de la plaie hépatique (suture, ligature, thermocautérisation, tamponnement), enfin lavage péritonéal.

Le lendemain de l'accident ou le surlendemain, apparaissent les signes d'une péritonite provoquée par un épanchement de bile ou de sang, ou résultant d'une propagation de la périhépatite consécutive au traumatisme, ou résultant directement du traumatisme lui-même.

Le traitement en ce cas est assez difficile à préciser : il est l'objet de bien nombreux litiges, car la péritonite n'est pas univoque. Elle offre des modalités très diverses, nous l'avons vu ; elle peut être aiguë ou chronique et, dans chacun de ces cas, revêtir le type localisé ou généralisé.

Naturellement, la thérapeutique ne peut être systématique pour ces cas différents. Suivant les aspects que la lésion sera susceptible de revêtir, suivant l'état général, suivant les désirs de l'entourage, le milieu, suivant son propre tempérament, le médecin s'engagera dans une voie ou dans l'autre et emploiera les divers traitements qui sont, par gradation : le traitement médical, la ponction, l'incision, la laparotomie.

Pourtant, il nous semble qu'un enseignement général ressort des observations publiées, c'est, d'une part, la gravité des péritonites aiguës, à forme rapide et fortement réactionnelles, et, d'autre part, la guérison relativement fréquente des péritonites chroniques ou tardives ; ce sont les premières qu'il nous semblera sage d'opérer, car ce sont celles qui, par le traitement médical, évoluent la plupart du temps d'une façon néfaste, tandis que les secondes sont plus susceptibles de guérir pour peu qu'on les aide de quelques précautions et de quelques soins.

Enfin, la dernière complication des contusions, et la plus rare, c'est l'abcès du foie. Son traitement est délicat : l'abcès peut se traiter lui-même en se faisant jour au niveau des organes digestifs, de la plèvre, des téguments. Le mieux est de le dépister avant qu'il n'ait commis des dégâts souvent irréparables ; si l'on y parvient, le seul traitement consistera dans la ponction ou bien dans l'ouverture et le lavage à ciel ouvert, s'il est très proche de la surface cutanée.

Résumons le traitement : à la suite d'une violente contusion du foie, sans participation des téguments, le meilleur traitement nous semble être le traitement en quelque sorte prophylactique, c'est-à-dire la laparotomie exploratrice. Mais cette laparotomie sera d'un emploi exceptionnel à cause des difficultés d'exécution.

Alors, on aura recours au traitement médical : opium ou, et plutôt, morphine à haute dose, injections d'ergotine, enserrement abdomino-thoracique dans un bandage de corps, vessie de glace sur la région hépatique.

Devant l'hémorragie intrapéritonéale menaçante, il sera indiqué de faire la laparotomie et de chercher à endiguer l'écoulement, en même temps qu'on procédera à la toilette du péritoine.

La péritonite aiguë ou généralisée méritera également l'intervention, tandis que la péritonite tardive ou chronique sera, la plupart du temps, justiciable d'une thérapeutique médicale (glace et révulsifs abdominaux).

Enfin, si l'abcès du foie peut être diagnostiqué topographiquement avec certitude, il ne faudra pas tarder à le vider, soit par ponction, soit par incision.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (1)

Par le docteur J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

IV

TROISIÈME SÉRIE

Infection péritonéale nulle.

Les quatre cas qui composent cette dernière série sont des plus instructifs. Ici, au moment de l'intervention, les phénomènes infectieux sont nuls, ou à peu près nuls. Aussi voyons-nous des malades supportant parfaitement leur opération et se réveillant dans un état satisfaisant. Si trois d'entre eux sont morts, c'est à la suite d'accidents qui n'incombent pas à l'opération elle-même. On n'observe rien de semblable à ce qui se passe chez les malades en proie à une infection suraiguë et que l'ébranlement dû à l'opération suffit souvent à achever. Le pronostic opératoire est donc ici des plus favorables et loin de se borner à ces interventions hâtives qui, dans les cas désespérés, ne peuvent souvent avoir d'autre prétention que de donner issue aux liquides péritonéaux infectés sans pouvoir tarir la source de l'infection, il est au contraire absolument indiqué d'aller avec patience à la recherche des lésions et de leur porter directement remède. Il ne faut pas trop craindre de prolonger une intervention que le malade est presque toujours en état de supporter, par le fait seul qu'il n'est pas sous le coup d'une infection grave au moment où elle se produit.

Alors que, chez les malades surinfectés, il faut que l'opération soit avant tout rapide, chez les malades dont le péritoine est sain, il faut que l'opération soit avant tout complète.

Obs. XV. — *Invagination intestinale. Laparotomie. Mort.* — P... (Lucien), neuf ans, opéré le 11 décembre 1895, à Bicêtre, où il était hospitalisé.

Depuis la veille, accidents d'occlusion intestinale légère, ténesme rectal, issue presque constante de matières glaireuses et sanguinolentes. A six heures du matin, vomissement noirâtre, non fécaloïde. A onze heures, l'abdomen s'est un peu ballonné, surtout dans la région cæcale. Dans la fosse iliaque gauche, on reconnaît vaguement un boudin allongé et on diagnostique une invagination du côlon descendant.

Dans l'après-midi, je pratique la laparotomie sur la ligne médiane. Bientôt, au niveau du rein gauche, je constate une invagination du gros intestin. Tout le côlon transverse est invaginé dans le côlon descendant, qu'il remplit jusqu'à 10 centimètres de l'anus environ.

L'invagination est facilement réduite, d'abord par simple traction sur le bout invaginé, puis, cette manière d'opérer n'agissant plus, par expression du cylindre enveloppant, au-dessous des limites du cylindre invaginé, je retire ainsi rapidement de 40 à 50 centimètres du côlon transverse, invaginé dans le côlon descendant. L'insertion colique du grand épiploon avait accompagné l'intestin dans son invagination. L'intestin désinvaginé ne présente aucune lésion. Le péritoine est absolument sain. L'abdomen est refermé, sans incidents. L'opération a duré vingt-cingt minutes environ.

Réveil facile. Presque aussitôt après, en même temps qu'il a des vomissements fécaloïdes, le malade rend par l'anus une assez grande quantité de matières fécales.

Dans la journée, injections d'éther et de sérum.

A sept heures du soir, l'état est très satisfaisant, pas de douleurs vives, pouls assez fort. Le malade, complètement éveillé, reconnaît les personnes qui l'entourent, demande le bassin pour vomir ou aller à la selle.

A huit heures et demie, étant assis sur son lit, l'enfant a un brusque sursaut, se raidit et tombe à la renverse. L'interne de garde aussitôt appelé trouve l'enfant sans mouvement, sans pouls, sans respiration. On fait des injections d'éther et on pratique la respiration artificielle.

Les mouvements imprimés à la cage thoracique font naître un gargouillement très fort, comme si le larynx et les bronches étaient obstrués de liquide.

Pensant que le malade a vomi dans sa trachée, on incline la tête en bas. Un flot de liquide noirâtre, d'aspect et d'odeur fécaloïdes, s'écoule par la bouche. L'enfant ne peut être ranimé.

Autopsie. — A la section de la trachée, s'écoule un liquide noir, d'odeur excrémentitielle, absolument semblable aux vomissements qui ont précédé la mort. Dans les deux poumons, le liquide pénètre jusqu'aux ramifications bronchiques de petit calibre.

Une légère quantité de liquide rougeâtre est accumulée dans le petit bassin; le grand épiploon est déchiré et présente une vascularisation intense. Les anses de l'intestin grêle sont agglutinées et vascularisées; par place, on trouve quelques ecchymoses peu étendues.

A partir du cæcum, le gros intestin est très dilaté; à 30 centimètres au-dessus du cæcum, le côlon transverse présente une vascularisation très intense, qui, 10 centimètres plus loin, devient ecchymotique et se prolonge à un degré moindre sur une étendue de 40 centimètres environ. A 50 centimètres au-dessus de l'appendice cæcal, on découvre une déchirure transversale de la tunique musculaire de l'intestin, déchirure qui sectionne la totalité de la bande longitudinale antéro-supérieure, sans intéresser les tuniques sous-jacentes.

Le siège de l'invagination semble avoir été situé au-dessous de cette déchirure, à quelques centimètres au-dessous de l'angle gauche du côlon. Les altérations de l'intestin dans la région invaginée sont d'ailleurs très légères.

Cette mort accidentelle est vraiment malheureuse. Étant donné le bon état relatif de l'enfant au moment de l'opération, l'intégrité presque absolue du péritoine, l'absence à peu près totale d'infection, je reste convaincu que ce petit malade aurait parfaitement guéri. Il était d'ailleurs en excellente voie lorsque cette obstruction trachéo-bronchique est venue le tuer brusquement.

Malgré l'anesthésie, malgré des manipulations intestinales assez importantes, cet enfant devait guérir. Chez lui, le choc opératoire avait été presque nul et cela certainement parce que, au moment de l'intervention, l'état général

---

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 715.

était bon, parce que le péritoine était sain, parce que, en un mot, les phénomènes infectieux étaient nuls.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1897. — Présidence de M. DELENS.

DISCUSSION SUR LE CANCER DU RECTUM

M. MARCHAND rappelle que M. Quénu a insisté sur les récidives ganglionnaires du cancer du rectum. Ces récidives ganglionnaires sont très rares. C'est surtout dans le foie, dans les viscères ou dans la cicatrice que récidivent ces cancers. Mais on observe très rarement les tumeurs ganglionnaires du voisinage dont a parlé M. Quénu.

M. QUÉNU est de l'avis de M. Marchand sur la récidive fréquente dans la cicatrice, quand l'ablation n'a pas été faite assez largement; mais il s'en sépare complètement au point de vue de l'invasion des ganglions lymphatiques. Ces adénopathies cancéreuses sont extrêmement communes. On peut même dire qu'elles sont la règle. Mais elles sont justiciables d'un traitement opératoire, si l'on suit la méthode sur laquelle M. Quénu a appelé l'attention.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

M. P. RECLUS. M. Richelot, dans une de nos précédentes séances, vous a exposé sa nouvelle technique d'hystérectomie abdominale totale, et, avec son esprit et sa bonne humeur habituelle, il a lui-même porté la main sur son premier procédé qu'en un moment d'enthousiasme il avait qualifié de « définitif ». Sa formule actuelle me paraît vraiment simple, mais comme je n'y ai pas encore eu recours, ce n'est ni pour la critiquer, ni pour la défendre que je prends la parole. Je veux tout uniment dire que le problème de l'hystérectomie abdominale totale, posé depuis quelques années devant les physiologistes, a reçu plusieurs solutions « élégantes », comme disent les mathématiciens. Pour ma part, depuis un an, j'ai accepté celle qu'a proposée Doyen; j'ai, par son procédé, pratiqué dix hystérectomies abdominales totales, et je viens vous exposer le résultat de ces douze mois d'expérience.

Cette expérience paraît absolument favorable à la méthode que vous connaissez tous, sans doute, et sur laquelle je n'ai pas besoin d'insister. Après incision suffisante de la paroi abdominale, on aborde le fibrome débarrassé au besoin de ses adhérences. On le saisit avec de fortes pinces, ou même avec un énorme tire-bouchon à large poignée et dont on enfonce la pointe dans la masse de la tumeur que l'on tire, autant que possible, hors du bassin, et que l'on couche sur le pubis. Il est bien entendu que toutes ces manœuvres sont facilitées par la position de Trendelenburg. La face postérieure du fibrome et la cavité pelvienne sont alors très accessibles à l'œil et à la main. A ce moment, un aide fait pénétrer une grande pince courbe à pédicule dans le vagin; il presse et le bec de cette pince pénètre dans le cul-de-sac vaginal postérieur qu'il soulève. L'opérateur le voit et le touche et c'est sur lui qu'avec des ciseaux ou un bistouri, il pratique une boutonnière sur le cul-de-sac. Cette boutonnière est élargie par les doigts du chirurgien ou par l'écartement des branches de la pince. Par cette brèche on aperçoit et l'on touche le col utérin; on le saisit avec une pince ordinaire ou mieux avec une pince spéciale, très commode, on l'attire, et avec des ciseaux courts et solides on en circonscrit les insertions vaginales bien au ras de l'utérus, surtout en avant pour éviter la vessie. Lorsque cette désinsertion est complète, on passe un doigt en avant, entre l'utérus et la vessie qui se décolle avec la plus grande facilité, et l'on tire le péritoine à hauteur voulue, à quelques centimètres au-dessus de la vessie. La matrice fibromateuse ne tient plus alors que par les ligaments larges; d'un coup de ciseaux on sectionne d'abord celui de droite, puis celui de gauche, et l'on a la tumeur dans la main.

Doit-on, avant de pratiquer cette section des ligaments larges, faire ou ne pas faire d'hémostase provisoire; faut-il ou ne faut-il pas mettre des pinces sur des ligaments larges, de façon à oblitérer les vaisseaux avant de les ouvrir? Le promoteur du procédé élève la prohibition des pinces à la hauteur d'un dogme; les adversaires voient dans cette prohibition une erreur capitale. Ce point me paraît plutôt négligeable. J'ai été initié au procédé de Doyen, par mon ami Ch. Nélaton; avec lui, dans les premiers cas, nous avons pratiqué l'hémostase provisoire. Or, il nous arrivait d'ordinaire de bien saisir les artères ovariennes, qui donnent peu de sang, et de ne pas étreindre l'utérine qui en donne beaucoup plus. A présent, comme Doyen, je ne mets pas de pinces. Lorsque, après une désinsertion vaginale j'ouvre l'utérine, je vois la perte de sang, et comme je manœuvre à l'aise dans le petit bassin, je mets une pince et tout est dit. Mais je ne parle, bien entendu, que des cas de notre pratique ordinaire. Hier, à l'Académie, le professeur Pinard nous parlait fort éloquemment d'hystérectomie totale dans des cas d'utérus gravide : ici, les vaisseaux sont énormes; en quelques secondes une violente hémorragie, très préjudiciable à une malade affaiblie, peut se faire. Que, dans ces cas, l'hémostase préventive soit nécessaire, ou même indispensable, je le crois volontiers et je m'en réfère absolument sur ce point à ceux de mes collègues qui ont pratiqué cette opération.

Lorsque l'utérus est détaché et l'hémostase faite, je considère l'opération comme terminée. Il n'en est pas de même pour la plupart des auteurs; Doyen, dans son procédé, aussi bien que Richelot dans le sien, rapprochent les lèvres écartées du péritoine, suturent les ligaments larges et ferment le vagin. Ils accordent même une certaine importance à ce temps de l'opération, et il me semble avoir lu que Martin (de Berlin) prétend avoir beaucoup amélioré ses statistiques depuis qu'il clôt ainsi la cavité abdominale. Pour ma part, en faisant les ligatures artérielles, je réunis tous les feuillets péritonéaux; c'est même une façon excellente d'avoir une hémostase plus soignée, mais je laisse le vagin ouvert, et un orifice béant assure, par le passage d'une lanière de gaze iodoformée, le drainage du petit bassin. C'est pour moi une sécurité de plus; je sais bien que les auteurs qui préconisent la fermeture du vagin insistent sur la possibilité des hémorragies par la tranche postérieure de la désinsertion vaginale. La suture oblitère les vaisseaux de cette tranche; c'est vrai, mais j'ai soin de saisir cette lèvre postérieure avec une pince, et, si je la vois saigner, j'en suis quitte pour mettre un catgut sur le ou sur les vaisseaux ouverts. Si j'indique ainsi ma pratique, ce n'est point pour être imité, car je sais les résultats excellents qu'on a obtenus avec la fermeture.

Mais les auteurs me paraissent vraiment trop insister sur ce point. Doyen, en particulier, considère cette fermeture comme un temps essentiel de son procédé. En vérité, c'est exagéré. Est-ce que Doyen, est-ce que Richelot ne considèrent pas l'hystérectomie vaginale comme « l'intervention heureuse, sans suites pénibles et sans mortalité »? Mais, je vous le demande : dans cette intervention heureuse, ferme-t-on le péritoine? oblitère-t-on le vagin? Non, et cependant l'opération est sans suites pénibles et sans mortalité. Or, après l'hystérectomie abdominale totale, le péritoine et le vagin, si comme moi on ne les oblitère pas, se trouvent juste dans le même état où ils sont après l'hystérectomie vaginale. Et je crois pouvoir en conclure que cette fermeture n'est pas nécessaire, qu'elle est au moins inutile et que,

dans les cas où des délabrements considérables, une intervention trop longtemps prolongée, la présence de quelque salpingite concomitante ont pu prédisposer à l'infection du petit bassin, il est peut-être préférable de conserver le vagin ouvert et d'en profiter pour drainer le foyer opératoire.

Comme M. Richelot, j'emploie le catgut pour mes ligatures et non les fils de soie; au début, j'avais, à l'exemple de Doyen, mis des fils de soie que je faisais ressortir par le vagin. Mais ces fils persistent indéfiniment et s'infectent. J'ai, dans les Charentes, une femme opérée depuis quinze mois et qui porte encore un fil autour duquel, m'écrit son médecin, se fait une suppuration insignifiante, mais intarissable.

Grâce à ce procédé, j'ai pratiqué dix hystérectomies abdominales totales que je divise en deux catégories : dans la première, qui ne comprend que deux cas, il y avait bien fibrome utérin, mais les lésions les plus importantes étaient certainement les salpingites concomitantes. La première de ces deux opérations fut d'une exécution particulièrement difficile. Il y avait, outre un gros utérus farci de fibromes, deux énormes masses salpingiennes avec adhérences à l'épiploon, aux intestins, à l'utérus et aux parois du petit bassin. Malgré de grands délabrements et une intervention d'une durée très longue, les suites furent excellentes et je croyais la guérison de la malade assurée, lorsque, au vingt-cinquième jour, la veille de son départ de l'hôpital, elle tomba morte dans la cour de la Pitié, sans doute à la suite d'une embolie. Je ne dirai rien de la seconde malade dont, cependant, la salpingite du côté gauche était si volumineuse que le diagnostic de kyste dermoïde avait été porté; l'ablation des annexes et de l'utérus se fit, au demeurant, sans encombre, et la guérison totale et définitive fut rapide. Je dirai, à propos de cette classe, que le procédé de Richelot pour l'extirpation des annexes me paraît trop précis. Sa technique est vraiment trop théorique; on fait alors comme on peut et je crois que tout plan trop précisé à l'avance sera presque fatalement violé. J'ajouterai que les adhérences avec l'épiploon et les intestins étant des plus graves et des plus importantes, il me semble plus rationnel de commencer par elles; on peut alors plus facilement, après la libération des intestins et de l'épiploon, refouler les viscères et les isoler du foyer opératoire.

J'en arrive à l'hystérectomie pour fibromes seuls. Elle a été pratiquée 8 fois dans mon service depuis un an, 1 fois par mon assistant, M. Faure, et 7 fois par moi. Et malgré le volume souvent considérable du fibrome, malgré des difficultés opératoires parfois très grandes, le procédé de M. Doyen m'a donné 8 succès sur 8 interventions. J'ai donc tout lieu de m'en déclarer fort satisfait. Dans un cas, une ligature mal faite me fit ouvrir l'anse sigmoïde et je dus faire une suture latérale de cet organe. Dans un autre cas, vers le sixième jour, je m'aperçus que de l'urine sortait par mon drainage vaginal, la vessie avait sans doute été blessée, mais peu à peu l'écoulement devint moins abondant, puis il se tarit tout à fait et l'opérée ne tarda pas à sortir guérie. Voilà les seuls accidents et les seuls incidents que j'ai eu à relever dans mes 8 cas qui m'ont donné 8 guérisons.

Je conclus : l'hystérectomie abdominale totale me paraît une excellente opération et dont la mortalité ne me paraît pas devoir être plus grande que celle de l'ovariotomie il y a quinze ans. Plusieurs procédés vraiment fort simples nous permettent de pratiquer cette intervention; il en est deux ou trois qui me paraissent se valoir; en tout cas, je puis témoigner que celui du chirurgien de Reims doit être rangé parmi les meilleurs.

M. REYNIER dit que M. Richelot a fait connaître un procédé intéressant. Ce procédé se rapproche du procédé américain. Le décollement de la vessie se fait de haut en bas. Quand il s'agit de fibromes de moyen volume, tous les procédés sont bons. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit de fibromes profonds, enclavés dans le petit bassin. La recherche du col de l'utérus, dans ces cas, devient difficile. Le procédé de M. Richelot ne saurait s'appliquer à tous les cas, en particulier à ces gros fibromes. Le décollement de la vessie de haut en bas est plus difficile que de bas en haut, comme il se fait dans l'hystérectomie vaginale. Quant au procédé de Doyen, il est extrêmement rapide. Mais pourquoi ne pas se préserver contre les hémorragies? Ce que l'on ne fait pas avant, dans le procédé de Doyen, on est obligé de le faire après. Or, mieux vaut pincer les vaisseaux avant qu'après. Il est très facile ensuite de remplacer les pinces par un catgut; quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que le procédé de Doyen donne des résultats très remarquables.

Pourquoi fermer le vagin? Très souvent les gros fibromes s'accompagnent de salpingites suppurées, pouvant devenir une source d'infection. Or, en pareil cas, le maintien de l'ouverture de la cavité vaginale et un bon drainage avec une mèche iodoformée donnent une grande sécurité. M. Reynier est de l'avis de M. Reclus et il pense avec lui que les fils de soie sont trop longs à s'éliminer. Il préfère donc les remplacer par du catgut.

M. Richelot a vanté l'hystérectomie abdominale totale pour les lésions des annexes. Pour M. Richelot, l'hystérectomie fait partie du traitement des annexites. M. Reynier estime qu'il faut, pour enlever un utérus, que celui-ci soit malade. Il n'est d'ailleurs pas démontré que l'utérus soit aussi inutile qu'on l'a dit après l'ablation des annexes. M. Reynier pense, en résumé, que l'hystérectomie ne doit être pratiquée qu'en présence d'un utérus malade.

COMMUNICATION

Mélano-sarcome primitif des ganglions cervicaux. — M. BERGER communique l'observation d'un mélano-sarcome primitif des ganglions du cou, qu'il a opéré il y a quinze mois et qui n'a pas encore récidivé. Il s'agissait d'un grand chasseur qui appuyait très souvent la crosse de son fusil sur le côté du cou. Il se développa, à ce niveau, un sarcome fuso-cellulaire primitif des ganglions; ces cas de mélano-sarcomes primitifs des ganglions sont très rares. M. Berger n'a pu en réunir que trente et un cas. Il examine ces différents cas et fait connaître l'observation du malade qu'il a opéré il y a quinze mois. A l'aide de ces diverses observations, M. Berger donne une description complète de cette variété de sarcomes.

M. MARCHAND ne croit pas, comme M. Berger, que ces sarcomes mélaniques des ganglions soient si rares. Il en a observé trois exemples bien nets.

PRÉSENTATIONS

Cerclage de la rotule. — M. RICARD présente une malade qui était atteinte d'une fracture de la rotule et chez laquelle il a pratiqué, il y a trois semaines, le cerclage de cet os. Le résultat est aussi satisfaisant que possible tant au point de vue de la solidité qu'au point de vue du fonctionnement du membre. Cette opération a été pratiquée avec la plus grande facilité. Il y avait un grand épanchement dans l'articulation.

Canule pour lavements. — M. RECLUS présente une double canule métallique destinée à introduire dans l'intestin des lavements très chauds sans que le malade sente rien, cette canule portant l'eau au-devant de la région sphinctérienne, la seule sensible.

M. MARCHAND présente une bougie de Hégar qu'il a retirée de la cavité abdominale d'une malade et qui était dans le mésentère. Cette bougie avait été introduite dans l'utérus, y avait séjourné, l'avait perforé et était venue s'insérer dans le mésentère, menaçant à chaque instant de perforer l'intestin.

Fibrome de la paroi abdominale. — M. MICHAUX présente un fibrome de la paroi abdominale qui ne pèse pas moins de 4 kilogs et qu'il a récemment opéré.

LECTURE

Étranglement intestinal. — M. DUMOULIN communique une observation d'étranglement intestinal aigu qui avait donné lieu à tous les symptômes d'une appendicite.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, sur la proposition de M. le professeur Debove, à l'unanimité moins une voix, a émis le vœu que le concours d'agrégation n'ait plus lieu à Paris pour toutes les Facultés réunies.

— Au lendemain de la catastrophe du 4 mai, l'Administration de l'Assistance publique a décidé de donner le nom de Henri Feulard à la bibliothèque qu'il avait créée à l'hôpital Saint-Louis. Les amis et les collègues de Feulard ont pensé qu'ils devaient dédier à sa mémoire un souvenir dont l'original serait placé dans cette bibliothèque.

Une souscription est ouverte à cet effet; prière d'envoyer, dans le plus bref délai, sa cotisation à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. S'il est possible, une reproduction de l'œuvre placée à l'hôpital Saint-Louis sera mise à la disposition des souscripteurs.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet. — Trains de plaisir.* — A l'occasion de la Fête nationale, la Compagnie de Paris-Lyon-Méditerranée organisera pour Paris des trains de plaisir à prix réduits, comportant des voitures de 2e et de 3e classe, permettant de passer plusieurs jours à Paris.

Ces trains partiront et reviendront aux dates ci-après :

Nice.	Départ,	10 juillet;	retour, départ	17 juillet.
Cette	—	11 —	— —	16 —
Avignon.	—	12 —	— —	17 —
Lyon	—	11 —	— —	17 —
Genève	—	10 —	— —	16 —
Besançon	—	12 —	— —	16 —
Dijon.	—	12 —	— —	16 —
Clermond-Ferrand.	—	11 —	— —	17 —
Saint-Étienne . . .	—	11 —	— —	16 —

Des billets pour ces trains seront délivrés par toutes les gares.

Les voyageurs sont priés de s'adresser aux chefs de gares pour tous les renseignements (prix et conditions).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

APENTA

L'Eau Purgative Naturelle par excellence.

Phosphate
Freyssinge
(POLYGLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ)

Chaque cuillerée à café contient :	Glycérophosphate de chaux....	0 gr. 15
	Glycérophosphate de soude....	0 gr. 05
	Glycérophosphate de fer.......	0 gr. 03
	Glycérophosphate de magnésie.	0 gr. 02

C'est-à-dire, 0 gr. 25 des divers glycérophosphates de l'organisme. — Une cuillerée à café à chaque repas comme **reconstituant général.** Le flacon 4 francs, **105, Rue de Rennes, Paris** et les pharmacies.

AUTRES PRÉPARATIONS GLYCÉROPHOSPHATÉES :

1° Solution de glycérophosphate de chaux Freyssinge, — 0 gr. 50 par cuillerée à soupe,
2° Dragées de glycérophosphate de chaux — — 0 gr. 20 par dragée;
3° Glycérophosphate de chaux granulé — — 0 gr. 20 par cuillerée à café;
4° Solution de glycérophosphate de soude — — 0 gr. 50 par cuillerée à soupe.
5° Glycérophosphate de soude injectable — — 0 gr. 20 par centimètre cube;
6° Solution de glycérophosphate de fer — — 0 gr. 20 par cuillerée à soupe;
7° Dragées de glycérophosphate de fer — — 0 gr. 10 par dragée;
8° Glycérophosphate de fer granulé — — 0 gr. 10 par cuillerée à café.

Xéroforme

est destiné à remplacer définitivement l'iodoforme. C'est l'épidermisant par excellence. Il tarit rapidement les écoulements des plaies sanieuses et semble posséder une action spécifique dans la guérison des ulcères tuberculeux.

Littérature et échantillons gratuits: L. Barberon, 15 Place des Vosges, Paris.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En flacons de 30 et de 60 grammes fermés à la lampe.



ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le **CHLOROFORME ADRIAN** est d'une conservation indéfinie
VENTE EN GROS : **9 et 11, Rue de la Perle, PARIS**

HÉMORRHAGIES — LYMPHATISME

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

ANÉMIE — CHLOROSE

Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.
Le Flacon : 4 francs.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NEVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGÉES MARIANI

AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.* **L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.**

Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées par jour. Boul. Haussmann, 41, Paris et Pharm.

ANTISEPSIE
PANSEMENT des Plaies.

DIIODOFORME TAINE

Iodoforme sans odeur

L'aspect du diiodoforme pulvérisé est en tout semblable à celui de l'iodoforme, il est jusqu'à présent le seul composé organique stable qui renferme la même quantité d'iode que l'iodoforme ordinaire. Le **DIIODOFORME TAINE** peut donc remplacer l'iodoforme dans tous les cas où l'on a coutume de faire intervenir celui-ci; il doit lui être préféré toutes les fois qu'il y a intérêt à réaliser un pansement ou à constituer une préparation inodore.

Elixir laxatif contre la CONSTIPATION
agréable à prendre
LIQUIDE
CASCARA ALEXANDRE
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
0g 50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
19, Rue des Mathurins, PARIS

N° 79. — MARDI 13 JUILLET 1897. 70e ANNÉE. MARDI 13 JUILLET 1897. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 12 juillet 1897.

Nous recevons la lettre suivante de l'un de nos abonnés de province :

« Monsieur le directeur,

Je vous serais très obligé si vous vouliez bien me dire si le médecin d'un hospice communal, nommé par l'Administration, a le monopole des soins donnés aux malades de cet établissement, et, dans l'affirmative, s'il ne serait pas autorisé à réclamer des honoraires de ceux qui s'y feraient admettre en payant; l'indemnité allouée au médecin chargé du service n'étant que de 100 francs pour une commune de 7000 habitants.

Veuillez agréer, etc. »

Les questions posées sont faciles à résoudre. La première, par l'affirmative la plus nette. Le médecin d'hospice est le seul à soigner les malades dans le service qui lui a été confié, et il a la direction exclusive de ce service.

Quant à la seconde question, elle se résout par la négative avec la même netteté. Non, le médecin chargé d'un service d'hospice ne peut réclamer d'honoraires de ceux qui s'y font admettre en payant. Que l'indemnité soit de 100 francs par an, comme dans le cas signalé, ou qu'elle soit plus élevée, l'obligation reste la même.

Mais de ce que la réponse est précise, il ne s'ensuit pas fatalement qu'elle donne une solution juste et équitable. Notre confrère, qui exerce dans un milieu restreint, qui connaît tous ou presque tous les habitants de sa commune et des environs, sait très bien si tel ou tel malade correspond à la catégorie des hospitalisables, s'il est admis gratuitement ou s'il paye son séjour à l'Administration. En son bon sens, il proteste contre cette situation, qui l'oblige lui, médecin communal, chargé pour une infime indemnité de soigner les pauvres, à donner en même temps ses soins à d'autres malades capables de l'honorer, mais qui, en payant l'Administration hospitalière, ont évité d'avoir à payer leur médecin.

Il y a là une situation anormale. Ce fait, signalé par notre correspondant, doit être rare en province, où l'hôpital est en général peu aimé, mais il est constant à Paris. Nous avons déjà trop écrit sur ce sujet pour y revenir plus longuement. Les syndicats médicaux se sont occupés de la question et s'en occupent encore. Réussiront-ils? Nous le souhaitons vivement. L'Administration hospitalière, qui fait payer le séjour dans ses salles et qui, de ce fait, reconnaît que son administré n'est pas un indigent, a-t-elle le droit strict de faire soigner gratuitement les malades payants par son médecin?

En bonne justice, le médecin devrait se faire honorer, de même que l'Administration se fait payer. Le médecin d'hospice n'accepte une indemnité si minime que parce qu'il veut s'associer à un acte de charité, et qu'il fait don de sa science et de son temps au pauvre, comme l'Administration fait don de ses salles et de sa nourriture. Mais quand l'Administration se fait payer, le pacte n'est-il pas rompu? Pourquoi le médecin d'hospice ne se ferait-il pas, lui aussi, indemniser par celui qui est reconnu pouvoir le faire? Parce que tel est l'usage; parce que telle est l'habitude. Les administrations ont trouvé bon de diminuer leurs dépenses en admettant des malades payants. Elles ne se sont pas inquiétées, ce faisant, des droits de leurs médecins qu'elles lésaient.

Dans les petites communes, c'est le même médecin qui aurait eu à soigner au dehors l'hospitalisé payant, il est donc doublement lésé. A Paris et dans les grands centres, c'est le médecin d'hôpital et ce sont tous les médecins de la ville qui sont frustrés par cette admission des non-indigents à l'hôpital. Cette situation est depuis longtemps signalée et elle ne paraît pas sur le point de cesser prochainement.

Depuis quelques années déjà, la **gastro-diaphanie**, ou, plus explicitement, l'application au diagnostic de l'éclairage intrastomacal, a été utilisée, et vraisemblablement sans grand résultat pratique, puisque de cette méthode on parle à peine. Peut-être y a-t-il là un procédé d'examen intéressant; c'est au moins ce que tend à prouver une observation apportée par M. Chauffard à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (9 juillet 1897). Dans ce cas particulier, il s'agit d'un homme de trente ans, atteint d'une affection gastrique de date déjà ancienne; cette affection se caractérise par une dilatation extrême de l'estomac, avec

stagnation, par une gastro-succorrhée d'ailleurs modérée; symptômes dus probablement à une sténose pylorique, fibreuse et permanente.

Or, pour préciser, la forme, la situation, la capacité de l'estomac, M. Chauffard a songé à avoir recours à un ingénieux procédé d'éclairage électrique de l'estomac par transparence. L'appareil, construit par M. Gudendag, consiste en une lampe électrique minuscule, montée à l'extrémité d'une sonde stomacale flexible. « Le malade remplit son estomac avec le siphon stomacal; puis, dans une chambre noire, la petite lampe électrique est introduite dans l'estomac et allumée. *Tout l'estomac apparaît lumineux, se dessine en rouge clair derrière la paroi abdominale.* Les courbures, la région du cardia et du pylore, la face antérieure, tout s'illumine d'un coup. Chez notre malade, debout, nous constatons ainsi, à la fois, la vaste dilatation et l'abaissement de l'estomac; la grande courbure est au contact du pubis et des arcades crurales, les orifices cardiaque et pylorique sont en situation normale; la petite courbure se dessine au-dessus de l'ombilic. On constate, de plus, qu'aucun épaississement ni tumeur n'existe, que les parois sont plus transparentes, plus lumineuses que celles d'un estomac sain, plus minces par conséquent » (Chauffard).

Pour qui a vu le malade ainsi « éclairé », présenté par M. Chauffard, il paraît certain que cette méthode doit donner des résultats bien plus certains que ceux que donne la dilatation factice provoquée par l'ingestion des mélanges effervescents, et il est probable que, grâce à elle, on pourrait reconnaître l'existence d'une tumeur en plaque ou d'un corps étranger.

Nous extrayons d'un travail très documenté de M. Jeanselme, sur l'**anesthésie dans la lèpre**, les principales conclusions qui suivent :

1° La répartition de l'anesthésie dans la lèpre est manifestement symétrique; elle est ordinairement répartie d'une manière égale sur les quatre extrémités;

2° L'anesthésie débute au niveau de l'extrémité libre des membres et remonte graduellement vers leur racine;

3° L'anesthésie des parties profondes du derme est, en général, moins marquée et plus tardive que celle des parties superficielles. A mesure que l'anesthésie progresse, elle descend de plus en plus bas dans la peau;

4° Primitivement rubanée, l'anesthésie tend à prendre dans la suite le type segmentaire;

5° Cette anesthésie segmentaire de la lèpre diffère par ses caractères essentiels de l'anesthésie segmentaire de la syringomyélie;

6° L'anesthésie n'occupe pas la zone de distribution périphérique d'un tronc nerveux, la disposition rubanée semble commandée par une altération des racines postérieures de la moelle;

7° L'anesthésie de la face et du tronc, sans être rare dans la lèpre, est moins fréquente qu'aux membres;

8° Au début, tous les modes de la sensibilité ne sont pas simultanément abolis; la thermo-analgésie l'emporte ordinairement de beaucoup sur l'anesthésie tactile;

9° Si l'on applique et maintient pendant un certain temps un corps froid ou chaud sur des régions peu sensibles, il est fréquent que le malade accuse une double sensation; il reconnaît immédiatement le contact; puis, après cinq à huit secondes, il perçoit une sensation thermique affaiblie;

10° Dans la lèpre, les perversions sensitives et les erreurs de localisation ne sont pas rares.

11° L'anesthésie n'est pas circonscrite dans des limites invariables. Elle comprend deux zones : l'une, fixe, qui correspond aux régions les premières et les plus profondément atteintes dans leur sensibilité; l'autre, mobile, au niveau de laquelle la sensibilité est seulement frappée de stupeur et non pas éteinte.

Les anesthésies de la lèpre et de la syringomyélie se distinguent entre elles par les caractères suivants :

1° L'anesthésie de la lèpre est toujours symétrique, d'abord rubanée, segmentaire dans la suite, imparfaitement dissociée et d'intensité graduellement décroissante, en allant de la superficie de la peau vers la profondeur, et de l'extrémité libre des membres vers leur racine;

2° L'anesthésie de la syringomyélie est souvent asymétrique, toujours segmentaire d'emblée, en général profondément dissociée et séparée par une limite brusque des régions sensibles sus et sous-jacentes.

LES MÉTRORRAGIES DANS LES MALADIES DU CŒUR (1)

Par M. Paul Dalché, médecin des hôpitaux.

III

Les considérations pathogéniques qui précèdent permettent d'être plus bref au sujet de l'étiologie.

Les métrorragies sont favorisées par les affections cardiaques qui entretiennent une certaine gêne circulatoire sans en arriver pour cela à un état grave d'asystolie; nous les rencontrerons donc bien plus souvent au cours des lésions mitrales que des lésions aortiques.

L'aortique accuse surtout des signes d'anémie artérielle, et la stase veineuse ne se manifeste que si le myocarde ou la valvule mitrale ont cédé. J'ai peine à croire qu'il survienne des épistaxis utérines, comme on l'a dit, sous la seule influence de l'hypertrophie du ventricule gauche, dans une insuffisance aortique. Lorsqu'une maladie de l'aorte ou de son orifice sigmoïdien s'accompagne de pertes utérines, avant d'affirmer une relation de cause à effet, il faut s'assurer si ces pertes ne ressortissent pas plutôt à l'artério-sclérose généralisée; par contre, l'aménorrhée est parfois fort précoce. Les ménorragies signalées dans l'angustie aortique congénitale se rapportent à des cas d'hémophilie où le rétrécissement artériel ne joue sans doute qu'un rôle fort secondaire.

Ce sont les affections mitrales surtout qui provoquent des métrorragies. Le rétrécissement mitral pur — de l'adolescence, d'évolution, etc. — paraît être l'altération valvulaire qui trouble la menstruation avec le plus de facilité; son action congestive prédominante nous en donne la raison, comme aussi son intervention dès le début de la vie génitale, à l'époque de la puberté.

Le rétrécissement pur acquis reste encore assez rare, tandis que la maladie mitrale complète, rétrécissement avec insuffisance, puis l'insuffisance pure, président à l'apparition d'un certain nombre de pertes. Enfin, il convient d'insister sur les cas où une maladie mitrale même légère complique une lésion aortique.

Dans les affections organiques du cœur droit, je n'ai pas

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 769.

retrouvé des complications métrorragiques citées par les auteurs, et n'en ai pas constaté moi-même; d'après Constantin Paul, « les règles sont régulières sans être trop copieuses. » De ces affections, la seule ayant une fréquence clinique, le rétrécissement pulmonaire présente une physiologie pathologique particulière : « Un phénomène, disent Potain et Rendu, qui appartient bien au rétrécissement pulmonaire, c'est l'absence d'œdème des jambes, et des signes de stase veineuse périphérique, à une époque où il n'est plus possible de méconnaître une maladie du cœur... La régularité du rythme cardiaque se maintient presque tout le temps... on ne trouve ni l'irrégularité des battements... ni les caractères de l'incoordination si spéciale aux mitraux. » Puis, quand le ventricule droit s'affaiblit, surviennent des troubles profonds de l'hématose qui conduisent plus volontiers à l'aménorrhée; enfin, les malades meurent souvent jeunes, de vingt à vingt-cinq ans. En général aussi dans la cyanose ou maladie bleue, comme je l'ai dit plus haut, la puberté est tardive, les fonctions génitales restreintes et la menstruation se ressent de l'état d'infantilisme. Peut-être toutes ces raisons combinées expliquent-elles l'absence des métrorragies. Il semblerait, d'après plusieurs auteurs, que la gêne du cœur droit luttant contre un poumon malade produit dans l'appareil génital une stase suivie de pertes sanguines; telle est l'opinion de Gendrin, de Gouraud, de Scanzoni. Il est fort possible, en effet, tant que l'organisme ne périclite pas et que la force du molimen cataménial (Gouraud) n'a pas diminué, que l'emphysème, les bronchites prédisposent aux métrorragies surtout, si la patiente souffre de métrite chronique, par exemple; mais c'est une conception purement théorique de ranger dans cette étiologie comme Scanzoni « l'infiltration pneumonique ou tuberculeuse des poumons ».

M. Huchard a décrit le premier des métrorragies consécutives à l'hypertension artérielle; il faut les connaître, car elles sont indiscutables aux approches de la ménopause, époque où se manifestent les atteintes de l'artério-sclérose.

Plus récemment, un assistant de la clinique de Dresde, le docteur Reinicke, incrimine la dégénérescence scléreuse des artères utérines non pas seulement dans leurs grosses branches, mais encore dans leurs fines ramifications qui deviennent incapables de se contracter et laissent s'éterniser l'écoulement menstruel. J'ai, pour ma part, observé des faits de pertes utérines après la ménopause où une dégénérescence des artères m'a paru la cause la plus vraisemblable, et certaines métrorragies attribuées jusqu'ici à la « néphrite granuleuse » doivent sans doute être rapportées à la même étiologie. L'hypertension artérielle joue-t-elle un rôle au moment de la puberté? C'est là un point qui demande de nouvelles recherches.

L'action des cardiopathies sur la matrice est aidée non seulement, comme nous l'avons dit plus haut, par une lésion utérine ou péri-utérine, mais encore par la coexistence d'une maladie qui peut s'accompagner elle-même de métrorragie, la constipation chronique, les hémorroïdes, l'entéroptose, les affections du foie, etc.

IV

Les métrorragies d'origine cardiaque ont été signalées à tous les âges de la vie. Certaines observations ne laissent pas que d'étonner. Il ne serait pas rare, d'après Scanzoni, de voir des hémorragies utérines, non accompagnées des phénomènes de l'ovulation et qui, par conséquent, ne constituent pas un véritable écoulement menstruel, survenir chez des enfants à la suite de la gêne circulatoire que produisent dans les organes abdominaux les affections du poumon et du cœur; il faudrait exclure toute idée de puberté hâtive. Malgré l'autorité de Scanzoni, j'ai peine à croire que de pareils accidents ne soient pas rares et très rares; rien d'analogue n'est rapporté par d'autres auteurs, et on peut vraiment se demander s'il n'y a pas eu quelques erreurs d'interprétation.

Mais avec la puberté, l'influence d'une maladie du cœur devient redoutable, et les troubles précoces de la menstruation sont parfois les premiers symptômes qui attirent l'attention sur une lésion valvulaire inconnue jusqu'alors; souvent, mais non pas d'une façon exclusive, il s'agit d'un rétrécissement mitral. L'éruption des premières règles est difficile, leur réapparition irrégulière se précipite ou s'éloigne, leur établissement se fait mal; à une période à peu près normale ou même pauvre en sang, succède, le mois d'après, un écoulement très abondant qui prend aux époques suivantes le caractère de grandes pertes; à leur suite persiste une exagération de la leucorrhée, si fréquente à la puberté. Des phénomènes douloureux de dysménorrhée utérine et ovarienne aggravent la situation, car si l'ovaire n'est pas l'unique ou le principal fauteur des hémorragies, il n'en subit pas moins l'action du cœur, et retentit sans doute à son tour sur l'utérus. Lawson Tait a décrit, sous le nom d'hypérémie ovarienne, un état qui se traduit par la douleur et les métrorragies; dans la menstruation des cardiaques, il y a un état complexe d'hypérémie ovarienne et utérine. Ces accidents de la puberté compromettent quelquefois toute la vie génitale; les règles demeurent pénibles et profuses, les pertes répétées, les souffrances fatiguent la jeune fille qui, entravée dans son développement, se débilite et garde une apparence anémique; plus tard, la femme reste stérile, ou, si la fécondation s'accomplit, la survie des enfants est diminuée (Duroziez). Mais il ne faudrait pas exagérer ces considérations inquiétantes : nombre de filles portent fort bien une lésion du cœur sans la moindre atteinte du côté de l'appareil sexuel ou tout au moins avec des atteintes transitoires et assez légères pour ne pas rendre tout à fait précaires les fonctions utéro-ovariennes.

Lorsqu'une endocardite et à sa suite une altération valvulaire débutent et évoluent plus ou moins longtemps après la puberté chez une femme dont la menstruation était bien établie, les accidents utérins se présentent de diverses manières. Tantôt, le rhumatisme ou l'infection causale à peine guéris, avec les palpitations très précoces, avec les premières inégalités des battements commencent les troubles menstruels; d'emblée la durée des règles s'allonge, elles deviennent plus abondantes, plus douloureuses; j'en ai observé un remarquable exemple à la Pitié, dans le service de A. Petit, sur une mitrale d'origine varioleuse. D'autres fois, l'affection du cœur dort pendant longtemps sans se manifester par aucun signe, puis surviennent une légère difficulté respiratoire après une longue marche ou des efforts, quelques irrégularités du pouls, on constate un souffle et, à la longue, un beau jour, une ménorragie. Un auteur anglais, Nigel Stark, dit alors que « de tous les phénomènes résultant d'une circulation déséquilibrée, la ménorragie est souvent un des plus évidents et des plus dangereux ».

Enfin, dans certains cas, la perte utérine met sur la piste

d'une cardiopathie dont les autres expressions cliniques passaient inaperçues jusque-là. Il est des malades qui, pendant des mois et des années, supportent fort bien une lésion valvulaire sans aucun retentissement sur la matrice, lorsqu'une ménorragie se montre sous l'influence d'une cause intercurrente : suites de couches (les règles, normales auparavant, conservent une abondance inquiétante), fatigue, surmenage inaccoutumé, excès de toute nature. Nigel Stark insiste sur les effets de la station debout prolongée; ou bien fluxion hémorroïdaire, constipation opiniâtre, poussée d'entérite muco-membraneuse, etc., et toutes les causes de ce qu'on appelait la pléthore abdominale.

Le plus ordinairement, comme le dit Constantin Paul, les règles ont des retours périodiques plus rapprochés, la quantité de sang perdu prend des proportions croissantes, sa profusion devient extrême, si bien que dans les cas graves, rares par bonheur, les époques menstruelles finissent par se toucher et se confondre. J'ai vu à la Charité, dans le service de M. Gouraud, une femme mitrale qui, depuis deux ans, avait été prise à peu près en même temps de palpitations, d'essoufflements et de ménorragies; elle prétendait qu'on aurait pu la suivre à la trace, et fut obligée de rester couchée pendant deux mois pour une perte qui ne tarissait pas. D'habitude le sang est rouge, franchement coloré, son émission est mélangée de caillots et pendant les premiers jours, après la fin de son écoulement, il peut persister un flux séreux. Les souffrances qui accompagnent l'hémorragie sont des plus variables; tantôt les malades accusent une simple pesanteur dans le petit bassin, tantôt les règles sont annoncées quelques jours à l'avance par une douleur de plus en plus vive, jusqu'au moment où l'éruption du sang amène une détente, un apaisement; cette dysménorrhée congestive assez fréquente est susceptible, d'après Gouraud, de provoquer une névralgie lombo-abdominale plus ou moins marquée. Soumise au repos, à un traitement rationnel, la patiente voit son état s'améliorer, puis reprend ses occupations et de nouveau se plaint de rechutes, les unes insignifiantes, les autres sérieuses. Après de nombreuses péripéties, elle arrive à la ménopause ou à l'asystolie et passe par des phases de bonne santé, d'aménorrhée, d'hémorragies, qui alternent et se coupent au fur et à mesure qu'évolue la cardiopathie. Souvent aussi une lésion utérine concomitante, métrite chronique, fibrome, phlegmasie, occasionnent dans la période intermenstruelle de véritables métrorragies d'autant plus tenaces qu'elles subissent l'action du cœur; l'utérus gros, lourd, saignant au moindre contact, devient alors un utérus cardiaque.

D'après quelques auteurs un flux utérin abondant sans être excessif aurait dans certaines circonstances une action plutôt favorable. Pour Peter, les pertes utérines comme les hémorroïdes et les épistaxis jouent parfois le rôle de crise ou mieux de décharge à l'égard de la circulation. C'est aussi l'opinion de J. Nigel Stark; il est des cas, dit-il, où l'hémorragie devient profitable, elle prévient la congestion d'autres organes, et l'utérus soulageant la tension vasculaire agit comme une soupape de sûreté.

La ménopause, écrit Duroziez, est précoce chez les mitrales, tardive chez les aortiques. Tout en admettant la statistique de Duroziez et ses conclusions, il me semble, pour expliquer cette règle, que l'on peut invoquer aussi l'aménorrhée de l'asystolie permanente (ménopause précoce), plus hâtive chez la mitrale, et d'autre part l'apparition à la ménopause de l'artério-sclérose (ménorragies tardives), qui entre pour une grande part dans l'étiologie des affections aortiques. L'artério-sclérose atteint le cœur, mais se manifeste aussi sur les artères utérines : de là deux classes de métrorragies fort importantes à connaître, car c'est le moment critique où la femme est terrifiée par une perte qui signifie toujours pour elle tumeur maligne ou affection grave. Ces métrorragies semblent différer des précédentes en ce qu'elles ont parfois des retours moins périodiques; leur apparition subite comporte surtout une question de diagnostic différentiel, et il ne faut pas oublier qu'à leur tour elles aggravent une lésion utérine concomitante.

Après la ménopause on voit, à un âge même avancé, survenir des pertes utérines que rien n'explique : au milieu d'une étiologie complexe, quelques-unes d'entre elles relèvent peut-être de l'artério-sclérose, et chez une femme de plus de soixante-dix ans, myocarditique et albuminurique, j'ai cru pouvoir songer à cette hypothèse en l'absence de toute lésion utérine; la patiente est morte deux ans après sans avoir présenté de nouveaux accidents du côté de la matrice. Lorsque l'on constate une lésion valvulaire, quelle que soit son origine, l'influence du cœur devient plus vraisemblable. On trouve citée partout l'observation rapportée par Aran et de Scanzoni : une femme de soixante-quatre ans, après une sorte de ménopause qui dura de quarante-huit à cinquante-deux ans, présenta un écoulement sanguin revenant toutes les trois ou quatre semaines et qui dura jusqu'à la mort. Cette femme avait une insuffisance et une sténose mitrales. L'autopsie permit de constater les troubles circulatoires que les lésions du cœur avaient provoqués dans le système de la veine cave inférieure, et ces troubles étaient bien la seule cause de l'hémorragie, car les ovaires étaient atrophiés et ne montraient aucune trace de la maturation récente d'un ovule : l'utérus était grossi et la muqueuse congestionnée.

Cet exemple est loin d'être unique, j'en connais et j'en ai retrouvé plusieurs autres.

V

Le diagnostic de ces métrorragies d'origine cardiaque n'offre pas de grandes difficultés. Le tout c'est d'y songer, et de rechercher si l'action du cœur n'intervient pas dans la genèse des pertes s'échappant d'un utérus sain; et même lorsque la matrice ou les annexes sont malades, il est bon de vérifier si l'hémorragie n'est pas entretenue ou exagérée par une lésion valvulaire. Cependant, on a décrit des cardiopathies, des asystolies d'origine utéro-ovarienne, que l'étude des symptômes et des commémoratifs évitera de confondre avec un utérus cardiaque. Avec les métrorragies se montrent aussi d'autres complications dont il faut connaître les rapports avec la même cause première. Parmi ces accidents favorisés par la congestion prolongée, je me contenterai d'indiquer le catarrhe utérin déjà signalé par Aran, la métrite chronique, l'infection de l'utérus et des annexes, les déviations; les règles supplémentaires ou déviées surtout du côté du poumon ne sont pas rares. Enfin, il ne faut pas oublier les dangers d'une grossesse intercurrente.

VI

Toutes ces considérations, loin de rester purement théoriques, prennent de l'importance au point de vue des indications thérapeutiques. Malgré une intervention opératoire

qui paraissait judicieuse, nous voyons des métrorragies se renouveler ou ne gagner qu'une amélioration momentanée, incomplète, à un curetage par exemple qui demeure insuffisant ou tout à fait inefficace. Alors, derrière l'utérus, il y a souvent un autre organe malade qui préside en grande part à la production des pertes : c'est le cœur, pour le cas que nous envisageons, et dans le traitement institué, nous devons nous préoccuper au moins autant de son état que de celui de la matrice.

Il ne nous est pas permis d'espérer la guérison au sens strict du mot (Nigel Stark) et la femme est exposée à des rechutes futures; mais nous pouvons atténuer les accidents et calmer les douleurs. La malade sera maintenue au lit et gardera l'immobilité le plus qu'il lui sera possible; on débarrassera l'intestin par quelques purgations légères. Howship Dickinson (de Dublin), frappé par la coexistence d'un souffle diastolique au cœur, essaya la digitale contre une métrorragie chez une patiente dont l'utérus était sain : la perte s'arrêta. Dickinson conseillait les doses énormes de 15 à 30 grammes. Trousseau et Lasègue s'en tenaient à 8 grammes (Fonsagrives). J'ai vu Gallard ordonner avec succès de 30 à 50 centigrammes de feuilles en infusion; on peut combiner, à doses beaucoup plus faibles, la digitale à l'ergot et au sulfate de quinine; on a aussi préconisé la noix vomique et le strophantus. M. Huchard prescrit judicieusement l'opium et les sédatifs lorsque les accidents relèvent de l'hypertension artérielle. En prévision de complications toujours à craindre, il faut recommander le repos dès que se manifestent les pesanteurs, les douleurs annonçant la venue des règles. Si une affection utérine concomitante oblige à en arriver à une intervention opératoire, la guérison risque fort de ne pas être définitive et le traitement reste palliatif.

TECHNIQUE DE LA CURE DE LA HERNIE INGUINALE

PAR LA MÉTHODE SCLÉROGÈNE

Par M. le docteur Lannelongue, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Cette opération consiste à faire des injections à la périphérie du sac herniaire, en prenant comme point de repère le squelette ostéo-fibreux de la région. Il n'y a aucune préparation à faire subir aux malades. Il faut seulement s'assurer du bon état des reins.

Voici la technique de l'opération :

La préoccupation la plus grande durant les injections doit être de ne pas envoyer le liquide dans la cavité abdominale et de ne pas blesser les éléments du cordon, le canal déférent en particulier.

On évitera sûrement le premier accident en réduisant la hernie et en faisant fermer, par deux doigts de la main d'un aide, l'orifice supérieur, que j'appellerai péritonéal pour ne pas prêter à confusion; ces deux doigts feront une compression suffisante pour ne pas laisser sortir les viscères, même en cas d'efforts du malade, pendant les deux ou trois minutes que peut durer l'opération. En tenant le sujet dans un sommeil complet, on évitera facilement ces efforts. L'injection ne se faisant pas dans le sac herniaire, la recommandation précédente n'est faite qu'en vue d'une erreur que chacun peut commettre, mais qui sera, dès lors, sans danger.

Le champ opératoire préparé antiseptiquement, les poils rasés bien entendu, je fais ordinairement deux séries d'injections : trois en dedans, trois en dehors du cordon et plutôt en arrière de lui. Il est vraiment facile de déposer le liquide sur le pubis sans blesser le cordon.

Je prends le cas d'une hernie inguinale droite descendant ou non dans les bourses. Le patient est étendu sur le dos, l'opérateur est à sa droite, l'aide qui comprime l'anneau est du même côté vers la tête du sujet. On procède d'abord à la pratique des trois injections internes, c'est-à-dire en dedans du cordon, en commençant par la plus élevée. Celle-ci, la première, doit être faite dans l'anneau inguinal interne, que j'appellerai pubien, et le liquide doit être déposé sur le bord supérieur du pubis entre la symphyse et l'épine pubienne, c'est-à-dire le plus haut possible.

L'index de la main gauche a la fonction de chercher d'abord le cordon, puis de le protéger pendant l'injection. Pour cela, la pulpe de ce doigt est appliquée sur le pubis en regard de la symphyse et au niveau du bord supérieur; de là, le doigt est ramené en dehors parallèlement au bord supérieur du pubis en comprimant les parties molles de manière à sentir la résistance de l'os. Il rencontre bien vite la saillie du cordon qui s'échappe en faisant un ressaut souvent visible et que l'on sent toujours. Ce ressaut indique que le cordon est venu se placer en avant de la pulpe et de l'ongle de l'index.

A ce moment, le doigt va suivre le même chemin, mais en sens inverse; il rencontre de nouveau le cordon qui passe brusquement en arrière de lui. Le doigt arrête alors sa course; il maintient le cordon en arrière et il le recouvre; l'ongle appuie sur le bord supérieur du pubis au-dessus de l'anneau pubien.

De la main droite le chirurgien pousse l'aiguille de la seringue immédiatement en avant et au-dessous de l'ongle; il est sûr de ne pas blesser le cordon que le bout du doigt protège, et de se trouver dans l'anneau pubien, puisque les deux piliers s'insèrent l'un dans l'angle de la symphyse et l'autre en dehors de l'épine pubienne.

La manière de pratiquer la première injection n'est pas indifférente. L'aiguille doit piquer les téguments sur la ligne médiane et même plus en dehors, sur le côté sain, pour se diriger obliquement vers le pubis. Pour cela, la seringue est inclinée de manière à former avec la peau, du côté où on opère, un angle de 100 à 120 degrés; elle est à peu près dans l'axe du pli de l'aine. Elle pénètre dans les tissus un peu au-dessus de la symphyse et la pointe de l'aiguille, après avoir traversé les parties molles, atteint le bord supérieur du pubis au-devant de l'ongle du doigt de la main gauche. Il faut que la pointe soit arrêtée par l'os.

Il m'est arrivé plusieurs fois de manquer le bord supérieur du pubis et d'enfoncer l'aiguille plus profondément dans le bassin, sans injecter du liquide bien entendu; cela n'a pas eu de suite. On la retire et on recommence la piqûre en se mettant un peu plus bas. Le doigt de la main gauche, qui repose sur le pubis, est le guide le meilleur pour éviter toute erreur.

Dix gouttes de liquide sont déposées dans l'anneau inguinal, sur les plans ostéo-fibreux de la région. Le liquide de la première piqûre interne est déposé, en réalité, assez loin du péritoine abdominal; il diffuse sur la surface postérieure du cordon, sur le pilier postérieur et sur la paroi postérieure du trajet inguinal.

La seconde piqûre est faite de la même manière, à un demi-centimètre ou à 1 centimètre de la précédente; l'indicateur gauche, placé sur la face antérieure du pubis, plus

bas que la première fois, maintient le cordon. On injecte la même quantité de liquide.

Enfin, pour la troisième piqûre, il convient d'incliner la seringue un peu de bas en haut. Chez les très jeunes sujets, on peut ne faire que deux piqûres en dedans du cordon.

La seconde série des trois injections est faite en dehors du cordon. La première est pratiquée sur le bord supérieur du pubis, à peu près au niveau de l'épine pubienne.

L'opérateur se place à gauche du patient; le doigt indicateur gauche cherche le cordon en partant de l'épine pubienne, et en allant vers la symphyse; refaisant le même chemin en sens inverse, il rencontre de nouveau cet organe qu'il refoule et maintient en place comme précédemment. On fait la première injection sur le bord supérieur du pubis dans la région de l'épine pubienne en tenant la seringue obliquement à 100 ou 120 degrés et dans l'axe du pli de l'aine. La pointe de l'aiguille doit buter sur l'os immédiatement en avant de l'index gauche.

Pour la seconde et la troisième piqûre on suivra les indications des injections internes. On se rappellera qu'il faut, avec l'index gauche, aller chercher le cordon un peu en dehors pour le repousser en dedans et que, de plus, le corps du pubis est assez étroit chez les enfants. Si l'on n'y prend pas garde on peut enfoncer l'aiguille à travers les muscles adducteurs et jusque dans le trou ovale, chose sans grande importance d'ailleurs. Pour éviter cela on relèvera la seringue en conduisant l'aiguille véritablement sur le pubis sur lequel se trouve appliqué l'index de la main gauche qui est un guide sûr.

Le liquide employé est une solution de chlorure de zinc titrée au dixième et j'en injecte x gouttes par piqûre, quel que soit l'âge du sujet.

Pour la hernie inguinale gauche, l'opérateur se place à gauche du patient pour pratiquer les piqûres internes et à sa droite pour faire les piqûres externes.

L'opération est terminée. Avant de réveiller le malade et sans cesser la compression abdominale, on subtitue aux doigts de l'aide qui ferme l'anneau péritonéal, un petit tampon plat assez serré, de la dimension d'une pièce de 5 francs environ, puis un ou deux gâteaux épais de ouate, et on fait un spica de l'aine avec de la ouate d'abord et une large bande de tarlatane ensuite.

Le bandage doit être un peu compressif. On le renouvellera le lendemain s'il se desserre; chez la plupart des sujets on le supprimera tout à fait vers le troisième ou le quatrième jour, à la condition que les orifices des piqûres soient fermés, ce qui est la règle. On le remplace par un suspensoir s'il y a de l'œdème scrotal.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DES 19 ET 20 JUILLET 1897)

Thèses de doctorat.

LUNDI 19 JUILLET, à une heure. — M. VILLANOVA. Essai d'étude sur les avantages des « injections rectales » réitérées, d'eau salée froide, dans les toxémies fébriles de nature microbienne; — M. PARVU. Des manifestations articulaires au cours de l'érysipèle; — M. CAZIN. Communication congénitale entre l'aorte et l'artère pulmonaire, sans persistance du canal artériel (MM. Potain, président; Hayem, Chauffard et Gaucher).— M. VITALIEN. Péritonite cancéreuse primitive (MM. Hayem, président; Potain, Chauffard et Gaucher). — M. OTT. Étude sur deux malformations congénitales du crâne : l'encéphalocèle et l'encéphalome; — M. DUBOIS. Les gros enfants (MM. Pinard, président; Terrier, Marchand et Varnier). — M. GRUNBERG. De l'organisation des secours aux blessés dans les grandes villes (les ambulances urbaines de l'hôpital Saint-Louis); — M. SOULIER. Le prolapsus du rectum chez l'enfant (MM. Terrier, président; Pinard, Marchand et Varnier). — M. AUVRAY. Du chondro-myxome; — M. AUDOUIN. Du traitement de l'hydrocèle pour les grands lavages phéniqués de la tunique vaginale; — M. PERCHERON. De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale; — M. PLANQUE. De la torsion des fibromes utérins (MM. Tillaux, président; Ricard, Tuffier et Lejars).

MARDI 20 JUILLET, à une heure. — M. ROUSSEL. Contribution à l'étude historique et thérapeutique du spina ventosa; — M. GIBERT. Sur l'anesthésie par l'éther; — M. MICHEL. Étude sur les paralysies dans la coqueluche; — M. LEVIS. Des troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux (MM. Laboulbène, président; Marchand, Achard et Wurtz). — M. MACRYCOSTAS. Contribution à l'étude de la toxicité urinaire des nouveau-nés; — M. DUVIARD. Notes sur l'hygiène respiratoire et cutanée de la deuxième enfance dans les villes; — M. OGUSE. Étude clinique du cœur dans la chorée; — M. SAURAIN. Complications internes de quelques dermatoses chez l'enfant (MM. Hutinel, président; Gilbert, Ménétrier et Charrin). — M. DEMANTKE. De l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes par le procédé de la ligature élastique perdue (procédé d'Olshausen); — M. MARGNAT. Contribution à l'étude du traitement du tétanos traumatique; — M. DARRAS. De la perforation dans l'ulcère simple du duodénum; — M. LENNERTZ. Quelques considérations sur les plaies du cœur et leur traitement (MM. Berger, président; Polaillon, Nélaton et Albarran). — Mlle SCHULTZ. Traitement opératoire du croup. Écouvillonnage du larynx et dilatation de la glotte; — M. DE WEGLENSKI. Essai du traitement rationnel de la tuberculose laryngée (MM. Dieulafoy, président; Debove, Roger et Poirier). — M. CLAVEY. Recherches cliniques sur les groupes musculaires paralysés dans l'hémiplégie d'origine cérébrale; — M. GUINARD. Recherches sur l'action de l'acide lactique sur la digestion gastrique (MM. Debove, président; Dieulafoy, Roger et Poirier). — M. MARLIER. La folie post-opératoire; — M. GUILLAUME. Contribution à l'étude du tubercule sous-cutané douloureux, en particulier de l'angiome circonscrit douloureux; — M. HEMERY. De la tuberculose des muscles; — M. SPARTALI. Contribution au traitement des hernies inguinales récidivées (MM. Le Dentu, président; Rémy, Quénu et Thiéry). — M. HAGOPOW. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'éclampsie (étude critique); — M. BOSCHE. Cancer utérin et grossesse. De la conduite à tenir dans le cas de cancer du col compliqué de grossesse; — M. MICHEL. Le décubitus acutus comme complication dans la symphyséotomie (MM. Tarnier, président; Pozzi, Bar et Marfan). — M. VAISSIER. Du traitement des ulcères variqueux par la liqueur de Labarraque; — M. JANKELEVITCH. De la cure radicale de la fistule lacrymale; — M. MORIN. Du traitement des sinusites frontales par l'ouverture large et le drainage endo-nasal (méthode Ogston-Luc) (MM. Panas, président; Schwartz, Brun et Hartmann). — M. BROT. De l'immunité vaccinale et de la nécessité des revaccinations chez le vieillard; — M. MILLIEN. Contribution à l'étude de l'orchite scarlatineuse; — M. BOURBON. Essai sur l'hygiène de l'habitation rurale; — M. COUROUBACALIS. Étude sur la peste bubonique. Historique. Étiologie (MM. Proust, président; Pouchet, Thoinot et Chassevant).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 7 juillet 1897 : MM. Boulloche, 20; du Pasquier, 19; Lamy, 18.

Séance du 9 juillet : MM. Caussade et Renon, 20; Aviragnet, 19; Belin, 17.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 7 juillet : MM. Thiéry, 19; Launay, 17; Delbet, 15; Glantenay, 14.

Séance du 9 juillet : MM. Michon et Souligoux, 18; Auvray et Jayle, 13.

— Par décret, en date du 9 juillet 1897, M. Hénaff (François-René), médecin principal du corps de santé des colonies, a été promu au grade de médecin en chef de deuxième classe, en remplacement de M. le médecin en chef de deuxième classe Bastian, placé en non-activité pour infirmités temporaires.

— Le concours pour la place de chef de clinique chirurgicale près la Faculté de médecine de Lyon s'est terminé par la nomination de M. Léon Bérard, prosecteur.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. le docteur Bide (Jean-Baptiste) est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Delanglade (Joseph-Jean-Baptiste-Édouard) est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— La Société anatomique a délégué MM. Durante, R. Marie, de Massary, Reymond et Vermorel, pour la représenter au Congrès de Moscou.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cade (d'Avignon), Debrou (d'Orléans), Hantraye (de Saint-Hilaire-du-Harcouet), Lalagut (de Jaux), Lediberder fils (de Lorient), Lesur (de Lonny), Ravier (de Morteau) et Waleffe, médecin suppléant de première classe de l'hôpital de Liège.

— *Erratum.* — Les notes placées au bas de la première colonne des pages 755 et 780 de nos récents numéros doivent être complétées comme suit : au lieu de Février; lire : Février et Chavier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Péan a présenté une malade à laquelle il a fait une gastro-entéro-anastomose après avoir enlevé les deux tiers de l'estomac atteint de cancer. Les résultats immédiats de l'opération ont été des plus simples et sont encore actuellement des plus satisfaisants. Cette malade ne souffre nullement, elle a beaucoup engraissé et elle a un très fort appétit.

A propos de cette malade, M. Péan a retracé l'histoire de la gastrectomie, qu'il a pratiquée pour la première fois il y a longtemps. Cette opération, qui a été en défaveur en France, tend de plus en plus à entrer dans le domaine de la chirurgie courante, grâce d'abord à l'antisepsie, grâce ensuite aux différents moyens de réunion qui ont été inventés, en particulier au bouton de Murphy, qui permet d'abréger singulièrement l'opération.

Les abcès du foie consécutifs à la dysenterie des pays chauds deviennent de plus en plus fréquents dans nos services chirurgicaux de Paris. M. Berger vient d'en observer un nouvel exemple qu'il a opéré avec succès. Mais ce qu'il y a de particulier dans cette observation, comme dans une observation analogue communiquée par M. Rendu, c'est la très longue durée d'incubation, six ans dans le cas de M. Berger, dix ans dans celui de M. Rendu.

M. Roux a rendu compte des résultats de la mission russe chargée d'étudier la peste à Bombay. Les savants russes ont fait des expériences sur des singes. Dans ces expériences, ils ont pu vérifier l'efficacité du sérum de Yersin. Ils ont aussi constaté ce fait intéressant que le sérum des convalescents de peste présente des propriétés agglutinantes.

M. Bergonié (de Bordeaux) a étudié l'action des rayons X sur la tuberculose. Le travail de M. Bergonié avait été envoyé à l'examen d'une commission avec M. Gariel comme rapporteur. Les conclusions de M. Bergonié sont que les rayons X ne modifient en rien le bacille de Koch. Mais ils sont capables de modifier la vitalité des éléments anatomiques et de rendre par cela même la phagocytose plus intense.

GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE

Par M. PÉAN,
Membre de l'Académie de médecine.

Depuis l'époque, déjà lointaine, où je proposai le premier de traiter chirurgicalement le cancer de l'estomac, le manuel que je préconisai, longtemps rejeté en France alors qu'à l'étranger il était presque partout appliqué, a été depuis adopté par la plupart de nos collègues. On peut dire qu'il compte aujourd'hui, sauf de légères modifications, des partisans de plus en plus nombreux : on a pu, du reste, s'en convaincre par la discussion qui a eu lieu récemment dans cette même enceinte, discussion à laquelle ont pris part plusieurs des membres les plus éminents de cette Académie, entre autres MM. Hayem et Albert Robin.

S'il en était encore parmi vous qui n'aient pas leur conviction faite, j'ai espoir que l'observation que je vais vous soumettre entraînera les derniers hésitants.

La malade qui en fait le sujet est âgée de cinquante-six ans. Elle me fut adressée, il y a six mois, par un de nos plus distingués chirurgiens, M. le docteur Témoin (de Bourges).

Lorsqu'elle entra dans mon service à l'hôpital International, elle avait l'aspect cachectique des cancéreux, la teinte jaune paille des téguments, le ventre déprimé en bateau et une maigreur telle que la peau semblait collée sur le squelette. Il y avait trois ans qu'elle avait des vomissements liquides après les repas, tantôt aqueux, tantôt ichoreux. Depuis deux mois, des hématémèses étaient survenues et elles se répétaient immédiatement après chaque repas. Elle en était venue à ne plus pouvoir garder même les lavements nutritifs qu'on lui administrait pour lutter contre un affaiblissement de plus en plus menaçant pour l'existence. Quand nous l'avons examinée, dès son entrée dans nos salles, nous avons senti à l'épigastre, sur la ligne médiane, une tumeur qui nous parut complètement masquée par le foie. Il semblait que, dans ces conditions, l'opération fût impraticable et ce n'est que sur les instances de la malade, dont les souffrances étaient devenues intolérables, que je me décidai à la tenter. Je procédai de la façon suivante :

J'ouvris sur la ligne médiane, de l'ombilic à l'appendice

xiphoïde, la paroi abdominale qui était très amincie. Je vis, au-dessous du foie abaissé et en arrière de l'épiploon adhérent, une tumeur qui était manifestement formée par le pylore et la moitié correspondante de l'estomac. Je l'attirai au dehors, je constatai qu'elle occupait les faces et les bords de cet organe; je plaçai les pinces à bords longs, recouverts de caoutchouc, à 6 centimètres au delà de la partie malade, sur la grosse tubérosité de l'estomac, à 5 centimètres au delà sur le duodénum. J'excisai cet organe, en ayant soin de conserver l'épiploon. J'enlevai en même temps sept ganglions dégénérés situés à 6 centimètres au-dessous de la grande courbure stomacale, dans l'épaisseur de l'épiploon. Je pinçai les vaisseaux saignants; je fermai ensuite, avec des surjets de soie fine, les cinq sixièmes inférieurs de la plaie stomacale, en allant de bas en haut et en comprenant successivement, par étages, la muqueuse, puis la musculo-séreuse.

Arrivé au sixième supérieur de la plaie, j'introduisis, dans la partie restée béante, la branche mâle d'un bouton de Murphy, dont la branche femelle fut placée dans le duodénum. Mais ce bouton étant trop petit, j'éprouvai une certaine difficulté à froncer suffisamment les lèvres de l'estomac et du duodénum pour comprendre ces organes dans le bouton de Murphy; je me décidai, en conséquence, à le remplacer par un autre bouton un peu plus grand. Cette circonstance ne laissa pas que de prolonger, pendant quelques minutes au moins, l'opération.

Le bouton une fois introduit, je mis autour de lui un troisième étage de suture en surjet, comprenant à la fois la muqueuse et la musculo-séreuse, puis je recouvris le reste de la plaie avec l'épiploon qui avait été incisé et sur lequel j'avais appliqué une ligature. Je l'y fixai par suture : du même coup, l'hiatus de Winslow, qui avait été ouvert, fut fermé.

Je pris, en outre, la précaution d'adosser le feuillet épiploïque au péritoine pariétal sur toute la longueur de la plaie stomacale.

Je lavai ensuite la plaie abdominale avec de l'eau phéniquée forte, et je la fermai enfin à étages, avec des surjets de catgut et un fil de soie de renfort.

Les suites furent, comme à l'ordinaire, des plus favorables.

Premier jour : pouls filiforme comme, du reste, avant l'opération, 100 et 76. Nous faisons une injection de 250 gr. de sérum. Lavements nutritifs. Injections morphinées pour calmer les douleurs.

Deuxième jour : champagne, lavements nutritifs. Le soir, piqûre de morphine. Le matin, 36°8 et 90.

Troisième jour : lait, eau de Vichy; lavements nutritifs et opiacés. Le soir, 37°2 et 70; le matin, 37 degrés et 84.

Quatrième jour : alimentation carnée. La malade commence à engraisser.

Le vingt-deuxième jour, elle marche, et le vingt-septième elle rend spontanément le bouton par l'anus.

On a pu voir que j'avais suivi la technique que j'ai eu maintes fois l'occasion de préciser; en résumé, que j'ai fait une ablation très large des tissus morbides. J'ai, toutefois, apporté une modification à mon procédé habituel : au lieu d'aboucher, par suture, une portion des lèvres de l'estomac à celles du duodénum, j'ai fait l'abouchement, par l'intermédiaire d'un bouton de Murphy, et j'ai fermé le reste de la plaie par des étages de sutures à la soie fine, comprenant successivement la muco-muqueuse, la musculo-séreuse et la séro-séreuse.

J'ai pris également soin, comme je l'ai toujours recommandé toutes les fois qu'il s'agit de fermer une plaie intestinale, après avoir recouvert les lignes de suture avec de l'épiploon du voisinage, de fixer celui-ci au péritoine pariétal à l'aide d'un troisième étage de sutures.

Quant au résultat définitif, il m'a paru assez remarquable pour mériter de retenir quelques instants l'attention de l'Académie. Non seulement il n'y eut aucune réaction fébrile, aucune souffrance à la suite de l'opération, mais encore, dès la première semaine, la malade reprit de l'appétit, de l'embonpoint, des forces, si bien qu'aujourd'hui, ainsi que vous pourrez le constater, elle a engraissé de 25 kilos, fait avec plaisir jusqu'à six repas par jour, digère tous les aliments avec la plus grande facilité et a repris ses occupations habituelles, sans en éprouver de la fatigue. Et cependant, au cours de l'opération, j'ai dû sacrifier pas moins des deux tiers de l'estomac dégénéré et ne laisser qu'une portion minime de la grosse tubérosité.

Les résultats de cette opération sont une preuve de cette opinion que nous avons toujours défendue : qu'il est préférable, toutes les fois qu'il est nécessaire d'enlever une grande portion de l'estomac, ou même qu'on doit faire une simple gastro-entérostomie, d'aboucher directement l'estomac avec la première ou avec la seconde partie du duodénum, soit au moyen de la suture, soit au moyen du bouton de Murphy, comme nous l'avons pratiqué de préférence depuis de longues années, plutôt que d'anastomoser l'estomac avec la première portion de l'intestin grêle; ce qui est contraire aux lois de la physiologie, et ce qui entraîne, par suite, des difficultés opératoires et des complications sur lesquelles les chirurgiens de notre temps ont, à notre avis, juste raison d'insister.

DE L'EMPLOI DE LA VAPEUR D'EAU

COMME ADJUVANT DE LA SÉROTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DU CROUP

Par le docteur E. Murier (d'Angers).

Conclusions. — Le traitement du croup par la vapeur d'eau est connu depuis fort longtemps. Il a été successivement employé comme traitement local, puis comme traitement général.

La méthode est tellement simple qu'on peut l'employer partout. Il suffit de saturer l'atmosphère d'une chambre à 20 ou 22 degrés avec de la vapeur d'eau. On emploiera à cet effet un générateur de vapeur placé en dehors de la chambre du malade. Mais à son défaut, un autre appareil peut parfaitement être employé.

Les avantages obtenus sont : 14 p. 100 d'interventions opératoires dans la diphtérie, au lieu de 26.

Ce premier avantage est énorme, surtout dans la pratique privée, étant donné que, dans ce cas, la trachéotomie est à peu près la seule intervention possible.

Après les interventions, les accidents sont beaucoup plus rares en employant les inhalations de vapeur d'eau.

Les inconvénients sont nuls.

Les inhalations de vapeur d'eau semblent agir comme sédatives, dissolvantes, décongestionnantes.

DU TRAITEMENT

DU SYPHILOME PRIMITIF ET DE SON INFLUENCE SUR LE DÉVELOPPEMENT ULTÉRIEUR DE LA MALADIE

Par le docteur Louis Sibut.

Malgré le plaidoyer convaincu du docteur Sibut, nous pensons qu'étant donné le peu de résultats thérapeutiques fournis par l'éradication des chancres, cette opération n'est pas encore sur le point d'entrer dans la pratique courante.

Voici les conclusions de l'auteur :

« Des succès manifestes, 5 p. 100 des cas environ, ont été obtenus par la destruction du chancre. Bien plus souvent les accidents ont été atténués, de telle façon même que des observateurs minutieux ont pu, de longues années, croire à une guérison absolue.

Un chancre âgé de plus de dix à douze jours sera une contre-indication en général absolue, à moins que l'on n'ajoute l'extirpation des ganglions pris (opération de Poncet). Le siège du chancre peut également être une contre-indication d'opérer.

Il est nécessaire d'avertir le malade et d'être averti soi-même de la possibilité d'une infection sourde en quelque sorte; il est donc prudent de revoir souvent les malades, d'avoir l'esprit en éveil et, à la première alerte, de donner les mercuriaux.

Chaque fois qu'on excisera un chancre, tâcher de se convaincre de sa spécificité :

1° Par la durée de son incubation;

2° Par la confrontation;

3° L'examen histologique;

4° L'inoculation.

Le manuel opératoire est indifférent : il y a à choisir entre le bistouri ou les ciseaux. »

Il faut espérer, dit M. Sibut, que de nouvelles tentatives seront faites en suivant le procédé de M. Barthélémy ou en se servant uniquement de l'électrolyse comme l'a fait Giacomo Péroni.

Enfin, peut-être que le procédé de Poncet donnerait, renouvelé, des résultats favorables. Mais c'est une grave opération et on ne peut s'abuser qu'il est difficile de savoir quel ganglion est ou n'est pas pris dans une aine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juillet 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATIONS

Gastrectomie. — M. PÉAN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 797.)

Abcès du foie développé six ans après une dysenterie des pays chauds, ouvert par une vomique; guérison par l'incision transdiaphragmatique du foyer. — M. PAUL BERGER. Le sujet de cette observation avait contracté la dysenterie au Tonkin, il y a six ans, et présenté à ce moment un point de congestion hépatique qui avait cédé à l'application d'un vésicatoire. Rapatrié au bout de six mois, il avait encore souffert de la dysenterie trois ans en France; depuis trois ans, il se croyait guéri.

A la suite d'une grippe contractée en décembre 1896, il fut repris d'une douleur vive dans la région hépatique, puis d'une voussure manifeste de l'hypocondre; en même temps, il y avait perte de l'appétit, de l'amaigrissement, mais pas de fièvre. La matité du foie remontait jusqu'à la troisième côte : son bord inférieur ne débordait le rebord costal qu'à la région épigastrique. Le diagnostic porté par M. Berger et par M. le docteur Duflocq fut celui d'abcès du foie, et on se disposait à l'ouvrir quand apparurent, le 9 mars, une vive douleur dans l'épaule, le 10 de la fièvre et quelques crachats sanguinolents, et, dans la nuit du 10 au 11, l'abcès s'ouvrit par vomique. L'évacuation d'une assez grande quantité de pus rouge brique continua les jours suivants, et le malade s'affaiblissant sans cesse, M. Berger procéda à l'ouverture directe du foyer. Guidé par les signes fournis par l'auscultation et par la voussure, il réséqua 10 centimètres des septième et huitième côtes, traversa le septième espace intercostal, le diaphragme et pénétra dans un vaste foyer intra-hépatique qui fut drainé et tamponné. Aussitôt l'expectoration purulente tarie, la cavité se combla peu à peu et, un mois et demi après, le malade était complètement guéri et en excellent état de santé.

M. Berger insiste :

1° Sur le long intervalle qui s'est écoulé entre la dysenterie compliquée d'une première poussée d'hépatite et la formation de l'abcès (six ans) : il lui paraît probable que la grippe contractée en dernier lieu a eu une action déterminante sur la formation de ce dernier, en stimulant la virulence des germes pathogènes laissés dans le foie par la première atteinte d'hépatite;

2° Sur l'absence de signes de certitude indiquant la présence de l'abcès : la voussure de l'hypocondre étant le seul caractère sur lequel pût être fondé le diagnostic. Cette observation montre d'autre part avec quelle rapidité peut évoluer l'abcès vers l'ouverture spontanée par vomique. Celle-ci s'est produite trente-six heures après l'apparition des premiers symptômes (douleurs de l'épaule, fièvre) pouvant faire prévoir cette terminaison;

3° Enfin ce fait prouve que la vomique n'est pas une terminaison favorable; qu'elle n'est pas suivie, dans certains cas au moins, de retrait et d'oblitération du foyer intra-hépatique.

La seule conduite à suivre en présence d'un abcès du foie est d'en pratiquer l'incision large, et quand l'abcès siège dans les régions postéro-supérieures, la résection costale et l'incision du diaphragme permettent de l'atteindre sans beaucoup de difficulté. Cette incision doit être guidée par l'interprétation des signes fournis par l'auscultation et par une ponction aspiratrice préalable.

M. RENDU a observé un cas analogue à celui que vient de rapporter M. Berger. Il s'agit également d'un malade ayant été au Tonkin, y ayant contracté la dysenterie des pays chauds et chez lequel, plus de dix ans après, est survenu un abcès du foie. Il avait eu, quelques années après la dysenterie, une hépatite aiguë, puis, pendant près de cinq ans, il avait joui d'une santé parfaite, lorsqu'à la suite d'un bain froid il fut pris d'une douleur dans l'épaule, de phénomènes sourds avec une voussure du foie qui présentait l'aspect d'un kyste hydatique; mais une ponction montra que c'était du pus. M. Routier fit l'incision de cet énorme abcès tropical, dont le pus d'ailleurs était stérile. Ce qu'il y a de particulier dans cette observation, c'est, comme dans celle de M. Berger, la très longue durée d'incubation de l'abcès hépatique.

RAPPORT

Application des rayons de Rœntgen au traitement de la tuberculose. — M. GARIEL fait un rapport sur un travail de M. Bergonié (de Bordeaux), dans lequel l'auteur étudie l'action des rayons X sur la tuberculose. Voici les conclusions de ce travail :

Dans deux cas de phtisie aiguë, l'action des rayons X a été nulle.

Dans deux cas de tuberculose chronique, il y eut une fois amélioration et une autre fois persistance de l'état antérieur.

Dans un cinquième cas, il y eut une amélioration pendant un mois et demi, puis reprise des phénomènes morbides.

Dans aucun cas, le bacille de Koch ne fut modifié ni comme nombre, ni comme forme.

Les rayons X sont capables de modifier la vitalité des éléments anatomiques et rendent peut-être l'action phagocytaire plus intense.

LECTURES

Physiologie. — M. RUDOLF BLITZ (de Londres) a observé qu'il y a une fermentation spéciale dans le système animal vivant qu'il appelle la « fermentation vitale ».

Ce travail comporte : 1° une fermentation préparatoire; 2° une fermentation cellulaire; 3° une fermentation putréfactive.

La nourriture, et rien que la nourriture, dirige toute fermentation.

Chaque partie de notre système possède la faculté fermentative pour sa reconstitution et aussi une fermentation préparatoire pour la partie voisine.

Une nourriture rationnelle, dont il prend la direction, constitue pour l'auteur les seuls moyens thérapeutiques. L'analyse des excreta guide son diagnostic.

La peste à Bombay. — M. ROUX fait connaître les résultats de la mission russe à Bombay. Le premier soin des savants russes, en arrivant dans cette ville, fut d'y installer un laboratoire de bactériologie. Ce laboratoire fut installé au consulat de France. Les pestiférés qu'ils ont observés se divisent en deux catégories : 1° ceux qui présentent des bubons externes; 2° ceux qui n'en présentent pas.

Le bubon primitif est généralement formé par l'amas de plusieurs ganglions. Il est très riche en microbes. On trouve aussi des bacilles dans la rate et dans le sang.

Certains malades sont atteints de pneumonie lobulaire. Cette pneumonie pesteuse s'accompagne de tuméfaction des ganglions bronchiques. Elle est toujours mortelle.

Les lésions de l'intestin ne sont jamais primitives. Elles succèdent toujours à la septicémie pesteuse.

Le virus peut pénétrer par le tégument extérieur ou par le poumon, donnant lieu dans le premier cas à la peste bubonique, dans le deuxième cas à la pneumonie pesteuse.

Les membres de la mission firent des expériences sur des singes. Ils ne réussirent jamais à produire la peste en déposant le virus dans l'estomac. La peste ne peut donc pas se transmettre par les voies digestives.

Ils traitèrent certains singes par le sérum de Yersin. Au bout de dix à quatorze jours, les singes n'ont plus d'immunité.

Les animaux ayant reçu des cultures chauffées furent aussi immunisés pendant quatorze jours.

Sur les singes atteints de peste, ces médecins pratiquèrent des injections de sérum de Yersin dans un but curateur; le sérum est parfaitement efficace, à la condition de le donner assez tôt.

Quand on a affaire à une pneumonie pesteuse, on échoue presque toujours dans le traitement par le sérum. Il est vrai que le sérum employé à Bombay n'était pas très énergique, le temps ayant manqué pour le préparer convenablement.

Le sérum des convalescents de peste présente des propriétés agglutinantes.

COMMUNICATION

Tétanos. — M. WEHLIN communique une observation de tétanos guéri par les injections de sérum antitétanique.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de technique microscopique (1), par Alexandre BŒHM, prosecteur à l'Université de Munich, et Albert OPPEL, professeur à l'Université de Fribourg-en-Brisgau; traduit de l'allemand, par Étienne DE ROUVILLE, chef des travaux de zoologie, à la Faculté des sciences de l'Université de Montpellier, avec une préface du professeur Armand SABATIER.

Quand, il y a trois ans, parut la traduction française de Technique microscopiqne de Bœhm et Oppel, nous avons prédit à cet excellent petit livre un succès rapide parmi la jeunesse universitaire. Il nous avait paru impossible qu'un résumé si complet, si pratique de presque tous les procédés connus de technique microscopique, ne fût pas favorablement accueilli par tous ceux qui ont à se mesurer avec les difficultés des recherches micrographiques. L'étudiant, notamment, qui désire se livrer à quelque recherche, se trouve immédiatement en possession d'une direction précise dans les manipulations à faire subir au tissu ou à l'organe, dans les moyens de le rendre accessible à un examen fructueux. C'est incontestablement un avantage de premier ordre.

Cette seconde édition est la traduction de la troisième édition allemande qui vient de paraître il y a quelques mois à peine. C'est dire qu'elle est mise entièrement à jour, et que les procédés récemment découverts y sont soigneusement rapportés.

L'index bibliographique qui se trouve à la fin du volume est très complet, et permet de remonter aux sources pour connaître plus intimement les détails de la technique. Je ne doute pas que la deuxième édition française du Manuel de technique microscopique de Bœhm et Oppel ne retrouve, auprès de la presse scientifique et des micrographes, l'accueil empressé qui a fait si rapidement le vide dans les rayons de l'éditeur de la première.

Le nouveau succès, que l'on peut considérer comme certain, prouvera une fois de plus combien M. Étienne de Rouville a été bien inspiré en pensant à doter les laboratoires français d'un formulaire si bien conçu et si pratique. En cela, le chef des travaux de l'Institut de zoologie de Montpellier aura rendu un excellent service à nos laboratoires français, et ce service mérite d'autant plus d'être apprécié que le traducteur s'est appliqué à être un interprète fidèle et bien informé du texte original et qu'il y a pleinement réussi.

Aide-mémoire de chirurgie militaire, maladies externes et traumatismes professionnels (2), par le docteur A. COUSTAN, médecin-major de première classe des hôpitaux militaires.

M. Coustan a passé de longues années dans l'armée, en France, en Algérie et aux colonies. Il a publié de nombreux mémoires sur la médecine d'armée, couronnés par l'Académie des sciences, l'Académie de médecine et le ministère de la Guerre. Il était donc, mieux que tout autre, préparé à écrire un « Manuel du médecin militaire », dont il vient de publier les deux premiers volumes.

L' « Aide-mémoire de médecine militaire » passe en revue tout ce qui se rattache aux maladies internes et épidémies des armées.

On n'est pas malade au régiment de la même manière qu'au foyer.

Il y a des maladies que la profession militaire crée ou aggrave, d'autres dont elle multiplie simplement les sévices

---

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

(2) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

banals. Et c'est pourquoi il y a une médecine d'armée, ayant pour objet l'étude des maladies, internes ou externes, observées sous les drapeaux.

L' « Aide-mémoire de chirurgie militaire », qui vient de paraître, traite des maladies externes et des traumatismes professionnels en temps de paix.

Le premier chapitre est consacré aux maladies de l'appareil locomoteur occasionnées ou aggravées par la chaussure, la fatigue et les efforts; le deuxième chapitre, aux maladies de l'appareil circulatoire et digestif (varices, hernies, etc.). Viennent ensuite les maladies des yeux et des oreilles, les maladies cutanées, les accidents des plaies, les piqûres d'animaux, les accidents causés par les causes météoriques (insolation, fractures, brûlures, etc.), enfin les accidents allégués ou provoqués par le soldat.

Dans la deuxième partie, traumatismes professionnels, M. Coustan passe en revue les divers facteurs traumatiques : armes, cheval, gymnastique, etc., puis les divers traumatismes professionnels.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DES 21, 22, 23 ET 24 JUILLET 1897)

Thèses de doctorat.

MERCREDI 21 JUILLET, à neuf heures. — M. DE VILLEFOSSE. Le bleu de méthylène en 1897; — M. CABROL. Sur un cas de tabes avec arthropathies multiples et hémiplégie organique; — M. VIARDOT. Contribution à l'étude de l'albuminurie cyclique ou maladie de Pavy. Complications oculaires; — M. DERIAUD. Contribution à l'étude de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène dans les différentes formes cliniques de l'albuminurie (MM. Debove, président; Charrin; Achard et Chassevant). — M. GLAIVE. Des varioles frustes; — M. IOVANOVICH. Contribution à l'étude de l'angine de poitrine tabagique; — M. DUCAMP. La lithiase rénale pendant la première enfance; — M. WAITZ. Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie (MM. Hutinel, président; Netter, Roger et Thoinot).

A une heure. — M. LATRUFFE. Des hémorragies dans la gangrène pulmonaire; — M. AUDIAU. Contribution à l'étude du traitement opératoire des annexites; — M. BASTIDE. Contribution à l'étude du pronostic et du traitement du sarcome du maxillaire inférieur; — M. MOY. L'uréthrotomie interne accompagnant l'ouverture du foyer dans le traitement de l'infiltration d'urine (MM. Terrier, président; Tuffier, Hartmann et Broca). — M. ALIVIZATOS. Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'épaule; — M. THYÉBAULT. Relations des principaux faits d'une pratique de dix-neuf ans à la campagne; — M. PAPIN. Des fractures du maxillaire supérieur (MM. Tillaux, président; Pouchet, Delbet et Chassevant). — M. BRÉVILLE. Etude sur l'eau potable et ses méthodes actuelles d'analyse chimique et bactériologique pratiquées au laboratoire du Comité consultatif d'hygiène publique (MM. Pouchet, président; Tillaux, Delbet et Chassevant). — M. DESGRANGES. Contribution à l'étude de la pneumonie lobaire chez le vieillard. — Étude critique de vingt et une observations; — M. MAGDELEINE. Contribution à l'étude des souffles cardio-pulmonaires, souffles diastoliques de la base (MM. Potain, président; Landouzy, Wurtz et Widal). — M. BONGRAND. De l'état actuel de l'opothérapie; — M. CHAUVAIN. De la tuberculose chez les variolisés (MM. Landouzy, président; Potain, Wurtz et Widal. — M. BERNARD. Contribution à l'étude du syringo-cystadénome; — M. SCHAMAUN. Érythème noueux et tuberculose; — M. LAURENT. Étude sur un cas de pseudo-syphilide pigmentaire chez un tuberculeux; — M. CLÉMENT. Contribution à l'étude des accidents produits par l'antipyrine (MM. Fournier, président; Chauffard, Gaucher et Peyrot). — M. GUILLON. Essai sur la mortalité infantile dans le département de la Vienne; — M. GAUTIER. Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique congénitale; — M. SERGENT. De l'hydrocéphalie intra-utérine dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement; — M. BERTRAND. Puériculture pratique. Quelques réflexions sur l'élevage des petits enfants à la campagne (MM. Pinard, président; Marchand, Varnier et Bonnaire).

JEUDI 22 JUILLET, à neuf heures. — M. GIRARD. De la réaction de débilité dans les états cachectiques; — M. GUILLON. La mort de Louis XIII; — M. SOUBERBIELLE. Aperçu sur l'hérédité morbide directe et, en particulier, sur l'hérédité indirecte (MM. Laboulbène, président; Peyrot, Humbert et Roger).

A une heure. — M. GÉNÉVRIER. Étude du phosphate de gaïacol dans ses propriétés chimiques et thérapeutiques; — M. DE RIBIER. Les sages-femmes en France : ce qu'elles ont été, ce qu'elles sont, ce qu'elles devraient être. Essai historique et critique; — M. VIALARD. La loi italienne du 22 décembre 1888 sur la protection de la santé publique (notice historique et critique); — M. ROCHER. De l'inégale répartition des lésions artérielles dans l'artério-sclérose généralisée (MM. Brouardel, président; Guyon, Albarran et Thoinot). — M. PRÉDAL. La prostatectomie contre les accidents du prostatisme et, en particulier, contre la rétention (MM. Guyon, président; Brouardel, Albarran et Thoinot). — M. MACHEBEUF. Considérations sur l'hygiène urbaine et privée dans les stations thermales (MM. Proust, président; Hutinel, Netter et Marfan). — M. BLIVET. La variole à l'hôpital d'Aubervillers en 1896. Étude clinique; — M. DELTHIL. Adénopathie trachéobronchique et méningite tuberculeuse; — M. BOUCHER. Étude sur quelques cas de suppurations multiples consécutives à la grippe (MM. Hutinel, président; Proust, Netter et Marfan). — M. BOYER. Étude sur quelques cas d'adénopathie trachéobronchique dans la syphilis; — M. HAHN. Essai de bibliographie médicale; — M. VARET. Recherches sur le rôle des sels doubles dans les transformations des sels de mercure dans l'organisme; — M. CHEVAIS. Des réflexes dans le rhumatisme chronique (MM. Laboulbène, président; Pouchet, André et Letulle). — M. MARTIN. Traitement opératoire des fistules vésico-vaginales; — M. WAITZ. Les kystes dermoïdes du sternum; — M. GROUT. Contribution à l'étude clinique de la myosite tuberculeuse; — M. FRÈRE. Contribution à l'étude des troubles nerveux déterminés par cals exubérants au membre supérieur (MM. Berger, président; Schwartz, Hartmann et Poirier). — M. HEULIN. Cancer primitif du duodénum; — M. DE SÉVEDAVY. De la congestion isolée du foie dans les cardiopathies (MM. Dieulafoy, président; Debove, Gilbert et Ménétrier). — M. CHASTANET. Quelques recherches sur l'appendicite; — M. FOURNIER. Traitement du psoriasis par l'acide cacodylique (MM. Debove, président; Dieulafoy, Gilbert et Ménétrier). — M. BOYER. Contribution à l'étude des grossesses multiples (et, en particulier, des grossesses multiples univitellines) dans une cavité amniotique unique (MM. Tarnier, président; Le Dentu, Pozzi et Bar). — M. CHALAIS. Traitement du mal perforant plantaire par l'élongation des nerfs; — M. HORMANN. L'eau froide et les injections de sérum en chirurgie; — M. PITANC. Étude sur les tumeurs mixtes du voile du palais (MM. Le Dentu, président; Tarnier, Pozzi et Bar). — M. HYTIER. De la tuberculose du rebord orbitaire inférieur; — M. CAMPOS. Recherches expérimentales et cliniques sur les nerfs sécréteurs des larmes; — M. ANTONELLI. Stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis congénitale; — M. CABELLO. Kyste épidermique du doigt (MM. Panas, président; Polaillon, Brun et Nélaton).

VENDREDI 23 JUILLET, à une heure. — M. GABORY. Étude de la ladrerie chez l'homme; — M. WARDE. L'œdème hystérique; — M. TAUCHON. Lombricose à forme typhoïde; — M. JOUBERT. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la morve humaine (MM. Laboulbène, président; Gaucher, Lejars et Widal). — M. CARLET. Contribution à l'étude de la pleurésie séreuse enkystée; — M. BOURG. Essai sur le diagnostic de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène (MM. Potain, président; Ch.

Richet, Letulle et Retterer). — M. Robert. Des rayons de Rœntgen en médecine et en chirurgie; — M[lle] Pompilian. La contraction musculaire et la transformation de l'énergie (MM. Ch. Richet, président; Potain, Letulle et Retterer). — M. Goupille. Des synovites séreuses simples du pied; — M. de Lorgeril. Des opérations économiques et atypiques dans les tumeurs blanches du poignet et du cou-de-pied chez l'adulte; — M. V. de Pommerast. Traitement des fractures simples de jambe par la méthode ambulatoire (MM. Tillaux, président; Rémy, Ricard et Delbet).

Samedi 24 juillet, à une heure. — M. Cocquelet. Sur un cas de complication d'un kyste du ligament large; — M. Briais. Corps étrangers du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac chez l'enfant (diagnostic et traitement); — M. Golaz. Ostéotomie sous-trochantérienne congénitale de la hanche; — M. Friaque. Ruptures sous-cutanées du tendon d'Achille (MM. Berger, président; Quénu, Schwartz et Polaillon). — M. Lambert. Étude critique sur la sérothérapie dans la syphilis; — M. Lepelletier. Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections rétro-nasales: pharyngothérapie; — M. Bensaude. Le phénomène de l'agglutination des microbes et ses applications à la pathologie (le séro-diagnostic) (MM. Debove, président; Nélaton, Gilbert et Achard). — M. Peaudecerf. Des soins à apporter au cordon ombilical chez le nouveau-né. Nouvelle méthode de section du cordon; — M. Jullien. Documents statistiques concernant l'étude des grossesses gémellaires (MM. Tarnier, président; Le Dentu, Bar et Poirier). — M. Dagail. Ozène. Traitement par l'électrolyse interstitielle. État de la question; — M. Petits. De la tuberculose des ganglions du cou (MM. Le Dentu, président; Tarnier, Bar et Poirier). — M. Gravier. Des fistules bracho-cutanées non traumatiques; — M. Cacaud. De l'association de la rougeole et de la scarlatine chez l'enfant; — M. Veillon. Catarrhe suffocant d'origine grippale; — M. Coutal. Du traitement des infections de l'enfant par l'exposition à l'air (MM. Hutinel, président; Brun, Marfan et Ménétrier).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 10 juillet 1897: MM. Claisse et du Pasquier, 20; Boulloche, 19; Parmentier, 18 1/2.

Séance du 12 juillet: MM. Aviragnet, 29; Boulloche, 26.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 12 juillet: MM. Bouglé et Guillemain, 19; Morestin et Reymond, 18; Clado, 16.

— Par décret, en date du 12 juillet 1897, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur:

Au grade de commandeur. — M. Réech, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 10[e] corps d'armée.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Oberlin et Richard; M. le médecin principal de deuxième classe Labrevoit; MM. les médecins-majors de première classe Péborde et Garette.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Silice, Gœbel, Legrand, Darde, Zimmermann, Béchard, de Tastes, Virolle, Tarrieux, Maupetit, Trifaud, Martin, Larue et Vignol; MM. les médecins-majors de deuxième classe Paquy, Piot, Dumontier, Rocheblave et Sabatié.

MM. les docteurs Lamire (de Mennecy) et Didiergeorge (de Bruyère).

— Par décret, en date du 12 juillet 1897, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade de commandeur. — M. Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine.

Au grade d'officier. — M. Hyades, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Thamin, Castagné, Legrand, Dumesnil, Bertrand, Mazet, Durand et Barbolain.

— Par décret, en date du 12 juillet 1897, sont nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après:

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Corties, en remplacement de M. Oberlin, retraité; maintenu comme médecin-chef de l'hôpital militaire de Toulouse.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. Malinas, en remplacement de M. Charvot, retraité; maintenu comme médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes; — Vautrin, en remplacement de M. Corties, promu; maintenu comme médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vannes.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Jacquey, en remplacement de M. Durand, retraité; maintenu au 151[e] d'infanterie; — Coquand, en remplacement de M. Kopff, retraité; maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Mistarlet, en remplacement de M. Plaisant, retraité; maintenu au 45[e] d'infanterie; — Bodinier, en remplacement de M. Choné, décédé; maintenu au 36[e] d'infanterie; — Faure-Lacaussade, en remplacement de M. Manquat, retraité; maintenu au 47[e] d'infanterie; — Courtot, en remplacement de M. Malinas, promu; maintenu au 81[e] d'infanterie; — Paquy, en remplacement de M. Vautrin, promu; maintenu à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Patris de Broé, en remplacement de M. Millard, décédé; maintenu au 152[e] d'infanterie; — Biscons, en remplacement de M. Pellier, démissionnaire; maintenu provisoirement au 2[e] du génie; — Blum, en remplacement de M. Brault, mis hors cadre; maintenu à la direction du service de santé du 7[e] corps d'armée; — Sibut, en remplacement de M. Moinel, décédé; remis hors cadre et maintenu à l'escadron de spahis soudanais; — Bonnet, en remplacement de M. Pruniéras, décédé; maintenu comme surveillant à l'École d'application du service de santé militaire; — Chambaud, en remplacement de M. Audiguer, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 4[e] zouaves; — Decaux, en remplacement de M. Jacquey, promu; désigné pour le 119[e] d'infanterie; — Spillmann, en remplacement de M. Coquand, promu; désigné pour le 24[e] d'infanterie; — Georges, en remplacement de M. Mistarlet, promu; maintenu comme surveillant à l'École du service de santé militaire; — Maré, en remplacement de M. Bodinier, promu; désigné pour le 130[e] d'infanterie; — Fromont, en remplacement de M. Faure-Lacaussade, promu; désigné pour le 149[e] d'infanterie; — Pichon, en remplacement de M. Courtot, promu; mis hors cadre et maintenu au corps d'occupation de Madagascar; — Iversenc, en remplacement de M. Paquy, promu; désigné pour le 155[e] d'infanterie; — Vialaneix, en remplacement de M. Sibut, mis hors cadre; désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Darricarrère, en remplacement de M. Pichon, mis hors cadre; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Par décret, en date du 12 juillet 1897, les programmes des concours pour les fonctions de chef des travaux anatomiques dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont fixés, pour chaque Faculté, par arrêtés ministériels rendus après avis de la commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public. L'article 9 du décret du 25 juillet 1885 est abrogé.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juillet 1897, le nombre des places d'agrégé près les Facultés de médecine, mises au concours par les arrêtés du 29 mai 1897 et du 15 juin 1897 (Voir *Gaz. des hôp.*, 1897, pages 629 et 690), est porté de 38 à 39. La nouvelle place sera comprise dans la section de pathologie interne et médecine légale et réservée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

— Par décision ministérielle, en date du 12 juillet 1897, sont désignés pour les postes ci-après:

M. le médecin-major de première classe Oriou, pour le 48e d'infanterie;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Roux, pour le 2e d'infanterie; — Ferry, pour le 3e cuirassiers; — Dufaud, pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; — Prieur, pour le 7e dragons; — Duhaut, pour le 131e d'infanterie; — Buy, pour les troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam; — Bénac, pour le 21e d'infanterie; — Pailloz, pour le 20e escadron du train des équipages militaires; — Carlier, pour l'hôpital militaire de Versailles (provisoirement); — Collinet, pour le 2e régiment de sapeurs-pompiers de Paris; — Marcelin, pour le 13e dragons; — Fasquelle, pour le 6e escadron du train des équipages militaires; — Sudre, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Lévy, pour le 6e chasseurs d'Afrique; — Barbière, pour le 76e d'infanterie; — Gaillard, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Sicard, pour le 11e hussards; — Chabrut, pour le 10e cuirassiers;

MM. les médecins aides-majors de première classe Austric, pour le 20e d'infanterie; — Visbecq, réintégré dans le cadre de son grade et affecté au 11e d'artillerie; — Fasquelle, pour le régiment de sapeurs-pompiers à Paris; — d'Arlhac, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — du Roselle, pour le 26e d'infanterie;

M. le médecin aide-major de deuxième classe Peyroux, pour le 119e d'infanterie.

— *Hôpitaux de Paris.* — En remplacement de l'hôpital Trousseau, qui doit être désaffecté, deux nouveaux hôpitaux d'enfants seront élevés rue Michel-Bizot et rue Etex.

Un service d'isolement pour les tuberculeux sera créé aux hôpitaux Laënnec et Lariboisière.

— Le 11 juillet courant a été élevé à Bresche (Indre-et-Loire) un monument à la mémoire de Velpeau, né dans cette commune le 18 mai 1795, et mort à Paris le 24 août 1868.

— De son vivant, le duc d'Aumale faisait à l'hôpital français de Londres une subvention de 25000 francs; une clause du testament du duc ordonne que cette subvention soit continuée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre collaborateur M. le docteur Eugène Vigneron, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École de médecine de Marseille, décédé à Lille à l'âge de trente-cinq ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 19 juillet 1897.

Il y a aujourd'hui une année, le ministre de l'Instruction publique prenait les mesures suivantes au sujet des étudiants en médecine étrangers. Les services et laboratoires des Facultés continuaient de rester grands ouverts, et sans condition, aux médecins étrangers qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.

Quant aux jeunes gens, chaque jour plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France, pour y commencer et y poursuivre leurs études médicales, le ministre distinguait entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine, et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine.

Les premiers étaient astreints aux mêmes conditions d'inscription que nos nationaux, et ne devaient recevoir le diplôme d'État, conférant le droit d'exercer la médecine en France, que si, au moment de leur première inscription, ils justifiaient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique — lettres, philosophie — et du certificat des sciences physiques, chimiques et naturelles.

Pour les autres, les plus nombreux, le ministre accordait des dispenses de baccalauréat, plus largement encore que par le passé; mais le diplôme qu'ils recevraient à la fin du cours régulier de leurs études était un diplôme purement universitaire et ne conférait pas le droit d'exercer en France.

Ces mesures ont été généralement approuvées par le corps médical, car elles s'opposaient à l'encombrement de la profession par les médecins étrangers.

Mais elles ne remédiaient point à l'encombrement des études à la Faculté de Paris, où, comme auparavant, se portaient les étudiants étrangers. Aussi de nouvelles mesures édictées ne leur permirent plus de s'inscrire à la Faculté de Paris, et leur laissèrent simplement le droit de choisir entre les différentes Facultés de province.

Ces réformes n'ont pas produit tout l'effet attendu. Les étrangers, que le diplôme de Paris attirait, méconnaisant l'équivalence des diplômes décernés par les autres Facultés, se sont acheminés vers les universités de Berlin, de Vienne et de Londres, qui, plus libérales, les accueillent à bras ouverts et font une grande publicité aux règlements restrictifs édictés chez nous.

Aussi, la Faculté a-t-elle été saisie d'une proposition de M. Debove, demandant l'admission des étudiants étrangers à la Faculté de médecine de Paris. Le professeur insistait sur le tort grave porté non seulement à notre Université par de pareilles mesures, et il demandait que Paris ouvrît à nouveau ses portes à l'étudiant étranger, pour lui conférer soit le diplôme d'État, soit le diplôme purement universitaire. Il était facile de démontrer que cet isolement de la médecine française était nuisible aux intérêts généraux du pays, et c'est avec raison que M. Debove s'étonnait de voir l'Administration, qui avait été si pleine de bienveillance pour les étrangers, tant qu'ils pouvaient faire à nos nationaux une trop facile concurrence, s'armer aujourd'hui contre eux d'une sévérité extrême, alors que, grâce au diplôme universitaire, ils ne peuvent plus nuire à nos confrères.

La présence de ces étrangers dans notre Faculté, dit M. Debove, ne peut que nous rapporter honneur et profit.

« On ne saurait les trop bien accueillir. Après avoir vécu de notre vie pendant plusieurs années, ils retournent dans leur pays, ils y transportent notre langue, notre civilisation, continuent à entretenir avec nous des relations scientifiques et amicales et, se rappelant qu'ils ont passé en France une partie de leur jeunesse, ils aiment notre patrie, s'intéressent à sa prospérité et contribuent indirectement à sa grandeur. »

Une commission fut nommée pour examiner la proposition de M. Debove et son rapport conclut à l'admission des étrangers à la Faculté de Paris.

Mais les raisons qui avaient fait prendre des mesures restrictives subsistaient encore : encombrement des amphithéâtres, des laboratoires, etc., et la discussion fut vive. L'assemblée se sépara sans prendre de décision : 13 professeurs votèrent pour l'admission, 13 pour le renvoi des étrangers en province. Un certain nombre de professeurs s'abstinrent et il fut décidé que la discussion serait reprise à la rentrée prochaine.

Le Conseil municipal de Paris, justement ému du départ des étudiants étrangers, vient d'être saisi de la question par deux de ses membres et a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

« Le Conseil,

Considérant que la création du diplôme universitaire

sauvegarde les intérêts de nos nationaux, puisqu'il ne confère pas au titulaire de ce diplôme le droit d'exercer la médecine en France,

Emet le vœu :

Que le Conseil de l'Université de Paris fasse tous ses efforts pour retenir à Paris les étudiants étrangers qui y viennent, attirés par la supériorité de l'enseignement donné à la Faculté de médecine et avec l'intention d'exercer la médecine dans leur pays d'origine. »

Cette émotion du Conseil municipal est bien légitime, mais la solution de la question dépend de lui, en grande partie. Nos hôpitaux parisiens sont largement suffisants pour nos étudiants, des laboratoires s'ouvrent de toutes parts, mais, ce qui ne suffit plus, et nous l'avons démontré ici, chiffres en mains, ce sont les amphithéâtres d'anatomie, où les tables sont vides de cadavres. Or, cette pénurie de sujets tient à une mesure prise par le Conseil municipal, mesure tendant à favoriser l'enterrement régulier des malades ayant succombé dans les hôpitaux. Des sociétés se sont fondées pour éviter que les corps passent par l'amphithéâtre. La reconnaissance des corps, réservée autrefois aux proches parents, est facilitée au point que les registres de nos amphithéâtres constatent une diminution inquiétante du nombre des sujets.

Car, c'est là toute la difficulté : trouver des ressources suffisantes pour l'enseignement de l'anatomie et de la médecine opératoire. Il faut donc modifier l'organisation, ce qui est possible, et, lorsque les réformes seront faites, ouvrir les portes de la Faculté. Il est inadmissible qu'à Paris les étudiants étrangers ne trouvent pas les ressources que leur offrent les universités étrangères.

C'est une opinion traditionnelle et courante que les tuberculeux sont amaigris, amincis, sans graisse ni muscles, avec des creux sous leurs pommettes rougies, avec des creux sous leurs clavicules saillantes; aussi bien, en présence de malades gras et larges n'hésite-t-on pas, dès le premier examen, à affirmer qu'ils peuvent avoir tout, excepté la tuberculose pulmonaire. Or, la phtisie peut exister, évoluer même de façon assez active, chez des malades qui conservent toutes les apparences de la santé la plus parfaite. M. Queyrat vient de montrer à la Société médicale des hôpitaux, deux malades bien curieux à ce point de vue. Ils sont tous deux atteints de **tuberculose pulmonaire** ; de nombreux examens cliniques et de fréquentes recherches bactériologiques ont maintes fois montré que cette tuberculose est en pleine évolution, et cependant ces deux malades ont gardé un embonpoint remarquable, un aspect des plus florissants. Ces faits sont peut-être moins rares qu'on ne le pense. M. Debove fait, avec raison, remarquer que souvent les animaux les plus gras sont trouvés tuberculeux ; M. Sevestre a observé la phtisie chez un enfant que son embonpoint et son aspect séduisant avaient fait couronner au concours des bébés; MM. Du Cazal et Chauffard ont suivi des faits semblables, faits qui rentraient antérieurement dans cette variété de phtisie que l'on appelait la phtisie scrofuleuse.

M. Sevestre revient, en quelques mots, sur la question de la **diphtérie**, à propos de la récente communication de M. Lemoine. Ce dernier auteur, sans chercher en somme à diminuer la valeur de l'examen bactériologique dans les cas d'angine diphtérique, cherchait à réhabiliter en quelque sorte l'examen clinique. Il disait, si nous avons bon souvenir, qu'il n'est pas logique de faire reposer tout le diagnostic sur les seules données bactériologiques ; que la diphtérie peut revêtir des formes cliniques différentes; et que, dans la grande majorité des cas, l'examen clinique suffit à poser le diagnostic.

C'est cette distinction, ce parallèle entre l'examen clinique et l'examen bactériologique, qui paraît peu séduire M. Sevestre. « J'avoue, dit-il, ne pas bien comprendre cette distinction : la clinique telle que nous la pratiquons aujourd'hui utilise, en effet, plusieurs méthodes d'examen qui, toutes, peuvent concourir à établir le diagnostic et dont aucune n'est indifférente.

Lorsque nous constatons chez un malade des signes qui paraissent se rapporter au mal de Bright ou au diabète, à la leucocythémie, etc., nous pouvons, dans un bon nombre de cas, accepter comme très probable le diagnostic de l'une de ces maladies, mais il est peu d'entre nous, je pense, qui oseraient affirmer ce diagnostic avant d'avoir fait l'analyse des urines ou l'examen du sang. Il n'en va pas autrement pour la diphtérie. Le diagnostic de cette maladie est loin d'être toujours facile et comporte de nombreuses erreurs; l'examen bactériologique permet de les éviter. Pourquoi ne pas y recourir ? »

Ainsi posée, la question est vivement résolue et cependant peut-être y a-t-il encore exagération à comparer au point de vue du diagnostic la présence du sucre ou de l'albumine dans l'urine, la présence dans le sang de ces altérations profondes qui révèlent la leucocythémie, à la présence du bacille diphtérique dans la gorge. C'est cette tendance qu'a, en somme, cherché à combattre M. Lemoine.

M. L.-Henri Petit rapporte, à la Société médicale, l'histoire d'un malade atteint d'abord de pleurésie droite, guérie assez rapidement, mais qui avait, grâce à l'abondance de ses fausses membranes, attiré peu à peu le cœur à droite et en arrière, d'où il était résulté une véritable ectopie cardiaque.

Les observations d'**intoxication aiguë par le sublimé** sont courantes, mais celle que publie aujourd'hui M. Poix (du Mans) se recommande par plusieurs particularités bien intéressantes. Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, qui absorba, par erreur, la valeur d'un verre ordinaire d'une solution de sublimé à 1/500. Elle présenta des signes graves d'intoxication aiguë qui, d'ailleurs, guérit.

Or, il faut remarquer : 1° qu'il a suffi d'une dose très minime, 10 centigrammes environ, pour provoquer des accidents très graves ; 2° qu'à aucun moment il n'y a eu d'hyperthermie, ce qui diminue la valeur de la fameuse « fièvre mercurique » ; laquelle n'est probablement due qu'à des infections secondaires dont la porte d'entrée est constituée par les lésions buccales et pharyngées très fréquentes.

HOPITAL MILITAIRE DE BELFORT

Méningite à forme subaiguë ayant débuté au niveau du tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale gauche; aphasie; mort.

Par le docteur J. Marty, médecin-major de première classe.

Le caporal D..., du 151e régiment d'infanterie, est un homme de constitution forte.

Antécédents de famille et personnels nuls.

Le 15 novembre, au soir, il se coucha bien portant; la nuit se passa sans incident, mais, le 16, au réveil, il s'aperçut qu'il parlait difficilement. Le 17, cet état persista, il ressentit un léger mal de tête et le 18, au matin, entra à l'hôpital.

A son arrivée, l'intelligence est conservée, mais paresseuse. L'aphasie n'est pas complète et le malade répond par monosyllabes. La mémoire des mots subsiste. Il se souvient du nom des objets, mais ne peut les prononcer et cette constatation, dont il se rend compte, provoque une impatience visible.

Il n'a eu ni chute, ni perte de connaissance.

Pas de vomissements.

Le malade tire la langue sans difficulté, les mouvements en sont intacts. Déglutition conservée.

Vision normale, pas de diplopie, ni d'inégalité pupillaire, les muscles de l'œil sont en bon état.

La bouche s'ouvre et se ferme comme d'ordinaire, mais le malade ne peut pas siffler. Les deux joues semblent parésiées et cette parésie serait plus marquée à droite qu'à gauche.

Fonctions de la vessie et du rectum intactes.

Marche normale; rien du côté des membres supérieurs : pas de contracture. Sensibilité conservée des deux côtés.

Douleur de tête localisée dans la région frontale et pariétale gauche.

Le malade écrit facilement; l'écriture est bien formée, mais un peu tremblée.

T. 37°8. P. 70. R. 14.

On diagnostique un début de méningite localisée au pied de la troisième circonvolution frontale gauche.

Traitement : sangsues aux apophyses mastoïdes; calomel; glace.

Le soir, l'état est sensiblement le même.

T. 38°2. P. 75. R. 14.

19 novembre : Nuit bonne; l'aphasie persiste, mais l'intelligence est plus affaissée que la veille; le ventre n'est pas rétracté.

On fait de nouveau écrire le malade. Il le fait moins facilement, les lettres sont plus tremblées et les mots ne répondent plus à l'idée qu'ils doivent exprimer. Il écrit son nom, mais prié d'écrire où il souffre, il ne met que des mots sans signification. On le prie d'écrire « hôpital » il met l'hapotal.

T. 37°8. P. 66. R. 16.

Traitement : glace, sinapismes, onctions mercurielles sur les cuisses; iodure de potassium.

Le soir, la dépression augmente. Cependant, quand on l'en tire, on voit que la connaissance persiste, le malade se trouve même un peu mieux ; de plus, l'aphasie est moins complète, car interrogé sur la ville où il se trouvait, il répond : « Belfort »

T. 38. P. 72. R. 18.

20 novembre : La dépression augmente, il en est de même de l'aphasie, le malade ne prononce que le mot : oui ; l'intelligence s'obnubile.

Pupilles normales, le pharynx est très peu sensible, langue chargée, mais humide.

T. 37°6. P. 62. R. 18.

Le soir, le pouls est par instant inégal, quelques soubresauts tendineux.

T. 37°8. P. 54. R. 18.

21 novembre : L'aphasie semble encore une fois diminuer et le malade retrouve l'usage de quelques syllabes, mais l'obtusion intellectuelle persiste.

Il ne peut préciser où il a mal, pas de déviation de la langue, pas de paralysie.

Matin : T. 37°6. P. 62. R. 18; soir : T. 37°9. P. 54. R. 24.

22 novembre : Dans la nuit, léger délire.

Le matin, le calme est revenu, avec une certaine prostration, le malade se couche de préférence sur le côté gauche, la tête du côté d'un bat-flanc, tournant le dos à la lumière. Il comprend et cherche à répondre sans pouvoir y parvenir ; il montre le côté gauche de la tête comme siège de la douleur.

Pupilles égales, injection de la conjonctive gauche.

Pas de parésie des membres, pas de rétraction du ventre.

Matin : T. 38°2. P. 56. R. 18 ; soir : T. 37°8. P. 56. R. 18.

A la contre-visite, il accuse une certaine amélioration, l'aphasie est moins absolue.

23 novembre : Nuit tranquille, l'intelligence reste obtuse, mais le malade peut prononcer son nom.

Fonctions de l'intestin et de la vessie normales, langue chargée mais humide ; on remarque une certaine hésitation dans les mouvements des membres qui lui sont demandés.

Matin : T. 38°4. P. 60. R. 18.

Dans la soirée, le mal de tête augmente. D... arrive cependant à prononcer quelques mots ; pouls inégal.

T. 38°6. P. 66. R. 18.

24 novembre : Nuit mauvaise. Vers huit heures s'est déclaré un délire violent qui a duré jusqu'à minuit; il a fallu maintenir le malade.

A la visite, raideur accentuée de la nuque, le délire a cédé ; somnolence entrecoupée de plaintes. Quand on l'en tire, il répond tant bien que mal et retrouve l'usage d'un certain nombre de mots. Pupilles égales.

T. 38°2. P. 72. R. 12.

Dans l'après-midi, le délire recommence, calme et avec un caractère professionnel très net; il parle à ses hommes, les commande.

La pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite ; il semble qu'il y a des hallucinations, et le malade accompagne de mouvements des membres supérieurs, les paroles qu'il essaie de proférer.

T. 38°6. P. 64. R. 20.

25 novembre : Aggravation, subdélire continuel ayant perdu son caractère professionnel. Mouvements continuels des membres supérieurs. Tantôt, c'est de la carphologie, tantôt il saisit ses draps et cherche à les déchirer. Intelligence engourdie.

L'inégalité pupillaire ne s'est pas maintenue. Les deux sont contractées, le malade a uriné, mais n'a pas été à la selle depuis la veille. Ventre dur, non rétracté.

T. 37°8. P. 84. R. 18.

Dans la soirée, le subdélire se maintient, avec mouvements spasmodiques de la tête. L'aphasie diminue, la douleur céphalique est moins sentie; le malade, tiré de sa prostration et interrogé s'il allait mieux, a répondu : « Oui, monsieur le major. »

T. 38. P. 84. R. 18.

26 novembre : Pouls faible, inégal. Respiration pénible, irrégulière. Ni paralysie, ni contracture, sauf la raideur de la nuque. Le malade se rend encore compte de ce qui se passe, mais, semble-t-il, d'une façon très vague.

Matin : T. 37°4. P. 70. R. 16; soir : T. 37°6. P. 80. R. 18.

27 novembre : Nuit mauvaise et très agitée. Carphologie continue; excitation et marmottement incessants entrecoupés de plaintes. Pupilles dilatées.

Langue sèche, brune. Pouls petit, hoquet.

Aucune réponse ne peut être obtenue.

T. 37°2. P. 96. R. 20.

Le soir, perte de connaissance et insensibilité complètes. Subdélire avec marmottement inintelligible. Rétention d'urine. Constipation, décubitus dorsal, la tête tournée à gauche et les yeux en haut.

T. 37. P. 120. R. 24.

28 novembre : Prostration, entrecoupée de plaintes. Le hoquet a reparu, a duré une partie de la nuit et persiste ce matin. Carphologie; perte complète de connaissance.

T. 36°6. P. 140. R. 44.

Le soir, le hoquet a cessé. La résolution est à peu près complète. La bouche est fuligineuse.

T. 36. P. 144. R. 18.

29 novembre : Nuit calme. Ce matin, prostration profonde, bouche et langue sèches. Les ailes du nez se dilatent passivement. Hoquet incessant. Le ventre n'est pas rétracté, le pouls est incomptable. T. 36°2. R. 30.

L'état comateux se termine par la mort à onze heures.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Méninges injectées superficiellement; système veineux gorgé de sang.

La dure-mère est incisée. Aucune lésion inflammatoire sur la partie supérieure des hémisphères.

Le cerveau est retiré. Lésion franchement apparente à gauche.

Au pied de la troisième circonvolution frontale, l'espace limité d'une part par le cap, de l'autre par la branche ascendante, est recouvert par une séreuse blanchâtre épaissie, au-dessous de laquelle se trouve une faible quantité de pus concret.

De là, la lésion s'est propagée dans diverses directions. Elle a suivi la scissure de Sylvius, mais elle y diminue vite, puis disparaît, sans y avoir créé de foyer spécial.

D'autre part, elle s'est propagée sur la partie inférieure de la frontale ascendante, où l'on ne trouve pas de pus, mais où l'injection est vive et la séreuse opaline. On la retrouve dans le sillon intermédiaire entre la frontale ascendante et la troisième frontale. Mais elle a surtout intéressé la scissure de Rolando.

Après l'avoir rejoint, elle s'y propage et y remonte dans la direction de la convexité, qu'elle n'atteint pas. A 2 centimètres environ de l'extrémité inférieure de cette scissure, elle pénètre dans une anfractuosité constituée par un repli de la frontale ascendante.

Elle y forme un foyer de 3 centimètres de profondeur environ, sur une largeur de 5 millimètres à la partie superficielle et de 1 centimètre dans la profondeur. Le centre de la partie la plus large est en voie de suppuration; il a une étendue très limitée. Tout autour, la substance cérébrale est altérée, rouge vif et adhérente. L'altération ne dépasse pas la substance grise.

Enfin, l'inflammation s'est propagée du côté de la base, entre le lobe frontal et le temporal. Elle se retrouve peu accusée, mais appréciable à la partie moyenne.

Elle atteint le pédoncule cérébral droit, puis forme, immédiatement au-dessus de la protubérance, un nouveau foyer qui intéresse les couches superficielles de la partie antéro-externe de ce pédoncule. L'injection méningée est vive, mais, dans ce foyer plus récent, on ne trouve pas trace de purulence. Les couches superficielles du tissu nerveux sont également rouges, adhérentes, et, tout autour, un abondant piqueté inflammatoire apparaît.

Suivant un trajet inverse de celui de gauche, l'inflammation méningée a gagné la partie externe de l'hémisphère droit, mais elle y est bien moins accentuée qu'à gauche. Au niveau des scissures, on constate une vive hyperhémie, avec légère teinte opaline, sans trace de pus.

Ce caractère est même appréciable sur tout le territoire compris entre les deux scissures de Rolando et de Sylvius.

Enfin l'injection vasculaire dépasse, du côté du pédoncule cérébral, les limites du foyer ci-dessus décrit, puis s'éteint.

Cette observation semble fort intéressante à divers titres.

On trouve donc, pour point de départ des accidents, un foyer suppuré, très limité. La lésion encéphalique, ayant agi par compression sur le centre du langage, a occasionné l'aphasie qui ouvre la scène.

Puis l'inflammation gagne la scissure de Rolando, y pénètre et va commencer la formation d'un nouveau foyer de méningo-encéphalite au niveau du centre moteur du facial supérieur. Le repli envahi se dirigeait bien vers la frontale ascendante et le centre du facial inférieur n'a pu que peu s'en ressentir. Là, il s'est agi, non pas d'une lésion méningée simple, mais les couches superficielles du tissu nerveux ont été intéressées. De là, vraisemblablement, sont venus les phénomènes de parésie des joues. Ces phénomènes sont restés limités, la lésion n'ayant pas dépassé la période de début, mais n'ont pas cédé et n'ont fait que s'accentuer.

Quant à l'aphasie, sa marche n'a pas été la même. Elle a eu, sans jamais disparaître complètement, des hauts et des bas. La raison en est, nous semble-t-il, que la lésion qui lui donnait naissance n'agissait que par compression. Or, le degré de cette compression a pu varier à divers moments de l'affection. Elle était peu considérable, étant donné la faible quantité de pus. De plus, ce pus, très collecté au début, a pu tendre à se diffuser, en cherchant à se glisser, soit dans la direction de la scissure de Sylvius, soit dans celle de la rainure intermédiaire aux lobes frontal et temporal, d'où diminution de pression sur le pied de la troisième circonvolution frontale et atténuation de l'aphasie.

Partout ailleurs la lésion n'est qu'une irritation inflammatoire assez vive, sans exsudat purulent, ce qui explique le peu de précision des autres phénomènes.

Au point de vue clinique, nous assistons à l'évolution d'une méningite, loin d'offrir la symptomatologie classique. Pas de vomissements, pas de rétraction du ventre.

Le cycle thermique est anormal. Ordinairement, la méningite débute avec vivacité. La température s'élève le plus souvent jusqu'au moment de la mort, qui n'en arrête même pas immédiatement la marche.

Ici, rien de semblable. Au début, on observe un peu de fièvre, mais juste assez pour indiquer un processus aigu. Au lieu de s'élever au fur et à mesure que les accidents s'aggravent, elle diminue, puis cède quatre jours avant la mort, traduisant ainsi le peu d'importance des lésions.

Bien plus, la veille et le jour du décès, c'est de l'hypothermie que l'on constate, sous l'influence de la prostration du malade, tout comme dans les formes dépressives de l'aliénation mentale.

La dissociation de la température et du pouls s'observe. Elle est très marquée les sixième et septième jours, puis elle s'atténue, et le pouls s'élève pendant que les chiffres thermiques s'abaissent, jusqu'au moment où il devient incomptable.

LES CAPSULES SURRÉNALES (PHYSIOLOGIE)

D'APRÈS LES TRAVAUX RÉCENTS

Par M. G. Rosenthal, licencié ès sciences naturelles, interne des hôpitaux de Paris.

Depuis le moment où les capsules surrénales étaient considérées comme un organe problématique (1), ont paru un grand nombre de recherches qui ont démontré qu'il fallait y voir un organe participant à la vie générale de l'organisme, et y jouant un rôle considérable.

Reprenant les anciennes expériences de Brown-Séquard qui, en 1853, démontrait que l'ablation des capsules surrénales est suivie de mort, avec accumulation de pigment dans le sang, les auteurs nous paraissent, pour étudier cette glande, avoir suivi deux voies bien différentes. Les uns, poursuivant des recherches d'anatomie et d'histologie, ont

cherché dans la texture de l'organe à démontrer ses fonctions; les autres, poursuivant la méthode physiologique, cherchaient par des ablations, des injections de suc surrénal ou de toxines, à produire des modifications de l'organisme.

I

Déjà Canalis (2), en 1886, avait vu, dans la couche corticale de capsules surrénales d'adultes, des figures kariokinétiques. Mais c'est surtout la thèse de M. Auguste Pettit (3) qui est venue donner la démonstration histologique de la sécrétion interne des capsules surrénales.

Dans sa thèse, publiée en mars 1896 par les *Comptes rendus de la Société de biologie*, Auguste Pettit étudie surtout l'anatomie comparée des capsules surrénales dans la série animale. Il donne une description particulièrement détaillée, approfondie de la structure de cet organe chez les poissons téléostiens, et en particulier de l'anguille. C'est à sa thèse que nous empruntons les détails qui suivent.

L'anguille se laisse facilement étudier dans les laboratoires à cause de la possibilité d'avoir de nombreux échantillons et de sa grande résistance. De plus, elle présente ses capsules surrénales, non pas au pôle antérieur du rein, mais à leur face ventrale. Il en résulte que le physiologiste les découvre facilement et ne risque pas en opérant de léser le sympathique.

L'organe affecte la forme de cylindres irréguliers, que découvre une incision médiane dépassant l'anus de 3 centimètres, de chaque côté de cet orifice.

Ces cylindres surrénaux ont été étudiés d'après la méthode de Benda (4). Les septa conjonctifs qui les séparent, ainsi que les parois des vaisseaux, dessinent un réseau vert, que limite un liséré rouge; il n'y a pas de paroi propre, les cellules des cylindres sont en contact direct avec le tissu conjonctif interstitiel.

Les cellules qui constituent le cylindre sont des éléments columnaires de 15 à 20 μ de hauteur. Pourvues d'un protoplasma jaunâtre finement granuleux, elles présentent un noyau bien développé de 5 à 6 μ, renfermant lui-même un nucléole que colore fortement la safranine.

L'étude histologique va nous renseigner sur l'évolution de ces cellules. Car soit à la périphérie, soit au centre des cylindres, on trouve des cellules dont le cytoplasme tend à devenir sphérique : le protoplasma devient de plus en plus clair et se parsème de granulations qui se colorent en vert. Puis le noyau ne se colore plus et les limites cellulaires s'effacent. Enfin dans d'autres préparations, on voit au centre du cylindre une masse amorphe floconneuse, parsemée encore de noyaux en régression, dernier terme de l'évolution de la cellule glandulaire des capsules surrénales.

Ainsi est démontrée histologiquement la fonction de glande à sécrétion interne des capsules surrénales.

D'autres auteurs, bien avant Auguste Pettit, avaient cherché à établir le rôle de sécrétion interne. Sans remonter à Schmidt qui, en 1785, supposait que les capsules surrénales sécrétaient dans les vaisseaux un produit destiné à exciter le cœur, nous pouvons rappeler que Carlier, en 1893, a décrit dans les capsules du hérisson en hibernation des corpuscules zymogènes qui passeraient, selon cet auteur, dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Ce rôle actif, que l'histologie et l'anatomie nous démontrent, va apparaître encore plus évident lorsque nous aurons vu que les capsules surrénales, loin d'être un organe atrophié et exclu des réactions physiologiques de l'organisme, va répondre par des modifications intimes aux traumatismes, aux ablations, aux injections de toxines, aux inoculations de suc surrénal.

II

Revenons à la thèse d'Auguste Pettit.

Des expériences faites sur l'anguille lui montrent qu'après ablation d'une série de cylindres, les autres augmentent de volume, présentant ainsi une hypertrophie compensatrice semblable à celles que présentent le rein ou le testicule dans des cas semblables. La vascularisation augmente, les vaisseaux dilatés forment de véritables lacs sanguins. Mais surtout on observe des modifications cellulaires qui peuvent se résumer ainsi : suractivité de la cellule et rapidité d'évolution.

L'assise cellulaire présente de 30 à 40 μ de hauteur. Au lieu d'une rangée unique, nous trouvons maintenant deux à trois rangées de cellules avec de nombreuses cellules envahissant la lumière du cylindre. On trouve de place en place de grandes cellules allant de la paroi conjonctive à la lumière, cellules qui présentent un gros noyau et un fort nucléole. Le centre du cylindre est occupé par un magma indistinct de cellules dégénérées, avec quelques noyaux très rares, ce qui nous montre l'activité du processus.

Pfaundler, cité par Pettit, a vu la lumière de certains cylindres des capsules occupée par des vaisseaux, d'où il conclut à l'élaboration de granulations versées dans le torrent sanguin.

Lorsque nous aurons ajouté que, comme toute glande, les capsules surrénales réagissent par l'hypertrophie aux injections de pilocarpine, et que les injections sous-cutanées de 1 centimètre cube d'une solution aqueuse à 1/200 déterminent la prolifération cellulaire avec augmentation des cellules, nous aurons fourni des preuves histologiques surabondantes de l'activité de l'organe.

Cette hypertrophie compensatrice, survenant après l'ablation d'une glande, se retrouve aussi lorsque l'on détruit une partie d'une capsule surrénale. Dans ce cas, nous apprend Canalis (5), les cellules épargnées subissent une augmentation de volume qui compense l'absence constante de régénération de la partie supprimée.

Des expériences multiples ont montré à un grand nombre d'auteurs que les capsules surrénales réagissaient aux injections de toxines.

Roger (6), à la Société de biologie, après avoir produit une infection suraiguë du cobaye avec le pneumo-bacille de Friedlander, a trouvé des hémorragies diffuses dans les capsules.

Pilliet (7), la même année, note après injections de poisons du sang des pigmentations limitées aux tubes incolores de la substance médullaire.

Langlois et Charrin (8) ont noté l'hypertrophie des capsules des animaux soumis à des injections de toxines. Dans leur communication à la Société de biologie, ils rappellent avoir signalé les premiers les modifications pigmentaires, congestions, hémorragies, que permettent de réaliser les différents virus. Ils présentent ensuite des pièces obtenues en injectant aux cobayes d'une façon répétée des toxines pyocyaniques ou diphtéritiques à la dose d'un demi-centimètre cube. Une injection terminale de 3 à 8 centimètres

cubes a amené la mort. Ces pièces nous font voir une hypertrophie notable des capsules. Les auteurs ajoutent, il est vrai, que ces résultats sont inconstants et n'ont rien d'absolu. Peut-être cette restriction vient-elle de l'absence de recherche des capsules accessoires.

Auguste Pettit a repris ses expériences et a fait une étude histologique en employant toujours la méthode de Benda.

La toxine diphtéritique, injectée au cobaye, amène l'hypertrophie des capsules. Des îlots cellulaires, faiblement colorés en rouge par la safranine, se détachent sur les lacs sanguins. La capsule conjonctive qui limite l'organe a disparu, les cylindres corticaux sont bouleversés. Les cellules elles-mêmes sont touchées et les noyaux mal colorés présentent les signes ordinaires de dégénérescence.

Les capsules de l'anguille, après injection de toxines, nous montrent des cellules réduites à la moitié ou au tiers de leur hauteur normale. Le noyau ne renferme plus que quelques fines granulations chromatiques.

Dans une communication à la Société de biologie (27 novembre 1896), Langlois a apporté la preuve physiologique de l'importance des modifications anatomiques déterminées sur les capsules. En dehors des propriétés plus spéciales que nous étudierons plus loin, l'extrait des capsules surrénales injecté à des animaux à faible dose détermine une augmentation considérable de la pression sanguine et de la diurèse. Or si on se sert, pour préparer les extraits, de glandes surrénales appartenant à des animaux soumis à des injections de toxine, on constate que les modifications de la pression obtenue augmentent quand la glande était simplement congestionnée et disparaissent quand la glande était hypertrophiée.

Parallèlement à cette suppression de l'action sur la pression, disparaît la réaction de la pyrocatéchine signalée par Vulpian, c'est-à-dire la coloration bleu noirâtre virant au rose par les alcalins que donne la substance médullaire normale au contact du perchlorure de fer. (*A suivre.*)

SUR L'ÉTIOLOGIE DES CIRRHOSES DU FOIE

ET EN PARTICULIER SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA CIRRHOSE DU BUVEUR

Par le docteur Henri Saingery.

Nous extrayons de la thèse de M. Saingery les données suivantes :

« Étant donné que l'abus des boissons est une cause de cirrhose et, d'autre part, qu'au point de vue clinique il y a trois espèces de boissons : le vin, les liqueurs alcooliques (eaux-de-vie, rhum...), les liqueurs essencieuses (absinthe, vulnéraire...), on peut se demander si toutes les liqueurs sont capables d'amener la cirrhose.

1° *a*. Dans 328 observations de gens qui n'ont abusé que de liqueurs alcooliques ou essencieuses, sans le plus léger excès de vin, on ne trouve aucune trace de cirrhose. — *b*. 68 malades, qui n'ont fait que des excès de vin sans abus d'autres boissons, sont devenus cirrhotiques. — *c*. Inversement, l'examen de 144 buveurs cirrhotiques montre qu'il n'y en a pas un qui n'ait fait des excès de vin et, parmi eux, 68 n'ont abusé que du vin. Donc, *c'est le vin qui amène la cirrhose*.

2° Les 328 buveurs de liqueurs très riches en alcool ne sont pas cirrhotiques. Par suite, les 68 cirrhotiques qui n'ont bu que du vin ne sauraient devoir leur cirrhose à l'alcool de ce vin. — Ainsi, *dans le vin, ce n'est pas l'alcool qui provoque la cirrhose.*

3° *a*. Les gens qui font excès de liqueurs alcooliques ou essencieuses présentent à l'autopsie (39 autopsies) des foies gras (quelques foies sont congestionnés seulement). — *b*. Les buveurs non tuberculeux frappés de cirrhose et de stéatose du foie (11 cas) ont tous bu du vin, mais toujours, outre le vin, ils ont bu de ces liqueurs alcooliques ou essencieuses, riches en alcool. De là, cette conclusion : *Le vin provoque la cirrhose et l'alcool provoque la stéatose.*

Il faut tenir compte de cette action de l'alcool dans la production de la stéatose du foie, chez les buveurs tuberculeux.

4° La dose de vin minimum nécessaire pour produire la cirrhose est de 2 à 3 litres de vin pendant huit à dix ans. Cette dose est nécessaire, mais ne suffit pas toujours. Sa valeur maximum est fixée d'après la nature du vin, par la réaction individuelle du buveur et son genre de vie.

5° Quelles espèces de vin sont capables de produire la cirrhose et quelle est, dans le vin, la substance efficace? Ces questions ne sont pas résolues. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique du paludisme (1), par les docteurs F. Burot et M.-A. Legrand, médecins principaux de la marine.

MM. Burot et Legrand ont été à même d'observer, depuis vingt-cinq ans, le paludisme, sur les côtes de France et d'Algérie, puis au Sénégal, au Gabon et à la Guyane, en Océanie, en Cochinchine, au Tonkin, enfin à Madagascar. Nul n'était mieux placé qu'eux pour écrire un livre sur la thérapeutique du paludisme.

Leur premier objectif a été de déterminer, le plus rigoureusement possible, sous combien d'aspects différents la maladie s'offre à l'observation médicale. Ils étudient successivement l'accès paludéen simple, l'accès pernicieux, l'accès bilieux, la fièvre paludéenne rémittente, la fièvre paludéenne associée, le paludisme larvé et la cachexie palustre.

Pour chaque forme, les auteurs étudient l'âge, l'intensité de la manifestation morbide, l'état du sujet, du milieu; puis ils donnent, pour chaque cas déterminé, le traitement le plus rationnel, pendant l'accès, dans l'intervalle des crises, puis pendant la convalescence.

L'ouvrage se termine par la prophylaxie thérapeutique.

On peut arriver par l'hygiène à rendre l'organisme réfractaire dans les régions à paludisme modéré. Mais le plus souvent, il faut employer des moyens plus énergiques et c'est à la quinine préventive que l'on devra avoir recours.

L'ouvrage de MM. Burot et Legrand rendra les plus grands services à tous les médecins des pays malariens.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 13 juillet 1897 : Renon, 29; Belin, 26.

Séance du 15 juillet : MM. Caussade, 30; du Pasquier, 27.

— La Faculté de médecine de Lyon a délégué au Congrès de Moscou : MM. les professeurs Ollier, Poncet, Pierret, Lacassagne et Soulier.

— Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale près l'École de médecine de Nantes s'est terminé par la nomination de M. le docteur Rivet.

---

(1) In-16. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le concours pour une place de chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes s'est terminé par la nomination de M. le docteur G. Sourdille.

— Le quatrième Congrès pour l'étude de la tuberculose aura lieu à Paris, dans la dernière semaine de juillet 1898, sous la présidence de M. le professeur Nocard (d'Alfort). Les quatre questions suivantes seront mises en discussion : 1° Des sanatoria comme moyens de prophylaxie et de traitement de la tuberculose (rapporteurs : MM. Le Gendre, Netter et Thoinot); — 2° Des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose (rapporteurs : MM. Landouzy et Maragliano); — 3° Des rayons X dans le diagnostic de la tuberculose (rapporteurs : MM. Bouchard, Claude et Teissier); Des rayons X dans le traitement de la tuberculose (rapporteur : M. Lortet); — 4° La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie (rapporteurs : MM. Nocard et Bang).

Prière d'envoyer les adhésions, avec un mandat postal de 20 francs, à M. G. Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain.

— Un comité d'élèves et d'amis s'est formé, pour offrir à la Faculté de médecine de Paris, à l'aide d'une souscription publique, le buste de M. le professeur Straus. M. Boucher a bien voulu se charger de l'exécution de ce buste. Les souscriptions seront reçues chez le trésorier, M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

— Les anciens élèves du docteur Tourdes, ancien professeur de la Faculté de médecine de Nancy, se proposent de lui offrir, en témoignage de la profonde estime et de la respectueuse admiration qu'ils conservent pour lui, une médaille portant sur les deux faces les armes de Strasbourg et de Nancy avec cet exergue : « Au professeur Tourdes, ses élèves et ses amis. » — Prière de faire parvenir, avant le 15 août, les souscriptions à M. le docteur Villemin, à Épinal.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Nocard est revenu sur le traitement du tétanos par le sérum antitétanique. Les Allemands ont récemment annoncé qu'ils avaient trouvé un sérum antitétanique curatif. Des expériences que M. Nocard a faites avec le sérum de Hœchst, il résulte qu'il n'est pas plus curatif que le sérum de l'Institut Pasteur. M. Nocard a vérifié une fois de plus cette règle que, lorsque les accidents tétaniques ont apparu, les sérums, quels qu'ils soient, sont impuissants. Le traitement curateur du tétanos est donc encore à trouver.

Nous avons à signaler deux communications : l'une de M. Debove sur l'ostéoporose progressive, l'autre de M. Delore (de Lyon) sur le passage des microbes dans le placenta.

M. Debove, parmi les nombreux états ostéomalaciques décrits par les auteurs, en distrait un particulier auquel il donne le nom d'ostéoporose. Il s'agit, en effet, dans ces cas, non d'une ostéomalacie vraie, mais d'une porosité plus grande du tissu osseux sans modification histologique.

M. Delore a étudié la thrombose veineuse qu'on trouve sous le chorion du placenta des femmes non malades. Ces thromboses lui paraissent devoir être attribuées à la présence de microbes dont il décrit les diverses variétés. Une conclusion pratique à tirer des recherches de M. Delore est qu'il faut éviter, pendant la délivrance, de dilacérer le placenta.

MM. Caron de la Carrière et Monfet ont communiqué un travail sur l'urologie de l'enfance.

Parmi les pièces de la correspondance, nous signalerons une note de M. Garcia Medina, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Colombie, sur l'emploi d'un procédé sérothérapique appliqué au traitement de la lèpre. Ce traitement a donné les résultats suivants :

1° Décoloration des taches de la peau, et particulièrement de celles qui se trouvent le plus rapprochées du point des injections;

2° Rétablissement de la sensibilité là où elle était supprimée;

3° Amélioration considérable de l'état général.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger. Les candidats sont classés comme suit : en première ligne, M. le professeur Maurice Benedickt (de Vienne); en deuxième ligne, M. Petrini (de Galatz); en troisième ligne, M. Barella (de Bruxelles); en quatrième ligne, M. de Mierzejewosky (de Saint-Pétersbourg); en cinquième ligne, M. Patrick Manson (de Londres).

HOPITAL COCHIN. — M. CHAUFFARD.

Sténose pylorique et vaste dilatation de l'estomac; application au diagnostic de l'éclairage électrique intrastomacal [gastro-diaphanie] (1).

Récemment, M. Hayem (2) décrivait à l'Académie de médecine les signes et l'évolution des sténoses pyloriques et sous-pyloriques, et donnait les caractères différentiels qui permettent le diagnostic différentiel de ces deux modalités très voisines d'un même processus morbide.

Le malade que je présente à la Société me paraît rentrer dans cette série de faits, assez peu nombreux encore pour qu'il y ait intérêt à les publier. J'insisterai de plus sur un procédé d'examen électrique encore peu connu, peu mis en pratique, et très instructif cependant à bien des points de vue.

Il s'agit d'un homme de trente ans, petit et d'apparence assez chétive, atteint d'une affection gastrique qui paraît avoir débuté vers le mois d'août 1896. Rien dans ses antécédents ne paraît l'avoir motivée et nous ne trouvons notamment à relever ni infections antérieures, ni syphilis, ni alcoolisme ou excès de tabac.

L'été dernier, les digestions de H... sont devenues peu à peu lentes, laborieuses, accompagnées de pesanteur, de flatulence. Les vomissements, rares au début, étaient surtout alimentaires. Pas de douleur d'ulcère simple, pas d'hématémèse. Amaigrissement assez notable, sans cachexie.

Depuis quelques mois, les troubles digestifs sont devenus plus accusés, il y a du pyrosis, des régurgitations, de grands vomissements survenant sans effort, six heures environ après les repas, et amenant l'évacuation de masses

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(2) HAYEM. Des sténoses incomplètes, pyloriques et sous-pyloriques, Acad. de méd., 18 mai 1897.

liquides amères, plus abondantes, dit le malade, que les aliments ingérés.

L'appétit reste normal.

La constipation est très prononcée, et ce n'est qu'à grand'-peine que le malade va à la selle tous les deux ou trois jours.

Tous ces symptômes ne font que s'aggraver, et malgré un séjour de trois mois dans le service de mon collègue M. Delpeuch, où il a été soigné par les lavages de l'estomac, H... s'amaigrit, et perd ses forces.

Voici ce que nous avons constaté :

Le malade étant couché, et son estomac non vidé, on voit une voussure manifeste, péri et sous-ombilicale, qui, sous la main qui la palpe, devient le siège de contractions visibles, d'ondulations péristaltiques dirigées du cardia vers le pylore.

Quand l'estomac est vidé, on ne peut constater ni voussure, ni contractions péristaltiques.

L'estomac dilaté clapote très bas, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis, et, de chaque côté, au delà des lignes verticales mamelonnaires.

La pression est nettement douloureuse au niveau de la région pylorique. Aucune tumeur n'est constatable à ce niveau.

Le foie, la rate sont normaux. Le rein droit n'est pas déplacé. Les urines ne présentent ni albumine, ni sucre. Cœur et poumons sains.

Nous avons donc affaire à un grand estomac dilaté. Est-il en même temps stagnant, et existe-t-il de l'hyperacidité et de la gastro-sucorrhée?

Quinze heures après le dernier repas, on tube le malade et on retire un litre et demi environ d'un liquide trouble, qui, après une heure de repos, se sépare en deux couches distinctes. La couche supérieure, un peu visqueuse, de teinte jaune verdâtre, est presque limpide. La couche inférieure, représentant la moitié à peu près du volume total, est formée de débris alimentaires, très fragmentés, mais, pour certains, encore reconnaissables (légumes, viande).

Ce liquide est fortement acide, donne toutes les réactions d'acide chlorhydrique libre, contient des traces d'acide lactique libre, des peptones, des matières albuminoïdes non modifiées. Odeur butyrique très nette.

Le malade ayant mangé le soir comme d'habitude, un lavage est pratiqué à dix heures du soir et l'estomac est vidé. Il reste à jeun jusqu'au lendemain matin.

Dix heures plus tard, on extrait par la sonde 250 grammes d'un liquide verdâtre assez limpide et contenant seulement, dans les dernières parties extraites, quelques débris alimentaires, résidus du repas de la veille au soir. Les réactions sont les mêmes que dans l'examen précédent, sauf l'odeur butyrique qui fait défaut.

Même résultat obtenu quelques jours après, le malade étant évacué à dix heures du soir et à huit heures et demie du matin. Cette fois la quantité du liquide retiré est de 500 grammes.

En présence d'un pareil syndrome, le diagnostic à porter me paraît devoir être le suivant : sténose pylorique, fibreuse, permanente, d'origine inconnue; estomac extrêmement dilaté, stagnant, avec fermentations secondaires, gastro-sucorrhée modérée, peu de réaction hyperacide et douloureuse.

La sténose me paraît être pylorique, plutôt que sous-pylorique, à en juger par les signes différentiels donnés par M. Hayem. Quand la sténose est pylorique, dit M. Hayem, on trouve un liquide de rétention abondant, souillé de débris alimentaires grossiers, facilement reconnaissables, datant parfois d'aliments déglutis plusieurs jours auparavant. Tous ces caractères se vérifiaient dans notre cas. Au contraire, quand le rétrécissement est au-dessous du pylore, le liquide résiduel est peu abondant, coloré plus ou moins par la bile, et les débris alimentaires qu'il contient ne peuvent être reconnus qu'au microscope.

Donc sténose pylorique, avec gastrite hyperpeptique et fermentations organiques secondaires. Dès lors, un traitement chirurgical me paraît devoir seul être conseillé et je compte confier ce malade à mon collègue M. Quénu, pour qu'il pratique la gastro-entéro-anastomose.

Mais auparavant, pour mieux préciser la situation, la forme, la capacité de l'estomac, l'état de ses parois, j'ai voulu recourir à un procédé très ingénieux d'éclairage électrique de l'estomac par transparence, grâce à l'obligeance de M. Gudendag qui a bien voulu appliquer, chez mon malade, un appareil très pratique, et qui consiste en une lampe électrique minuscule, montée à l'extrémité d'une sonde stomacale flexible en caoutchouc rouge.

Le malade se remplit lui-même, et très facilement son estomac, avec le siphon stomacal habituel et 3 litres pour cela sont nécessaires, signe de la vaste étendue de son ectasie gastrique.

Puis, dans une chambre noire, la petite lampe électrique est introduite dans l'estomac et allumée. Rien n'est plus saisissant que l'image obtenue. Tout l'estomac apparaît lumineux, se dessine en rouge clair derrière la paroi abdominale. Les courbures, la région du cardia et du pylore, la face antérieure, tout s'illumine d'un coup; on a vraiment là un spectacle des plus curieux et des plus instructifs. Sur la ligne médiane, les muscles droits donnent une bande plus sombre.

Chez notre malade debout, nous constatons ainsi à la fois la vaste dilatation et l'abaissement de l'estomac; la grande courbure est au contact du pubis et des arcades crurales; les orifices cardiaques et pyloriques sont en situation normale; la petite courbure se dessine au-dessus de l'ombilic.

On constate, de plus, qu'aucun épaississement ni tumeur n'existe; que les parois sont plus transparentes, plus lumineuses, par comparaison, que celles d'un estomac sain; plus minces, par conséquent.

On voit combien sont nettes ces constatations et, par le temps d'électricité appliquée au diagnostic médical où nous vivons, il y a là une méthode très simple, très élégante, et que je crois appelée à rendre souvent de vrais services. L'éclairage électrique intrastomacal, la gastro-diaphanie comme on l'a assez heureusement dénommé, donne des résultats bien plus évidents, bien plus complets, que la dilatation par les mélanges effervescents, ou même la radioscopie. Elle montrerait probablement très bien une tumeur en plaque, un corps étranger, une disposition en bissac.

Quand le malade aura été opéré, il sera intéressant de refaire la même épreuve, de comparer la nouvelle image obtenue avec celle d'aujourd'hui dont le schéma conservera la disposition exacte.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE

SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (1)

Par le docteur J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

Obs. XVI. — *Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Hémorragie du foie et décollement de la vésicule biliaire. Laparotomie. Guérison* (publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, 13 août 1896). — E... (Jean), quarante-cinq ans, opéré le 13 janvier 1896, à la Pitié.

Le 13 janvier, à quatre heures de l'après-midi, coup de pied de cheval dans l'hypocondre droit. Le malade, renversé, se relève presque immédiatement. Transporté à l'hôpital : gémissements continus, nausées sans vomissements.

A sept heures, au moment où je le vois, il a l'air anxieux, les yeux cernés, la langue sèche, la respiration courte et haletante. Pouls 50, plein. Température axillaire 34°5.

Ventre à peu près normal, plutôt rétracté, sans ecchymose, ni éraflure. Percussion normale.

A la palpation, rien de particulier, si ce n'est une douleur très vive au-dessous du rebord costal droit, au niveau du bord externe du muscle grand droit.

Cette intensité et cette fixité de la douleur me font penser à une lésion profonde. Je crois devoir intervenir.

Anesthésie à l'éther. Incision médiane, afin de pouvoir explorer plus facilement la cavité abdominale. L'incision s'étend de l'appendice xyphoïde à l'ombilic.

Dès l'ouverture du péritoine, je constate dans son intérieur un épanchement sanguin assez abondant. Ne pouvant voir d'où vient le sang, je prolonge l'incision jusqu'à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. Le jour me paraissant encore insuffisant, je fais tomber sur la première une deuxième incision transversale de 7 à 8 centimètres, qui divise le muscle grand droit sur toute sa largeur.

L'épiploon et le côlon transverse sont couverts de taches ecchymotiques, l'épiploon gastro-hépatique est distendu par une certaine quantité de sang qui a filtré derrière le duodénum et jusque dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

La vésicule biliaire distendue est presque totalement décollée du foie, flottante, à peine retenue par un lambeau péritonéal qui se porte de son bord droit sur la face inférieure du foie. Celle-ci, au niveau de la zone décollée, est saignante sur une longueur de 6 à 8 centimètres et une largeur de 2 ou 3.

Au même niveau, le bord antérieur du foie est déchiré et un vaisseau assez important a été rompu. Son diamètre est d'environ 1 millimètre et demi. Il coule à plein jet dans la cavité péritonéale.

La ligature dans le tissu friable du bord antérieur du foie me paraissant devoir être difficile, je place sur le vaisseau une pince hémostatique qui saisit en même temps, sur une certaine épaisseur, le bord tranchant du foie tout entier.

Tamponnement de surface saignante avec une mèche de gaze stérilisée, laissée à demeure avec la pince.

Nettoyage du péritoine, qui est débarrassé des caillots qui l'encombrent. Surjet au catgut sur le péritoine et les muscles; suture de la peau au crin de Florence. Après l'opération, pouls 56, température 37 ; 300 grammes de sérum en injection sous-cutanée.

Au bout de quarante-huit heures (15 janvier), la pince et la mèche de gaze sont enlevées sans incident.

Suites normales : température matin 37°5.

Le neuvième jour (22 janvier), j'enlève les fils. Au moment du pansement, le malade fait un effort de toux et l'épiploon fait issue dans le pansement à travers la plaie qui se désunit.

Résection de l'épiploon, nouvelle suture. Guérison sans incidents nouveaux.

Le malade sort complètement guéri le 28 février.

Ici, l'infection était absolument nulle. Aussi le malade a-t-il parfaitement guéri. Je me trouvais en somme dans les conditions d'une laparotomie normale, avec un péritoine sain.

Il est vrai qu'au moment où je me décidai à intervenir, guidé surtout par la présence de cette douleur très vive qui me faisait soupçonner quelque lésion viscérale, j'ignorais complètement si l'intestin était ou n'était pas blessé. Il eût pu être perforé que les symptômes n'eussent guère été différents, car l'intervention a été ici très rapide, et si même le péritoine eût été souillé de matières intestinales, il est bien probable qu'au bout de trois heures les phénomènes d'infection et d'absorption toxique eussent été trop faibles pour se traduire par quelques signes un peu nets.

Aussi est-il permis de penser que, si même j'eusse rencontré une rupture intestinale, j'aurais pu l'oblitérer et compter, après avoir nettoyé l'abdomen, sur des chances très sérieuses de guérison. Voilà pourquoi les opérations précoces sont infiniment préférables aux opérations tardives, et voilà pourquoi il faut intervenir le plus tôt possible, à condition, bien entendu, que les indications d'une intervention soient suffisantes.

Cette observation est un bel exemple des signes paradoxaux et contradictoires, qui peuvent se rencontrer au cours de ces affections abdominales, et qui ne sont certes pas faits pour faciliter le diagnostic.

Voilà un homme dont l'accident le plus grave était une hémorragie et qui, avant son opération, avait tous les signes d'une lésion viscérale sérieuse, et d'une lésion quelconque, sauf toutefois l'hémorragie. Quand un malade a perdu une notable quantité de sang, sa tension vasculaire s'abaisse; le pouls se précipite et s'affaiblit. Il devient d'autant plus rapide et plus misérable que l'hémorragie s'accentue davantage. Or, cette homme, à côté de signes traduisant une commotion générale sérieuse, avait un pouls plein, solide, battant 56 fois par minute. Ce n'est pas là un pouls hémorragique, bien au contraire. C'était donc un signe absolument paradoxal, et qui ne pouvait guère qu'induire en erreur sur la nature de la lésion viscérale, tant il est vrai, je le répète pour la dixième fois, que les observations cliniques les plus sagaces sont parfois celles qui induisent le plus facilement en erreur, et d'autant plus qu'elles sont plus précises, mieux faites, et mieux interprétées.

Obs. XVII. — *Perforation de l'estomac par ulcère rond. Laparotomie. Mort.* — S... (Jeanne), vingt-quatre ans, opérée, le 26 décembre 1896, à l'hôpital Laënnec.

Depuis deux ans troubles gastriques très douloureux, ayant nécessité le régime lacté presque absolu.

Le 24, vomissements alimentaires mêlés d'un peu de sang, puis douleurs vives dans la région de l'estomac.

Entre à l'hôpital le 25. Ventre très légèrement ballonné, sonorité normale, douleurs vives à la pression, surtout dans la région épigastrique, facies assez bon.

Le 26, aggravation, facies péritonéal, pouls rapide, mais plein, ballonnement du ventre, douleur très vive à l'épigastre. On porte le diagnostic de perforation de l'estomac par ulcère rond.

A huit heures et demie du soir, chloroforme, laparotomie sus-ombilicale de 12 centimètres. Dès l'ouverture du ventre, les anses intestinales distendues tendent à faire issue au

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 784

dehors. Le péritoine est d'aspect absolument normal, sain, sans trace d'inflammation quelconque. L'estomac qui laisse voir les trois quarts de sa face antérieure est aussi complètement distendu et paraît tout à fait sain.

Devant cette distension gastrique et cette intégrité du péritoine, j'abandonne immédiatement le diagnostic de perforation par ulcère, et, ne trouvant rien, je referme le ventre, non sans difficulté, à cause de la distension des anses intestinales qui se précipitent à chaque instant au dehors et menacent de se perforer sur l'aiguille.

L'opération dure près d'une demi-heure : 600 grammes de sérum en injection sous-cutanée.

Le 27, état général assez bon, la fièvre est tombée. Langue un peu sèche, agitation, douleurs gastriques persistantes, selles diarrhéiques : 500 grammes de sérum.

Le 28, agitation beaucoup plus grande, délire nocturne bruyant, diarrhée abondante. La malade semble mourante, puis elle se relève peu à peu, et doit être isolée à cause de son agitation : oppression, langue sèche, de temps en temps nausées, crachats, régurgitations, sans vomissements proprement dits.

Le 31. Enlèvement des fils. Le pansement est humecté par un liquide franchement vert.

1er janvier. Une fistule s'est établie, qui donne issue à une grande quantité de liquide verdâtre, mêlé de caillots de lait. Il est donc bien évident qu'il y a quelque part une perforation, probablement gastrique — je me demande si elle n'est pas due à quelque blessure de l'estomac distendu, faite avec mon aiguille au moment de la suture. Diarrhée profuse, la malade va continuellement sous elle.

Malgré tout, son état s'améliore un peu, la langue est toujours sèche, mais le facies est meilleur, la fistule se tarit peu à peu et ne donne presque plus rien.

Le 9. L'état général est moins bon, la malade a un peu de fièvre. La diarrhée est constante et profuse, la faiblesse est extrême, la malade tousse et se plaint d'oppression violente.

Le 11. L'état s'aggrave de plus en plus. Température 38 et 39 degrés. Faiblesse excessive.

Le 12. Mort à deux heures de l'après-midi.

Une heure et demie après la mort, exploration par la plaie. Pas de péritonite, adhérences récentes autour de la plaie opératoire, et sous la face inférieure du lobe gauche du foie. La rate et l'estomac sont enlevés : à 5 centimètres de la petite courbure, sur la face antérieure et supérieure de cet organe, près de la grosse tubérosité, on trouve une *perforation* arrondie de 1 centimètre de diamètre correspondant à un ulcère rond absolument typique. Toute cette région antérieure est recouverte d'adhérences de date récente.

Cette autopsie est malheureusement tout à fait incomplète, et en réalité je ne sais pas exactement par quel mécanisme cette malade a succombé. Ce que je sais, ce qui me paraît évident, c'est qu'elle n'est pas morte d'infection péritonéale; qu'elle ait succombé à quelque infection intestinale ou broncho-pulmonaire, cela est fort possible. En tous cas, la cause exacte de sa mort est inconnue.

Son observation n'en est pas moins des plus importantes. Elle corrobore absolument ce que je disais dans l'observation précédente. Au moment de l'opération, et malgré une perforation de l'estomac évidemment obstruée par des adhérences, le péritoine était sain, non infecté. Aussi l'intervention en elle-même a-t-elle été bénigne. La malade n'en a point été sérieusement touchée. Elle a même eu, pendant quelques jours, une période d'amélioration et elle n'a, en fin de compte, succombé qu'au bout d'une quinzaine. L'opération aurait donc pu, sans danger pour elle, être plus longue et plus complète, elle aurait dû l'être, devrais-je dire, et je regrette amèrement de ne pas avoir exploré plus minutieusement l'estomac. J'aurais peut-être pu trouver la perforation, l'oblitérer et sauver ma malade.

Si je ne l'ai pas fait, si je n'ai pas cherché dans le ventre jusqu'à ce que j'aie trouvé quelque chose, c'est encore ici par la faute de ces signes paradoxaux et contradictoires qui m'ont poursuivi jusqu'au bout de mon exploration.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juillet 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATIONS

De l'emploi du sérum antitétanique dans le tétanos. — M. NOCARD rappelle avoir dit, en rendant compte des résultats qu'avait donnés l'emploi du sérum antitétanique, qu'employé à titre préventif il avait fourni de beaux succès, mais qu'il avait échoué lorsqu'on avait voulu l'utiliser à titre curatif dans le tétanos confirmé.

Cet insuccès thérapeutique tient sans doute à ce que les accidents tétaniques, sur l'apparition desquels on se base pour faire les injections du sérum, n'apparaissent que longtemps après l'absorption du poison, alors qu'il a produit son effet sur la cellule nerveuse.

Cependant, il y a quelque temps, un journal allemand annonçait qu'un sérum préparé par Hœchst, sur les indications de Behring, assurait la guérison du tétanos confirmé, à la dose de 5 grammes dissous dans 45 grammes d'eau, injectés en une seule fois, de préférence dans les veines.

Tout d'abord M. Nocard a voulu établir nettement la toxicité de la toxine tétanique.

Avec la dose de 6 milligrammes de la toxine tétanique on tue un cheval. Les premiers symptômes apparaissent quelquefois le cinquième jour, le plus souvent le sixième jour, quelquefois le septième. Les animaux meurent toujours.

Il était alors facile, ces résultats acquis, de chercher la valeur de l'antitoxine. Mais là une difficulté surgissait. Il faut employer une dose de 5 grammes d'antitoxine sèche de Hœchst pour chercher à neutraliser la toxine. Or, cette dose était vendue par la maison allemande au prix de 30 marcs.

Étant donné ce prix élevé et les ressources limitées de son budget, M. Nocard a pensé qu'il pouvait étudier comparativement le sérum antitétanique de Hœchst et celui de l'Institut Pasteur. M. Metchnikoff dosant biologiquement ce sérum a constaté qu'un billionième de gramme préserve la souris d'une dose 100 fois plus forte que la dose convulsivante.

Ses expériences ont porté sur 33 chevaux réformés, mis à sa disposition par M. Bixio ; ces animaux reçurent 6 milligrammes de toxine tétanique. Il attendit l'apparition des premiers accidents, puis il leur injecta 5 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur dans les veines. Ils moururent comme les témoins.

Donc, si on injecte l'antitoxine tétanique de l'Institut Pasteur au début des premiers accidents tétaniques, il est impossible d'arrêter l'évolution de la maladie. Il en est de même avec le sérum de Hœchst.

Mais il y a plus, si on injecte l'antitoxine vingt-quatre heures avant le début des accidents tétaniques qu'il est facile de prévoir, puisqu'ils surviennent régulièrement le sixième jour après l'inoculation, cette injection, même à dose élevée et intra-veineuse, n'arrête en rien l'évolution de la maladie.

Si l'injection est faite quarante-huit heures avant le moment de l'éclosion des accidents, toujours à haute dose

et dans les veines, l'animal ne présente pas d'accidents tétaniques.

Mais si on injecte, peu après l'injection de toxine tétanique, le sérum antitétanique même à petite dose et sous la peau, l'animal n'a pas le tétanos.

On peut donc conclure pratiquement de ces expériences que le sérum antitétanique n'exerce aucune action sur les accidents tétaniques dès qu'ils ont apparu, mais qu'il a une action préventive absolue.

Le traitement curatif du tétanos est encore à trouver. Ce n'est pas une raison pour abandonner le traitement du tétanos par le sérum. C'est encore le meilleur mode de traitement. Il diminue notablement l'intensité des crises. Il est surtout utile lorsque la porte d'entrée ne peut être trouvée. Dans ce cas, l'éradication du point lésé ne peut être pratiquée et alors le microbe continue à fabriquer en ce point les toxines tétaniques. Or, le sérum antitoxique peut alors les détruire au fur et à mesure de leur production.

En résumé, l'action préventive du sérum antitétanique est toute-puissante, l'action curative n'est que partielle et jamais absolue.

De l'ostéoporose progressive. — M. DEBOVE rappelle qu'on a décrit de nombreux états ostéomalaciques symptomatiques de divers états morbides. L'ostéomalacie dite sénile, notamment décrite par Charcot et Vulpian, est pour M. Debove de l'ostéoporose et non de l'ostéomalacie; elle est presque exclusive à la femme, elle survient dans l'âge adulte avant la ménopause. Des observations qu'il a faites il résulte que la maladie débute, le plus souvent, par des douleurs dans le thorax, puis apparaissent des déformations du sternum, de la colonne vertébrale, de la clavicule; survient aussi la fragilité des os qui s'incurvent et se fracturent spontanément. La maladie paraît marcher par accès; il y a des périodes de déformations rapides, suivies de périodes caractérisées par l'état stationnaire.

L'étude microscopique ne montre qu'une porosité plus grande du tissu osseux sans modification histologique. L'analyse chimique ne montre pas de modifications de la constitution de l'os. Il s'agit donc ici d'une porosité simple de l'os, plus grande qu'à l'état normal, entraînant des déformations par suite des actions musculaires et du poids. La mort, qui a été observée dans deux cas, résulte des troubles circulatoires et respiratoires provoqués par les déformations thoraciques.

La thrombose placentaire microbienne. — M. DELORE (de Lyon) a constaté très fréquemment des thromboses sous le chorion du placenta, même lorsqu'il s'agit de femmes normales. Or, toutes les fois qu'il y a thrombose, il y a soupçon d'infection. Eh bien ces thromboses sont en effet corrélatives de la présence de microbes dans le placenta. On les y retrouve dans tous les cas.

M. Delore les a retrouvés dans ces foyers thrombosés. Voici par exemple un cas : femme de vingt-trois ans, absolument normale, accouchement de trois heures de durée. Le chorion du placenta renferme dix-huit thromboses; M. Delore en fait huit cultures, sept sont positives. Ce sont des micrococoques, des diplocoques, des streptocoques.

Les suites de couches furent pourtant absolument normales.

En faisant une enquête rétrospective, on a trouvé que cette femme avait eu des malaises variés au septième mois de sa grossesse et, au moment de l'accouchement, on avait trouvé de l'albumine dans son urine.

Chez une deuxième femme qui avait eu de l'endométrite pendant sa grossesse, il y avait dans les villosités de son placenta des granulations renfermant des streptocoques qui, cultivés et inoculés à un lapin, le tuèrent avec une pneumonie double.

Où siègent ces microbes? Entre les lames du chorion, entre les villosités. C'est également en ces points qu'on peut trouver la bactéridie charbonneuse chez l'animal injecté avec des cultures de bactéridie.

Ces microbes sont en amas, sous forme zoogléique. Ce sont surtout des coccus, mais je crois qu'on peut rencontrer tous les microbes pouvant circuler dans le sang de la femme.

Comment les choses peuvent-elles se passer? MM. Dezobry et Porcher ont démontré qu'après la digestion il existe chez le chien des microbes dans les lymphatiques et qu'ils passent dans le sang, même dans le sang veineux. On peut admettre que même chose se passe chez l'homme où la phagocytose détruit rapidement les microbes.

Chez la femme enceinte, il y a la circulation placentaire dans laquelle peuvent être lancés ces microbes. Mais alors ceux-ci sont filtrés par le placenta et y restent. Il se produit une thrombose pariétale blanche dès le début. C'est là un phénomène physiologique destiné à la préservation du fœtus.

On voit donc que le placenta est un réservoir de microbes. Ceux-ci, au lieu de rester cantonnés en ce point, peuvent rentrer dans la circulation et causer des accidents chez la femme enceinte.

Il est important aussi, au moment de la délivrance, de ne pas déchirer le placenta, de façon à ne pas mettre les microbes en liberté.

M. CHARPENTIER fait observer que M. Delore semble croire que la thrombose qu'il trouve dans le placenta est toujours infectieuse. Pourtant on sait que Léopold a démontré que les thromboses se forment dans le placenta au fur et à mesure que l'accouchement progresse et qu'elles marquent souvent et pourraient même causer, lorsqu'elles sont très nombreuses, la fin de l'accouchement.

M. DELORE croit, en effet, que, dans les thromboses anciennes, il n'y a pas de microbes. Dans les thromboses récentes, on trouve, au contraire, toutes les variétés de microbes qu'il a indiquées et ils sont vivants et virulents.

LECTURE

Étude sur l'urine normale de l'enfant. — M. L. MONFET, en son nom et au nom de M. le docteur Carron de la Carrière, lit la note suivante :

« Les auteurs ont cherché à établir la composition de l'urine normale de l'enfant. Leurs recherches ont porté sur une moyenne de 54 analyses, en recueillant les urines de vingt-quatre heures et rapportant les résultats au kilo corporel; ils ont eu spécialement en vue l'établissement des rapports urologiques des éléments entre eux; la détermination de l'urine normale de l'enfance devant servir de point de repère lorsqu'on étudiera l'urine de l'enfant malade. Il résulte de ce travail qu'il y a chez l'enfant, par rapport à l'adulte, une augmentation notable dans le volume de l'émission et dans le taux de tous les éléments normaux.

La cellule infantile est incomparablement plus active que celle de l'adulte; les matériaux sont aussi mieux travaillés.

Les rapports urologiques sont plus élevés que chez l'adulte, exception faite du rapport de l'acide urique à l'urée.

Ils en concluent que chez l'enfant :

Les phénomènes vitaux sont plus actifs que chez l'adulte;

L'élimination de l'azote est non seulement plus considérable, mais encore son utilisation est plus parfaite;

La cellule infantile est plus fortement minéralisée que celle de l'adulte;

Les chiffres classiques de la composition de l'urine normale de l'adulte ne sont pas applicables à l'enfant. »

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DU BARON LARREY

Troisième liste

MM. Adamkiewicz, correspondant étranger de l'Académie de médecine	20 fr.
Aron, médecin-inspecteur de l'armée (cadre de réserve)	20
Association des anciens élèves de Louis-le-Grand	100
Mlle Clarisse Bader	5
MM. de Beauvais	5
le baron Benoit d'Azy, lieutenant de vaisseau	50
le prince Roland Bonaparte	100
Bouchard, membre de l'Institut	50
le docteur Bottentuit	20
Lionel Bouillon	20
Cardozo	50
les docteurs Catteaus	10
Chabrillot	20
Mme Charcot	20
MM. Chauvel, médecin-inspecteur de l'armée	20
Chopinet, médecin-major de première classe	5
François Coppée, membre de l'Académie française	20
Dardignac, médecin-major de première classe	30
Mme la baronne Daumesnil	20
MM. Dauvé, médecin-inspecteur de l'armée (cadre de réserve)	20
Marcel Delamare	3
Delisle	10
le professeur Demosthen (de Bucarest)	20
Édouard Detaille	20
le docteur Duché, père	5
Ducourneau	20
le docteur P. Dufour	5
G. de Féligonde	20
Gaujot, médecin-inspecteur de l'armée (cadre de réserve)	20
Gueury, médecin-inspecteur de l'armée, en retraite	20
Mlle Aurélie Hamel	5
MM. les docteurs Hecquin	10
Léon Labbé, sénateur	30
Mlles Lawrence	100
Mlle Le Collo	50
M. le docteur Ledouble	10
Mmes Le Foll	5
Lévy	2
MM. les docteurs Lusk	50
Machelard	10
Marquez	10
Michou	20
	1050 fr.
Deuxième liste	2960 fr.
Total	4010 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de médecins des hôpitaux. — Séance du 17 juillet 1897 : MM. Claisse, 29; Parmentier, 28 1/2.

Ce concours se termine par la nomination de MM. Rénon, Caussade et Claisse. Nous sommes heureux d'en féliciter nos collaborateurs, dont nos lecteurs ont pu apprécier les Revues générales.

— *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Séance du 19 juillet : MM. Thiéry, 28; Bouglé, Guillemain, Morestin et Souligoux, 27; Raymond, 25; Glantenay, 24.

— Par décret, en date du 24 juin 1897, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de réserve. — M. Michaud, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Charvot, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité; Kopff, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Gigon et Durand, médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. Saintin, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. Maturie et Amat, médecins aides-majors de première classe dont les démissions ont été acceptées.

— Le général Gallieni a mis à l'ordre du jour du corps expéditionnaire de Madagascar, les officiers des corps de santé de la guerre, de la marine et des colonies, dont les noms suivent :

M. le médecin en chef des colonies Clavel, directeur du service de santé; MM. les médecins principaux des colonies Rançon et Mestayer; M. le médecin de première classe des colonies Levrier; MM. les médecins de première classe de la marine de Lespinois et Julien Laferrière; MM. les médecins-majors de deuxième classe Rocheblave et Beigneux; MM. les médecins de deuxième classe de la marine Bonnefoy et Michollet; M. le médecin aide-major de première classe Pichon.

— La nouvelle édition française du « Guide Bædeker pour la Russie » vient de paraître chez Paul Ollendorff, 28 bis, rue de Richelieu. Au moment où va se réunir le Congrès de Moscou, ce guide sera d'un intérêt considérable. C'est le seul guide absolument complet qui existe pour la Russie; il contient 14 cartes et 22 plans et abonde en renseignements qui le rendent précieux aux Russes eux-mêmes.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Vacances de 1897.* — **TRAINS DE PLAISIR.** — 1° *Paris-Clermont.* — Aller : départ de Paris, le 7 août, à 11 h. soir; arrivée à Clermont, le 8 août, à 9 h. matin. — Retour : au gré des voyageurs, par tous les trains ordinaires (sauf les express), à partir du 10 août jusqu'au dernier train du 22 du même mois.

Prix (aller et retour) : 2e classe, **32 fr.**; 3e classe, **20 fr.**

2° *Paris-Genève.* — Aller : départ de Paris, le 7 août, à 11 h. 35 soir; arrivée à Genève, le 8 août, à 1 h. 39 soir. — Retour : au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires (sauf les express), à partir du 10 août jusqu'au dernier train du 22 du même mois. Toutefois les voyageurs pourront utiliser le train express n° 14 entre Mâcon et Paris.

Prix (aller et retour) : 2e classe, **50 fr.**; 3e classe, **26 fr.**

3° *Paris-Berne-Zermatt.* — Aller : départ de Paris, le 12 août, à 3 h. 35 soir; arrivée à Berne, le 13 août, à 8 h. 25 matin; arrivée à Zermatt, le 13 août, à 3 h. 25 soir. — Retour : au gré des voyageurs, du 15 au 28 août inclus, par tous les trains (sauf les express).

Les voyageurs peuvent s'arrêter dans toutes les gares d'arrêt comprises entre Pontarlier, Berne et Zermatt, tant à l'aller qu'au retour.

Prix (aller et retour) : pour Berne, 2e classe **45 fr.**, 3e classe **30 fr.**; pour Zermatt, 2e classe **68 fr.**, 3e classe **42 fr.**

4° *Paris-Aix-les-Bains-Chambéry.* — Aller : départ de Paris, le

21 août, à 10 h. 10 soir; arrivée à Aix-les-Bains, le 22 août, à 11 h. 3 matin; arrivée à Chambéry, le 22 août, à 11 h. 45 matin. — Retour : au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires (sauf les express) à partir du 23 août jusqu'au dernier train du 4 septembre. Toutefois, les voyageurs pourront utiliser le train express n° 14 entre Mâcon et Paris.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 48 fr.; 3e classe, 24 fr. 50.

On pourra se procurer des billets pour les trains de plaisir de Paris à Clermont, de Paris à Genève, de Paris à Berne et à Zermatt, de Paris à Chambéry, à dater du 25 juillet : à la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot; dans les bureaux-succursales de la Compagnie et dans les diverses agences de voyages.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 83. — SAMEDI 24 JUILLET 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 24 JUILLET 1897. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Indications et mode d'emploi du sérum antidiphtérique.

Par E.-C. AVIRAGNET,
Ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades,

et APERT,
Ancien interne des hôpitaux.

L'efficacité merveilleuse du sérum antitoxique dans l'infection diphtérique est aujourd'hui surabondamment démontrée par les milliers de faits que rassemblent les statistiques dont nous donnons la liste à la fin de ce travail. Affirmer cette efficacité est donc superflu, et là n'est pas le but de cette Revue. Ce que nous voulons étudier, c'est la façon d'employer le sérum dans la pratique : nous dirons comment on doit faire l'injection, à quelle dose, à quel moment, dans quels cas ; nous étudierons, dans ce but, et les indications fournies par la clinique, et celles données par l'examen bactériologique ; nous dirons comment il faut pratiquer cet examen, comment il faut ensemencer les tubes de sérum, comment il faut examiner la culture, et à quelles conclusions pratiques doit aboutir le résultat de l'examen bactériologique ; nous dirons un mot de la conduite à tenir en cas d'association microbienne ; en terminant, nous signalerons les inconvénients possibles du sérum, nous montrerons l'extrême rareté des accidents graves, opposée à l'énorme masse des cas où s'affirment les bienfaits de la méthode, prouvés par la diminution de la mortalité descendue de 50 p. 100 avant le sérum, à 16 p. 100 dans ces dernières années.

I

Il est à peine utile de rappeler la technique de l'injection de sérum. Tout le monde connaît la seringue de M. Roux, composée d'un corps de pompe en verre, maintenu par une armature en métal, et d'un piston en caoutchouc. Cette seringue est, en outre, pourvue d'un tube en caoutchouc qui relie le corps de pompe à l'aiguille et rend ces deux parties mobiles, l'une par rapport à l'autre.

L'injection peut d'ailleurs être faite avec toutes les seringues facilement stérilisables et d'une contenance de 10 centimètres cubes au moins.

L'injection se pratique généralement sur les flancs. Il va sans dire que les précautions antiseptiques les plus complètes doivent être prises (lavage de la peau à l'eau chaude et au savon, puis à l'alcool et à la liqueur de van Swieten, stérilisation des instruments). On injecte le liquide dans le tissu cellulaire sous-cutané de la façon suivante : on fait un pli à la peau de l'abdomen, entre le pouce et l'index de la main gauche ; on pique la peau à la base de ce pli, en introduisant l'aiguille parallèlement à la surface de la peau, et en l'enfonçant de quelques centimètres ; on lâche alors le pli fait à la peau ; on presse le piston ; le sérum injecté fait sur la peau une saillie hémisphérique ; quand tout le sérum est introduit, on retire l'aiguille, et pour tout pansement on se contente d'appliquer sur le point piqué un petit carré d'ouate hydrophile. La saillie due à l'injection disparaît très rapidement ; on n'observe jamais, quand on a pris les précautions voulues, aucune réaction locale.

Les adultes ou les grands enfants qui, seuls, sont capables d'analyser leurs sensations, accusent un sentiment de chaleur générale deux ou trois heures après l'injection. Parfois aussi la région où la piqûre a été pratiquée reste sensible ; ce n'est pas une souffrance, mais seulement une sensation de tension plus gênante que douloureuse.

Les membres, enfin, sont quelquefois le siège de crampes rarement très douloureuses. Ces sensations subjectives durent peu généralement.

Il nous faut maintenant étudier les effets du sérum sur l'organisme et apprécier les modifications qu'il apporte dans l'évolution de la diphtérie.

Ceux qui savent ce qu'était autrefois un service de diphtériques peuvent apprécier la transformation qui s'est opérée depuis l'avènement de la sérothérapie.

Avant l'emploi du sérum, une salle de diphtérie était presque une salle de mourants ; sur vingt-cinq ou trente enfants, il y en avait toujours plusieurs profondément intoxiqués, râlant, prêts à succomber, les convalescents eux-mêmes étaient pâles, amaigris, abattus, toujours menacés des accidents paralytiques et des complications cardiaques ou bulbaires.

Actuellement « l'état général des petits malades devient rapidement excellent, ils perdent l'apparence cachectique,

le teint pâle et plombé qu'ils ont à l'entrée, et demandent à manger » (1). En un mot, l'aspect général d'une salle de diphtériques ne diffère plus de celui des services généraux, et on y voit à présent, comme dans les autres salles, des enfants roses, vifs, gais, qu'on ne croirait pas convalescents d'une maladie grave.

Les effets locaux ne sont pas moins remarquables :

Après l'injection, la fausse membrane se flétrit, se ride et se décolle d'elle-même; elle tombe au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, et ne se reproduit généralement pas. On a insisté, à juste titre, sur cette *action décollante* du sérum.

En même temps que la gorge se nettoie, les ganglions diminuent.

S'il existait de l'albumine, elle ne tarde pas à disparaître; l'appétit revient ainsi que la vivacité et la gaieté. Au bout de quelques jours, l'enfant est franchement convalescent.

La guérison est même si rapide, et le séjour des enfants dans la salle est parfois si court, que l'étude des inconvénients tardifs du sérum en a été un peu gênée. Que veut-on de plus pour démontrer l'efficacité du nouveau remède (2)?

II

Des résultats si encourageants montrent que le sérum est bien le remède spécifique de la diphtérie.

La réponse à la question : Dans quels cas faut-il faire l'injection de sérum? est donc bien claire. Toutes les fois qu'il y a diphtérie, il faut faire une injection de sérum; quand il n'y a pas diphtérie, le sérum est au moins inutile, et il ne faut pas faire l'injection. La règle théorique est donc absolue; les difficultés ne commencent que dans l'application.

S'il nous était possible, en présence d'angines à fausses membranes, de dire : celle-ci est diphtérique, celle-là non, aucune hésitation ne pourrait être admise. Malheureusement, l'examen extemporané du malade ne suffit pas à nous donner ce renseignement; pour l'avoir, il faut attendre vingt-quatre heures le résultat de l'examen bactériologique; encore celui-ci peut-il parfois donner lieu à quelques difficultés d'interprétation. Disons d'abord comment doit se pratiquer cet examen.

M. Roux a montré que l'examen extemporané d'un frottis de fausses membranes sur lamelle ne donnait aucune certitude; il faut cependant le pratiquer, car il est parfois suffisant pour déceler la diphtérie. Mais cet examen doit être fait très attentivement. Il faut avoir soin d'arracher avec une pince un peu de la fausse membrane, de la débarrasser des mucosités qui peuvent l'entourer, avant de faire le frottis sur lamelle. C'est à cette seule condition que l'examen donne des résultats. Mais, à dire vrai, le seul moyen suffisamment rigoureux de reconnaître bactériologiquement la diphtérie, c'est la culture sur sérum. On emploie dans ce but des tubes de sérum de bœuf coagulé; l'industrie prépare aujourd'hui de ces tubes, et on en trouve chez les pharmaciens.

Pour ensemencer ces tubes, on s'y prend de la manière suivante : avec un fil de platine stérilisé tenu de la main droite, on touche le fond de la gorge; un tube de sérum étant tenu dans la main gauche entre deux doigts et incliné afin qu'il ne reçoive pas les poussières de l'air, on saisit entre les derniers doigts de la main droite le bouchon d'ouate qui le ferme, et on enlève ce bouchon; on introduit le fil de platine dans le tube, et on le promène plusieurs fois à la surface du sérum; on replace le bouchon d'ouate, et on porte le tube à un laboratoire où il est mis à l'étuve à 36 degrés. Il est bon d'ensemencer ainsi deux tubes, afin que le second serve de contrôle.

La culture doit être examinée vingt-quatre heures environ après l'ensemencement. Voici les deux cas qui se présentent généralement :

Premier cas. — Après l'ensemencement sur sérum coagulé il n'a poussé en vingt-quatre heures aucune colonie. En ce cas, il est certain qu'il n'y a pas de diphtérie (le bacille de Löffler apparaît, on le sait, au bout de dix-huit à vingt heures, quelquefois plus tôt). Il n'y a donc aucune indication à faire l'injection; il ne faut pas la faire.

Deuxième cas. — Il a poussé en moins de vingt-quatre heures sur le sérum coagulé de petites colonies arrondies, blanc grisâtre, dont le centre est plus épais que la périphérie. L'examen microscopique démontre que ces colonies sont formées de bacilles qui prennent le Gram. Ces bacilles sont droits ou légèrement courbés; leur forme rappelle celle d'un biscuit. Les extrémités sont arrondies et un peu plus larges que le centre du bâtonnet. Leur dimension n'est pas toujours la même; il y a des bacilles *longs*, il y en a de *moyens*, il en existe enfin de *courts*.

Ces caractères que nous venons de résumer sont ceux du bacille de Löffler.

Toutefois, il importe de savoir s'il s'agit du véritable bacille de la diphtérie ou bien, au contraire, s'il s'agit d'un bacille pseudo-diphtéritique. Pour avoir une certitude absolue, il faudrait inoculer un cobaye. Certains bacilles, en effet, se développent sur sérum sous forme de colonies qui rappellent absolument celles de la diphtérie et au microscope ils apparaissent avec les mêmes caractères que le bacille de Löffler. Mais inoculés aux cobayes ils n'amènent aucun désordre ou produisent seulement un peu d'œdème.

La controverse porte sur le point suivant : ces bacilles semblables au bacille de Löffler, mais inoffensifs pour le cobaye, sont-ils des bacilles de Löffler, atténués, ayant perdu leur virulence, mais néanmoins justiciables du sérum, ou bien sont-ils spécifiquement différents du bacille de Löffler et indifférents par conséquent au sérum antidiphtérique?

Disons tout de suite qu'une bonne partie des cas, ceux où il existe des bacilles longs ou moyens, échappent à la controverse, car ces deux variétés bacillaires sont toujours virulentes. Le doute n'est permis qu'en présence de bacilles courts. M. Sevestre était déjà arrivé, par l'étude des faits cliniques et de l'évolution variable des angines à bacilles courts sur l'action du sérum, à cette conclusion que : « Si, dans quelques cas, il est certain que le bacille diphtérique, même virulent, peut prendre la forme courte, il est non moins certain que le bacille court n'est pas toujours en rapport avec une diphtérie vraie. » D'autres auteurs ont essayé de démontrer, par des arguments bactériologiques, la non-spécificité du bacille court.

Le professeur Spronck (d'Utrecht) a, dans la *Semaine médicale*, août 1896, étudié les différentes formes du bacille diphtéritique et il classe en dehors de la diphtérie un bacille court qui ne tue pas les animaux, mais leur donne de l'œdème. Si, dit-il, le bacille court qui donne de l'œdème

(1) Sevestre et Meslay. Société médicale des hôpitaux, 1895.

(2) Voir pour les détails la thèse récente de Petit : *Le sérum antidiphtérique (sérum de Roux). Effets physiologiques et cliniques.* Thèse de Paris, 1896.

était un bacille diphtérique, le sérum antidiphtérique devrait empêcher l'œdème; comme l'expérience montre que le sérum antidiphtérique n'empêche pas l'œdème, il en conclut que le bacille court n'est pas un bacille diphtérique.

En réponse aux expériences du professeur Spronck, qui démontrent que le bacille court qu'il a étudié n'était pas un bacille diphtérique, Louis Martin oppose des faits qui lui ont prouvé que certains bacilles courts sont sûrement diphtériques. C'est ainsi qu'il a observé, qu'au bout de huit mois, une culture de bacille diphtérique long s'était transformée en culture de bacille court, ne donnant qu'un peu d'œdème par inoculation au cobaye; mais ce bacille court était encore mortel pour le moineau; il tuait des moineaux témoins, mais ceux qui étaient traités par le sérum résistaient; ce bacille court était donc bien un bacille diphtérique.

Veillon et Hallé croient, du reste, pouvoir distinguer dans les bacilles pseudo-diphtériques un certain nombre d'espèces. Ils s'expriment ainsi :

« Depuis qu'on fait couramment le diagnostic bactériologique de la diphtérie, nous croyons qu'on confond souvent entre eux bon nombre de bacilles qui n'ont que ce caractère commun de rester colorés par la méthode de Gram et de donner des colonies blanches sur sérum en vingt-quatre heures de séjour à l'étuve. Nous croyons que ces bacilles sont au moins au nombre de quatre. Ce sont :

1° Le bacille diphtérique (Löffler);

2° Le bacille pseudo-diphtérique vrai (Löffler, Roux, Yersin); ce bacille, beaucoup plus rare qu'on ne le croit, quand on ne le confond pas avec les deux suivants, est en tout semblable au diphtérique et ne s'en distingue que par son manque de virulence;

3° Le bacille pseudo-diphtérique commun. Sur sérum, ses colonies simulent absolument, après vingt-quatre heures, celles du bacille diphtérique; au bout de quarante-huit heures, elles s'en distinguent en ce qu'elles sont plus aplaties, plus sèches, plus adhérentes au milieu, moins opaques. Sur bouillon, le dépôt, après plusieurs jours, est épais, presque glaireux, moins sablonneux que celui formé par le bacille de Löffler. C'est un bacille de taille assez variable, rappelant les formes courtes du bacille de la diphtérie. Il se développe aussi bien à l'abri de l'oxygène de l'air qu'à l'air libre. Il ne fait fermenter ni la maltose, ni la lactose, mais il attaque la glycose;

4° Le bacille pseudo-diphtérique en massue (Weecks). Il ne pousse pas sur gélatine à 20 degrés, ne trouble pas le bouillon, ne pousse pas sur pomme de terre. Il ressemble au précédent, mais présente, d'une façon à peu près constante, une extrémité renflée en massue. Il est exclusivement aérobie et ne fait fermenter ni la maltose, ni la lactose, ni la glycose. »

Il résulte de ces recherches qu'il existe, à côté du bacille diphtéritique de Klebs-Löffler, des bacilles qui lui ressemblent à ce point qu'il est à peu près impossible de les reconnaître. Pour arriver à une différenciation, il faut des recherches prolongées faites par un bactériologiste exercé.

D'autre part, s'il est certain que bien des bacilles courts, déclarés diphtéritiques, ne le sont pas, il est non moins démontré qu'un bacille diphtéritique peut être court.

Jusqu'au jour où l'on aura trouvé des caractères qui permettront de ne pas confondre les bacilles pseudo-diphtéritiques avec les diphtéritiques vrais, nous pensons qu'il est préférable de considérer comme diphtéritiques au point de vue pratique (nous laissons de côté le point de vue pratique) toutes les angines dont l'exsudat membraneux ensemencé révélera la présence de colonies microbiennes analogues à celles qui caractérisent celles du bacille diphtérique.

Il faut donc injecter le sérum toutes les fois qu'il pousse, en moins de vingt-quatre heures, dans les tubes mis à l'étuve, de petites colonies blanches formées de bacilles en biscuit, se colorant par la méthode de Gram.

Cependant certains médecins, et non des moindres, attachant plus d'importance qu'il ne convient aux accidents et inconvénients du sérum, n'ont pas hésité à déconseiller l'injection pour les cas bénins. C'est là une erreur. Il faut combattre cette manière de voir qui, si elle était acceptée unanimement, risquerait d'amener des conséquences funestes.

Certes si la surveillance était toujours exercée d'une façon suivie et par des médecins très au courant de l'évolution clinique de la diphtérie, on pourrait se laisser aller à conseiller l'abstention dans les cas bénins, mais on reconnaîtra avec nous que la surveillance parfaite n'est pas toujours possible, et, le serait-elle, qu'elle n'empêcherait pas certains médecins, peu versés dans la pratique infantile, de se laisser surprendre quelquefois. Aussi nous ne voyons pas l'intérêt qu'il y a à risquer un accident quand, avec quelques centimètres cubes de sérum (5 centimètres cubes si l'enfant est jeune, 10 centimètres cubes s'il est âgé), on peut sûrement se mettre à l'abri d'une surprise.

Aussi concluons-nous d'une façon ferme de la façon suivante :

L'injection de sérum doit toujours être faite quand l'examen bactériologique a révélé la présence de bacilles de Löffler dans une gorge malade. Les bacilles courts doivent, en pratique, être considérés comme du bacille de Löffler.

C'est, croyons-nous, le conseil le plus sage qu'on puisse donner aux praticiens (1).

Tout dernièrement a paru, dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, l'observation d'un enfant qui fut amené à l'hôpital Trousseau au sixième ou septième jour d'une diphtérie des plus graves. Une injection de 40 centimètres cubes de sérum fut incapable à enrayer les phénomènes d'intoxication et l'enfant succomba le lendemain.

Il est vraisemblable que, si cet enfant avait été injecté au premier jour de sa diphtérie, il aurait survécu. Il est malheureusement à craindre que de pareils faits ne se reproduisent en présence des conseils abstentionnistes que certains médecins croient utile de donner.

III

A quel moment faut-il injecter le sérum? Doit-on toujours attendre le résultat de l'examen bactériologique? Ne

(1) Cette revue était écrite depuis longtemps quand ont paru à la Société médicale des hôpitaux les très intéressantes communications de MM. les docteurs Lemoine et Barbier. Ces auteurs estiment que les angines à bacilles courts ne sont généralement pas de nature diphtéritique; elles guérissent sans injection de sérum. Cela est vraisemblable, mais il est non moins certain que quelques-unes de ces angines sont diphtéritiques. En les traitant systématiquement comme non diphtéritiques on peut, croyons-nous, s'exposer à quelques ennuis (accidents tardifs d'intoxication, contagion de l'entourage, etc.). Aussi croyons-nous devoir conserver notre conclusion. Elle est, à coup sûr, trop absolue : elle est erronée au point de vue théorique; elle est sage au point de vue pratique.

faut-il pas, dans certains cas, injecter immédiatement et sans tarder?

Il est d'usage, à l'hôpital des Enfants-Malades, de faire une injection de sérum de Roux à tous les enfants qui entrent dans le pavillon de la diphtérie. Cette manière d'agir nous paraît trop absolue pour la pratique de la ville. M. le docteur Sevestre, qui dirige, avec tant de dévouement et de science, le pavillon des diphtéritiques à l'hôpital des Enfants-Malades, l'a reconnu lui-même, dans la communication qu'il a faite à la Société médicale des hôpitaux (19 juin 1896). Il convient, en effet, d'attendre dans certains cas le résultat de l'examen bactériologique avant d'intervenir avec le sérum. Il est inutile, ce nous semble, d'exposer systématiquement aux inconvénients possibles de la méthode, des enfants atteints d'une angine non diphtéritique. Est-ce à dire qu'il faille attendre toujours cet examen bactériologique? Non, certainement non. Il est des cas où l'injection s'impose d'emblée, et le médecin n'a pas le droit de retarder pendant vingt-quatre heures le précieux bénéfice de l'injection. En retardant l'injection, il exposerait l'enfant aux complications d'intoxication mortelle ou de paralysie, de néphrite, etc., qui pourraient se développer pendant ce temps sous l'influence de la toxine diphtéritique.

Nous allons essayer de résumer les indications pouvant servir à guider le médecin. Nous envisagerons successivement la conduite à tenir en cas d'angine et en cas de croup.

Indications et contre-indications des injections de sérum en cas d'angines. — 1° *Angines n'ayant pas cliniquement l'aspect de la diphtérie.* — Nous faisons allusion à tous les cas d'angines pultacées, folliculaires, herpétiques. Dans ces cas, surtout si le médecin est appelé dans les premières heures de l'affection, l'abstention s'impose. Il faut attendre le résultat de l'examen bactériologique avant de faire l'injection. Ces angines sont, en effet, très rarement de nature diphtérique; *mais l'ensemencement de l'exsudat n'en est pas moins indispensable.* Tout récemment, en effet, reprenant une idée émise antérieurement par Trousseau, M. le professeur Dieulafoy (1), dans une série de communications à l'Académie de médecine (11 juin, 2 et 30 juillet 1895), a démontré que certaines angines folliculaires ou bien à formes herpétiques, même accompagnées d'une éruption de vésicules d'herpès sur les lèvres, étaient diphtéritiques et pouvaient exposer aux mêmes accidents que les angines löffleriennes pseudo-membraneuses. L'injection ne sera faite dans ces cas que lorsque l'ensemencement aura donné des résultats positifs. Nous verrons plus loin les doses qu'il conviendra d'injecter.

2° *Angines à fausses membranes.* — Ici encore, il ne faut pas d'emblée injecter dans tous les cas. Le praticien doit attendre le résultat des cultures chaque fois qu'il se trouve en présence d'une affection à allure bénigne. Mais l'intervention s'impose et l'abstention serait maladroite aussitôt que la nature diphtéritique de l'affection a été reconnue.

Au contraire, si l'angine affecte des allures d'angine grave, il faut injecter avant d'avoir le résultat bactériologique, surtout si on n'est appelé à voir le malade que trois ou quatre jours après le début de l'affection.

Quelques exemples sont nécessaires pour mieux faire comprendre le bien-fondé de ces indications.

Il y a des cas où l'injection de sérum s'impose : ce sont d'abord tous ceux où le médecin est appelé tardivement. Si cinq, six, sept jours se sont écoulés depuis le début de l'angine, quelques heures perdues peuvent exposer le malade aux plus graves complications. L'expérience a prouvé que, lorsque l'injection de sérum est faite aussi tardivement, elle arrive souvent trop tard pour empêcher des suites funestes. Tarder encore serait une grave faute. C'est en vain que l'on arguera de l'allure bénigne d'une angine. Une angine qui, au cinquième, sixième, septième jour, n'entre pas franchement en résolution, n'est pas une angine si bénigne. Il serait donc imprudent d'attendre vingt-quatre heures encore quand une angine a déjà duré plusieurs jours. Il vaut mieux, en effet, exposer le malade aux inconvénients éventuels du sérum qu'aux complications autrement graves de la diphtérie. Donc, dans ces cas, injecter *hâtivement.*

Supposons, au contraire, que le début de l'angine est récent et remonte seulement à un ou deux jours. Dans ces conditions, il y a néanmoins des cas où il faut injecter de suite. On sait qu'il y a des diphtéries à marche tellement rapide, qu'en quelques jours elles tuent leur malade. Mais alors l'aspect est généralement caractéristique : la gorge, pleine de pus et de fausses membranes cachant les amygdales et le pharynx, exhale une odeur fétide; des narines coule un jetage purulent; le cou, gonflé par les ganglions, mérite bien le nom de cou proconsulaire. L'état général est en rapport avec l'état local; le malade est abattu, violacé, parfois œdématié; la respiration et le pouls précipités; plus rarement, c'est, au contraire, une excitation anormale et du délire. Dans ces cas, il ne saurait subsister une hésitation : il faut injecter le plus rapidement possible.

Prenons un cas d'apparence moins grave : les amygdales sont recouvertes d'une fausse membrane grisâtre, épaisse, plus ou moins saillante, remontant ou non le long des piliers du pharynx, engainant ou non la luette. Il y a quelques ganglions, de la fièvre, de l'anorexie. En présence de ces caractères, on n'eût pas hésité, il y a encore peu de temps, à affirmer la diphtérie. C'est en effet la forme usuelle de la maladie, dans les associations à streptocoques. Mais depuis que la bactériologie a pris possession du diagnostic des angines, nous savons, surtout par le mémoire de Martin et Chaillou, que les angines à streptocoques purs peuvent revêtir des apparences analogues; l'angine à streptocoques, au début de la scarlatine en particulier, envahit souvent les piliers et la luette; les angines idiopathiques dites à streptocoques peuvent faire de même. Toutefois quelques caractères, mais peu importants et non pathognomoniques, peuvent faire soupçonner l'angine à streptocoques. Il est rare qu'elle fournisse des fausses membranes aussi nettes, aussi épaisses, aussi fibrineuses que la diphtérie. Souvent il semble plutôt qu'il s'agisse d'une ulcération superficielle de la muqueuse à fond grisâtre sanieux, que d'une véritable fausse membrane. Les bords de cette exulcération sont rouges et saillants et enchâtonnent pour ainsi dire la plaque grisâtre. En présence d'une angine présentant ces caractères, on doit soupçonner qu'il s'agit d'une angine à streptocoques, et peut-être d'une angine scarlatineuse. Il faut examiner soigneusement le corps de l'enfant pour y rechercher une éruption. Si l'éruption de scarlatine existe, il ne faut pas injecter hâtivement l'enfant; en effet, les angines diphtériques du début de la scarlatine sont extrêmement rares; le sérum paraît aggraver la scarlatine (Josias, Statistique de la scarlatine à l'hôpital Trousseau, en 1895, Société de thérapeutique, mai 1896); en outre, la scarlatine

(1) *Manuel de pathologie interne*, t. II, p. 444 (édit. de 1896).

semble augmenter la fréquence des accidents de sérum (Apert et Marfan, Statistique de la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades, en 1895, Soc. méd. des hôpitaux, mai 1896). S'il ne s'agit pas d'angine scarlatineuse, il vaut mieux injecter hâtivement. L'injection, il est vrai, aura été inutile s'il s'agit d'angine à streptocoques purs et aura exposé le malade à des inconvénients; mais ces inconvénients ne surviennent que dans le dixième des cas, et, même s'il s'agit d'angine à streptocoques, ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'ils offrent une apparence de gravité. D'autre part, l'angine est peut-être diphtérique; on sait que ces formes de diphtérie associée au streptocoque sont particulièrement graves; il faut donc agir rapidement, si l'on veut éviter des complications bien plus fréquentes et plus terribles que les accidents de sérum. Dans ces cas, on injectera hâtivement.

Nous venons de dire que certaines angines diphtériques prennent un caractère de gravité particulière par le fait de l'association du bacille de Löffler avec des streptocoques. Cette assertion n'est pas acceptée par tous les médecins. Tout dernièrement M. Variot est venu faire, à la Société médicale des hôpitaux, le récit d'une angine à bacilles diphtériques qu'il avait eue. Cette angine avait été particulièrement bénigne, bien que des streptocoques aient été trouvés associés aux bacilles de Löffler. Et se basant sur ce fait, M. Variot s'opposait aux termes de strepto-diphtérie qu'on emploie généralement aujourd'hui.

Ceux qui ont proposé la dénomination de strepto-diphtérie n'ont jamais voulu désigner sous ce nom tous les cas de diphtérie dans lesquels on rencontre des streptocoques associés au Löffler, mais seulement les cas dans lesquels ces streptocoques jouaient un rôle actif (1).

Examinons maintenant la conduite à tenir dans les cas d'apparence bénigne. Supposons une de ces angines à fausses membranes blanches, épaisses, saillantes, formant sur chaque amygdale une tache à bords nets, qu'on a comparée à une tache de bougie; il y a peu de fièvre, peu ou pas de ganglions, et, au début du moins, pas d'abattement ni d'altération des traits. Cette angine semble bénigne. C'est en effet la forme ordinaire de l'angine diphtérique pure qui guérit si bien par l'injection de sérum. Ici encore nous ferons l'injection hâtive, car il est bien probable qu'il s'agit de diphtérie.

Dans une autre forme, il s'agit de points blancs, gros comme des lentilles, dont chacun occupe l'orifice d'une crypte amygdalienne. Si l'on nettoie la gorge avec un tampon de coton hydrophile au bout d'une pince hémostatique, ces points se désagrègent à leur superficie, mais leur partie profonde reste engagée dans la crypte correspondante. C'est le type de l'angine cryptique, ou angine lacunaire, ou angine folliculaire. Ordinairement cette angine n'est pas diphtérique; mais parfois l'exsudat qui formait les points blancs devient plus consistant, plus fibrineux; les points s'étendent et se réunissent en plaques, qui reproduisent alors le type le plus net de l'angine diphtérique pure; et, en effet, c'est de la diphtérie. Ou bien l'angine reste lacunaire et pourtant l'examen bactériologique montre qu'il s'agit de diphtérie. Toutefois, ces faits sont assez rares, et en tout cas la diphtérie à forme lacunaire ne prend jamais une marche rapidement grave. On pourra donc attendre le résultat de l'examen bactériologique, à condition, nous le répétons, que la maladie soit à son début, afin qu'en tout cas l'injection arrive à temps pour empêcher l'intoxication.

On voit que nous arrivons aux mêmes conclusions que M. Sevestre :

1. S'il s'agit d'une angine *légère, au début*, il convient, en général, d'*attendre le résultat de l'examen bactériologique*, mais à la condition de suivre le malade avec grand soin, et de se tenir prêt à faire l'injection, pour peu que le mal fasse des progrès.

2. Au contraire, si la maladie présente quelque *caractère de gravité*, on doit évidemment faire une culture, comme dans le cas précédent, mais, *sans attendre le résultat de cette culture, il faut injecter et ne pas se laisser arrêter par la crainte d'accidents possibles.*

En cas de laryngites. — Il nous faut maintenant envisager la conduite à tenir en cas de croup. Deux cas peuvent se présenter: ou bien la laryngite spasmodique coïncide avec une angine à exsudat, ou bien elle existe sans qu'il y ait d'exsudat dans le pharynx.

Dans le premier cas — croup avec angine exsudative — la coexistence des symptômes laryngés et d'un exsudat amygdalo-pharyngé (1) est tellement en faveur de la diphtérie, qu'il faut injecter sans tarder, surtout si le tirage est tant soit peu marqué. En agissant ainsi, on a toutes les chances d'arriver assez tôt pour éviter à l'enfant le tubage ou la trachéotomie qu'il convient, disons-le en passant, de retarder toujours le plus possible.

On n'est autorisé à attendre que si le tirage est à peine marqué, on peut toujours espérer avoir affaire à un croup non diphtéritique, susceptible de guérir par le seul traitement antispasmodique. Celui-ci peut donc être tenté; mais si l'état s'aggrave, si le tirage augmente, il faut, sans attendre les résultats d'un ensemencement de la gorge, qu'on aura fait quelques heures auparavant, il faut injecter.

Dans le second cas — croup sans angine exsudative, sans fausses membranes dans la gorge — il peut s'agir, soit de laryngite striduleuse ou faux-croup, soit de croup vrai. Le mode de début de l'affection, son évolution sont différentes dans l'un et l'autre cas; les caractères diagnostiques sont exposés si complètement dans tous les livres classiques qu'il nous semble inutile d'insister ici; ils sont d'ailleurs si

(1) Cette question de la strepto-diphtérie a été discutée récemment à nouveau à la Société médicale des hôpitaux. M. Barbier a montré quels en étaient les caractères cliniques, quelle en était la gravité et rappelé que, dans les cas qu'il avait décrits avec M. Grancher, il avait affirmé le rôle actif joué par les streptocoques parce que ces micro-organismes avaient été retrouvés non seulement dans la gorge, mais dans les ganglions et dans les différents organes.

Bactériologiquement et cliniquement la strepto-diphtérie répond à quelque chose de précis, de net. L'association du streptocoque et du bacille de Löffler est un facteur de gravité, mais il faut comprendre ce terme d'association comme l'a fait M. Barbier. Quand on parle d'association microbienne, on a en vue une association active, si l'on peut ainsi dire, dans laquelle les deux microbes jouent un rôle.

Il n'est pas toujours facile d'apprécier le rôle joué par le streptocoque. Ce micro-organisme se rencontre, en effet, si fréquemment dans la bouche des sujets sains qu'on ne sait s'il joue un rôle effectif quand on le trouve dans une gorge de diphtéritique. On lira avec intérêt la note que M. Méry a bien voulu nous communiquer. (On la trouvera plus loin page 827.)

(1) Il importe de rechercher l'exsudat, non seulement sur les amygdales mais aussi, comme l'a enseigné Variot, sur le sommet de l'épiglotte qu'il est facile d'apercevoir en abaissant la langue, et qui présente parfois, en cas de croup pseudo-membraneux, une petite bordure blanche caractéristique.

généralement connus que le diagnostic ne saurait tarder à être fait.

Mais quand on a reconnu l'existence d'un croup d'emblée, toute difficulté n'est pas aplanie encore. Ce croup est-il diphtérique, ou bien ne l'est-il pas?

Ces croups non diphtériques, dont on ne soupçonnait pas la fréquence avant le travail de Louis Martin (1), ne diffèrent des croups diphtériques que par l'état général de l'enfant, non empoisonné par la toxine diphtérique; mais comme les signes d'intoxication sont parfois tardifs, il est impossible de différencier cliniquement les deux affections. L'intérêt d'une intervention hâtive dans le croup diphtérique est tel qu'en face d'un cas de croup, il faudra toujours faire hâtivement l'injection, sans se préoccuper de la possibilité d'un croup non diphtérique.

En cas de faux croup, il ne faut pas faire d'injection hâtive, mais on fera l'ensemencement du larynx. Il arrive, en effet, que des laryngites, ayant débuté, comme la laryngite striduleuse, c'est-à-dire brusquement, au milieu de la nuit, et accompagnées de toux rauque, plutôt qu'éteinte, sont néanmoins de nature diphtérique. Le résultat de l'examen bactériologique dira si l'on doit faire l'injection de sérum.

Posologie du sérum. — Un dernier point qu'il importe d'élucider est relatif aux doses de sérum qu'il convient d'injecter, et à la nécessité qu'il y a à faire plusieurs injections. Tout dépend de la gravité de l'angine et de l'âge de l'enfant.

Cas bénins : 5 à 10 centimètres cubes, suivant l'âge.

Cas plus graves : 10 à 20 centimètres cubes.

Si la fièvre tombe, si la gorge se déterge, une seule injection suffit. Il faut savoir que la gorge met quatre à cinq jours (quelquefois plus) à se déterger. Il ne faut donc songer à intervenir à nouveau que si, au bout de ce temps, les fausses membranes existent toujours, et surtout si, après s'être abaissée, la température a tendance à s'élever.

Cas graves : d'emblée 10 à 20 centimètres cubes, et douze heures après nouvelle injection sans hésiter, s'il n'y a aucun changement; puis, nouvelle injection encore le lendemain. Dans ces cas graves, il ne faut pas craindre d'agir; c'est à cette seule condition que la guérison peut être obtenue.

Au début de la méthode, on avait eu le tort, suivant nous, d'injecter des doses fortes d'emblée, dans tous les cas, et de récidiver trop facilement. Les doses massives, les injections répétées doivent être réservées aux cas très graves. Pour les cas moyens, qui guérissaient souvent autrefois avec les moyens dont nous disposions, les doses légères nous paraissent suffisantes. Nous ne voyons pas l'avantage qu'il y a à injecter une dose de 20 centimètres cubes, quand avec 10 centimètres cubes on obtient d'excellents résultats.

Voici la conclusion de MM. Sevestre et Meslay sur ce point :

« D'une façon générale, disent-ils, il nous a semblé qu'après une première injection forte, il fallait, sauf dans des cas urgents, *savoir attendre* et se défier d'une tendance naturelle à multiplier les injections. Des doses totales de 25, 30, 35 centimètres cubes, réparties en deux ou trois jours, nous ont suffi dans des cas d'angine très grave. Avec les mêmes doses nous avons réussi à éloigner toute intervention dans des cas de croup où celle-ci paraissait s'imposer à l'entrée.

Une dose de sérum disproportionnelle avec l'âge et la force de l'enfant est en effet plus nuisible qu'utile; une deuxième injection trop forte et trop rapprochée de l'injection primitive a provoqué, dans plusieurs cas, de l'hyperthermie (40 degrés). Il y a là un fait nécessaire à connaître pour ne pas commettre une erreur de thérapeutique et ne pas confondre avec une indication d'une nouvelle injection ce qui n'est au contraire que la conséquence d'un traitement trop actif. »

Injections préventives. — Une question nous reste à traiter, qui n'est pas sans importance : c'est celle des injections préventives.

Roux, dans sa communication au Congrès de Buda-Pesth, a affirmé le pouvoir préventif du sérum, se basant d'une part sur ses expériences, d'autre part sur l'observation clinique : sur 128 enfants, atteints d'angines non diphtériques, soignés dans le service de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades, et exposés, par conséquent, à la contagion, aucun n'a été contaminé parce qu'ils avaient reçu à l'entrée une injection de sérum.

Moizard et Perregaux, Sevestre et Meslay, Lebreton et Magdeleine ont observé les mêmes faits. Toutefois, on ne saurait donner à cette façon d'agir le nom de « sérothérapie préventive ». Il s'agit, en effet, d'angines douteuses, peut-être diphtériques. L'injection n'était pas seulement préventive, mais aussi éventuellement curative. Il n'en est plus de même lorsqu'on traite par le sérum des individus sains, mais exposés à la contagion, dans le but de les soustraire à cette contagion.

Cette manière de faire n'est pas usitée en France; d'Astros seul, croyons-nous, a inoculé à Marseille huit teigneux soignés dans une salle contiguë à la salle des diphtériques; il n'a observé ni accidents, ni contamination. A l'étranger, il s'est fait des inoculations préventives en beaucoup plus grand nombre, soit dans les hôpitaux, soit dans les familles. En Allemagne, Katz a injecté 72 frères ou sœurs de diphtériques, qui n'ont pas été éloignés de l'enfant malade, 8 seulement de ces 72 enfants ont fait une diphtérie légère. Heubner a noté de même 2 cas de diphtérie très bénigne sur 63 enfants injectés préventivement. Kassowitz, qui a eu 13 diphtéries sur 67 inoculés, en conclut que le sérum n'a pas d'action préventive; il nie du reste aussi ses propriétés curatives.

En revanche, Widerhofer sur 130 enfants n'a observé que 1 cas léger, Löhr un seul cas aussi sur 460 enfants, et la statistique officielle viennoise donne 5 cas de diphtérie légère sur 188 injections préventives. Peck, à New-York, dans une épidémie de diphtérie qui sévissait à l'hôpital des Enfants, a injecté préventivement 500 enfants; aucun n'a pris la diphtérie dans le mois qui a suivi.

En Russie, Kissilief et Ghocoleff ont fait, dans les hôpitaux d'enfants, 344 injections préventives; sur ces enfants, 7 ont eu la diphtérie (3 sont morts), ce qui donne une morbidité de 2,03 p. 100. Or, dans les mêmes hôpitaux, en l'absence de tout traitement préventif, la morbidité était sensiblement la même : 2,71 p. 100.

Pour nous, nous ne mettons pas en doute l'action préventive du sérum. Néanmoins, nous croyons qu'il ne faut pas faire d'injection préventive. Il ne faut pas exposer quelqu'un aux inconvénients du sérum, alors que rien ne nous prouve qu'il doit prendre la diphtérie. Il faut remarquer que l'immu-

(1) L. Martin. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1892.

nité due au sérum est de très courte durée. Les faits observés chez l'homme concordent avec les expériences de laboratoire pour limiter cette durée à quatre, à cinq semaines. Le sérum ne peut donc aucunement être employé à la façon d'un vaccin.

Il suffira de surveiller attentivement les personnes exposées à la contagion, afin de faire l'injection à la première alerte. Dans ces conditions, la diphtérie est jugulée dès son apparition et ne peut devenir dangereuse. Nous nous rallions donc complètement aux conclusions formulées par Lebreton et Magdeleine au sujet des injections préventives : « Nous ne croyons pas qu'il faille pratiquer d'injections préventives chez des enfants ayant été en contact avec un diphtérique. » Ce serait, en effet, exposer inutilement ces enfants aux inconvénients du sérum : ces inconvénients, négligeables en face du danger que court un enfant soupçonné de diphtérie, doivent néanmoins être pris en considération. Nous les étudierons dans une seconde Revue.

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DE LA STREPTO-DIPHTÉRIE

Par M. H. Méry,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La présence constante du streptocoque dans la gorge rend extrêmement difficile l'appréciation précise du rôle pathogène de ce microbe dans les angines diphtériques.

Faut-il pour cela renoncer à l'établir ? Cela serait permis s'il s'agissait d'une association banale et sans gravité ; mais cette association est trop fréquente et trop sérieuse pour qu'on puisse agir avec elle avec ce sans-gêne.

Il est très important, au moment surtout où une indication thérapeutique et sérothérapique nouvelle peut se présenter, de pouvoir établir, sur les bases les plus complètes, l'existence de ces formes associées où le bacille de Löffler et le streptocoque exercent réellement tous deux une action pathogène.

Ces bases, la clinique les fournit d'ailleurs en grande partie et M. Sevestre a montré les caractères si particuliers à ces strepto-diphtéries. Voyons à côté ce que peut nous donner l'examen bactériologique malgré ses imperfections.

C'est aux cultures sur sérum que l'on s'adresse le plus habituellement et on procède à leur examen macroscopique et microscopique. Macroscopiquement les colonies si ténues peuvent quelquefois échapper aux yeux, surtout si le sérum est un peu opaque ; d'autre part, souvent le sérum ne laisse pas pousser les streptocoques, bien qu'ils soient très abondants, cela dépend soit de la qualité du sérum qui varie avec l'animal qui l'a fourni, soit aussi de la sécheresse de surface du sérum. J'ai pu me rendre compte à deux reprises de l'infidélité du sérum comme terrain de culture, en ensemençant du sang de lapin mort d'infection streptococcique, ou de cultures pures de streptocoques en bouillon et en ne voyant pas se développer la moindre culture.

Voilà donc des causes d'erreur qui rendent ce procédé d'examen bien infidèle. Le sérum coagulé n'est pas un milieu de culture idéal et parfait pour le streptocoque.

A côté des inconvénients que je viens de montrer, ce fait a aussi ses avantages, car les difficultés de croissance du streptocoque sur le sérum coagulé, permettent d'induire de sa présence, surtout en colonies abondantes, à une action pathogène véritable, et c'est là le critérium, tout imparfait qu'il soit, auquel MM. Roux et Martin attachent le plus d'importance.

Les cultures d'exsudat sur gélose fourniraient au streptocoque un terrain bien plus favorable et avec ce milieu on n'a pas à craindre les échecs du premier milieu, mais on tombe dans un autre écueil : toutes les gorges en donneront plus ou moins. Les derniers examens rapportés par M. Lemoine le prouvent une fois de plus. Il est impossible de tirer de ce procédé une indication quelconque au point de vue de l'action pathogène du streptocoque. Le seul avantage de ces cultures sera de permettre un isolement plus facile des colonies, si l'on veut étudier leur virulence.

La recherche de la virulence semble, à première vue, le critérium parfait qui devrait permettre le diagnostic précis de la strepto-diphtérie. Mais d'une part, ce ne serait guère là un procédé pratique et rapide ; et la virulence établie sur une espèce animale n'est souvent pas en rapport avec la virulence ou l'action pathogène chez l'homme. Enfin on peut rencontrer dans la gorge des streptocoques virulents, soit à l'état normal, soit dans une angine, sans qu'ils jouent aucun rôle dans cette dernière.

L'étude, l'examen direct des fausses membranes me paraît avoir, en ce qui concerne le diagnostic bactériologique de cette association, une valeur peut-être plus importante.

Cet examen peut se faire par l'étude de coupes de fausses membranes ou des frottis.

L'étude des coupes est extrêmement intéressante, surtout au point de vue *technique* ; elle permet de voir *in situ* les divers microbes, leur topographie, leur abondance. Sur des coupes de fausses membranes appartenant à ces diphtéries associées, on peut voir les streptocoques envahissant les parties profondes de la membrane, mélangés à la surface avec le bacille diphtérique, que souvent ils peuvent presque masquer. Leur abondance en pareil cas, la façon dont ils infiltrent les diverses couches de la pseudo-membrane, ne permettent pas de douter du rôle pathogène du streptocoque en ce cas. La comparaison de coupes appartenant à ces strepto-diphtéries et d'autre part des coupes de diphtérie pure est des plus instructives et démonstratives. C'est là le procédé d'élection, excellent pour l'étude approfondie de quelques cas, mais impossible à utiliser pour un diagnostic pratique et rapide.

Les frottis de fausses membranes auront l'avantage de nous donner rapidement des renseignements presque analogues, ils sont, cela est certain, moins nets, moins faciles à interpréter, mais cependant ayant en l'état une très grande valeur et permettant de contrôler l'infidélité possible des cultures sur sérum.

Je crois donc, qu'en l'état actuel, le diagnostic bactériologique pratique de la strepto-diphtérie doit être basé, d'une part, sur l'étude des cultures sur sérum et le contrôle par un examen direct, attentif, des frottis de membrane, qui permettra de constater la présence des streptocoques et surtout leur abondance.

Tout imparfait qu'il soit, il permet une approximation suffisante du rôle joué par l'association sreptococcique.

En terminant, je voudrais aussi rappeler deux points de technique qui me paraissent d'une grande importance pour cet examen direct :

1° La nécessité, comme le dit M. Lemoine, de bien laver dans l'eau distillée la fausse membrane, puis de la sécher entre deux feuilles de papier buvard, de façon à avoir dans le frottis les microbes qui sont dans l'intérieur de la fausse membrane et non seulement ceux de la surface.

2° Je crois bon de rappeler aussi que les streptocoques,

dans les fausses membranes, se présentent très rarement en chaînettes, ce sont des amas de diplocoques arrondis, avec de très rares éléments de chaîne à trois ou quatre grains.

C'est du reste ce qui se passe pour les colonies sur sérum; elles ne fournissent généralement que des diplocoques et exceptionnellement des chaînettes.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du prurit anal (L. Brocq).

On voit fréquemment des sujets atteints d'hémorroïdes irritées, avec de l'eczéma de l'anus excorié par des grattages, souffrir de violentes démangeaisons de la région anale. Dans des cas de ce genre, M. Brocq prescrit des lavages fréquents avec de l'eau de camomille boriquée ou additionnée de coaltar saponiné. Puis, le malade applique d'abord une pommade calmante avec de la vaseline et de l'oxyde de zinc, et poudre ensuite, en grande abondance, avec la poudre suivante :

Camphre pulvérisé.	2	grammes.
Oxyde de zinc	30	—
Sous-nitrate de bismuth . . .	30	—
Talc	40	—

La poudre est maintenue, autant que possible, avec du coton hydrophile.

Quand les parties sont moins irritées, il faut faire tous les deux jours des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent au vingt-cinquième. On peut encore ajouter à ces moyens, le soir, l'application d'un suppositoire de beurre de cacao, additionné de cocaïne et d'extrait de belladone.

Mais, de plus, le malade ne doit jamais aller à la garde-robe sans faire ensuite des lavages avec le liquide indiqué, en ayant soin de ne pas employer d'éponges, mais du coton hydrophile. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juillet 1897. — Présidence de M. Delens.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

M. Segond, à propos de la communication faite récemment par M. Richelot, fait connaître les résultats de ses études et de sa pratique sur cette question. Il estime tout d'abord qu'en matière d'hystérectomie on ne saurait adopter un procédé unique applicable à tous les cas. On peut bien rattacher plusieurs procédés à une méthode générale, mais chaque cas comporte ses indications spéciales. Au point de vue de cette méthode générale, le procédé de M. Richelot ne paraît pas à M. Segond devoir être préféré. Il y en a certainement de meilleurs, de plus simples. Si l'on voulait citer tous les chirurgiens qui ont apporté quelque modification plus ou moins heureuse à tel ou tel procédé, la liste en serait longue. Cependant, si l'on veut bien tenir compte des procédés qui présentent la plus grande somme de perfectionnements, rapidité d'exécution, simplification de l'appareil instrumental, suppression d'instruments spéciaux, assimilation du manuel opératoire au manuel opératoire de toute opération de la chirurgie courante, assimilation de l'ablation totale de l'utérus à l'ablation de toute tumeur d'une région quelconque, nous nous trouvons en présence de deux procédés qui réalisent ces conditions et sont incontestablement supérieurs à celui de M. Richelot. L'un de ces procédés est celui de M. Doyen. Tous les membres de la Société le connaissent. M. Segond ne croit pas utile de rappeler en quoi il consiste. Ce procédé présente des avantages considérables. A côté de ce procédé, il en est un autre qu'on a cité de temps en temps, mais d'une façon trop rapide et qui mérite certainement qu'on s'y arrête. En 1895, un chirurgien américain, Howard Kelly (de Baltimore), décrivit et appliqua un procédé qui résume en lui tous les avantages signalés plus haut par M. Segond, qui s'applique toujours de la même façon, demande toujours la même marche réglée, s'exécute avec facilité et rapidité, est toujours identique à lui-même. Voici en quoi consiste le procédé de Howard Kelly ou procédé américain : La femme est couchée renversée à 45 degrés. Le chirurgien est à sa droite; il ouvre le ventre, attire au dehors la tumeur, va directement à la recherche de l'artère utérine du côté gauche, la pince du côté de la tumeur, la lie du côté du ligament large, la coupe entre la ligature et la pince; cela fait, il renverse l'utérus sur le côté droit de la malade, de façon à procéder ensuite pour l'artère utérine du côté droit de la même façon que pour celle du côté gauche, mais de bas en haut et non de haut en bas. Cela fait, les chirurgiens américains ferment complètement le péritoine par un surjet et ne font pas de drainage. Mais si l'on veut faire du drainage, rien n'est plus facile que de laisser la cavité péritonéale ouverte et c'est ce que fait M. Segond dans la grande majorité des cas. Ce procédé est sans doute moins brillant que celui de M. Doyen, mais il est certainement d'une application plus facile et plus générale.

M. Segond trouve donc le procédé de Doyen et le procédé américain plus simples, plus avantageux que le procédé de Richelot. Il examine maintenant ces deux procédés : 1° au point de vue des fibromes; 2° au point de vue des suppurations pelviennes.

Au point de vue des fibromes, si l'on peut voir d'emblée et aborder facilement le cul-de-sac postérieur, il n'est rien de meilleur que le procédé de Doyen, ouverture du cul-de-sac postérieur, renversement de l'utérus en avant, etc.; s'il y a des difficultés, si le cul-de-sac postérieur est difficilement abordable, bouché par des fibromes, rien ne vaut le procédé américain, l'attaque du fibrome de gauche à droite, de haut en bas pour le côté gauche, puis de bas en haut pour le côté droit. Quant aux suppurations pelviennes, le procédé indiqué par M. Richelot va d'abord aux difficultés, aux complications. Si, pour des raisons déterminées, il semble indiqué de choisir la voie abdominale à la voie vaginale qui, dans l'espèce, reste la voie de choix, une fois le ventre ouvert, en présence d'annexites avec suppuration, adhérences, etc., le meilleur de tous les procédés est incontestablement le procédé américain.

M. Hartmann, depuis octobre de l'année dernière, a adopté un procédé mixte entre le procédé de Doyen et le procédé américain qui lui a donné jusqu'ici de très bons résultats, puisque, sur 18 opérations, il compte 18 succès. Il lui semble que le procédé de M. Richelot a cherché à réaliser pour l'hystérectomie abdominale totale le procédé le plus difficile, le plus compliqué. M. Richelot, en effet, pénètre dans le vagin à travers l'utérus et non entre la vessie et l'utérus. Le procédé américain a l'avantage de permettre de ne rien laisser de l'utérus, d'enlever même le col en totalité. Cela est important. En effet, dans un cas où M. Hartmann avait laissé un peu de col, celui-ci est devenu ultérieurement le siège d'un cancer. Il vaut donc mieux tout enlever. Dans les cas où l'ablation bilatérale des annexes est indiquée, M. Hartmann préfère enlever l'utérus même sain, au moins en apparence, car on sait que, dans ces cas, il est bien rarement sain. Il aborde alors par le cul-de-sac postérieur comme dans le procédé de Doyen et termine comme dans

le procédé américain. Cette méthode mixte lui a toujours donné d'excellents résultats.

M. SCHWARTZ croit qu'il n'est plus possible aujourd'hui de contester que, dans tous les cas de grosses tumeurs de l'utérus ne pouvant être enlevées par la voie vaginale, l'hystérectomie abdominale totale ne soit la méthode de choix. Malgré l'asepsie et l'antisepsie, les méthodes d'hystérectomie avec pédicule extra ou intrapéritonéal restent loin derrière l'hystérectomie totale, c'est-à-dire avec suppression complète de tout pédicule utérin.

Les procédés d'hystérectomie totale sont nombreux ; il est certain que le dernier procédé de Doyen et celui que vient de décrire M. Segond paraissent devoir réunir tous les suffrages.

M. Schwartz a pratiqué, jusqu'à l'année dernière, l'hystérectomie abdominale totale en enlevant d'abord la masse fibreuse par l'abdomen et en extirpant secondairement le pédicule cautérisé au thermocautère et rendu exsangue soit par un lien de caoutchouc, soit par deux ligatures à la soie. Il a exposé cette manière de faire lors de la dernière discussion sur l'hystérectomie abdominale totale. Onze cas opérés de la sorte lui ont donné une seule mort et encore la femme portait-elle un carcinome du pancréas qui avait passé inaperçu.

M. Schwartz a opéré trois dernières hystérectomies, dont deux depuis un mois, en enlevant d'un bloc tout l'utérus avec la tumeur qu'il supporte, et cela par le procédé américain que M. Legrand a si bien décrit dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, soit de gauche à droite, soit de droite à gauche. Il lui a toujours été facile, après avoir sectionné les ligaments larges au-dessous des ailerons subovariens, de désinsérer le vagin de l'utérus et de fermer soit préventivement, soit après les avoir coupées, les deux grosses artères utérines. Les trois cas ont guéri sans encombre.

Quel qu'ait été le procédé d'exérèse employé, il est toujours resté fidèle à l'ouverture large du vagin qui donne tous les avantages de l'hystérectomie vaginale et constitue un gros drain naturel permettant l'écoulement de la sérosité sécrétée par le péritoine, des suintements sanguins plus ou moins abondants qui suivent souvent ces grandes opérations, malgré l'hémostase immédiate la plus soignée.

Il laisse donc systématiquement le vagin ouvert, mais il a soin de faire la suture à points coupés de la tranche des ligaments larges, puis de suturer les feuillets péritonéaux antérieur et postérieur à la lèvre antérieure du vagin, puis à la lèvre postérieure : il entoure de cette façon, de chaque côté, les ligatures placées sur les utérines, jamais il n'a vu se produire des abcès consécutifs, d'élimination de fils, quoiqu'il n'ait jamais employé que de la soie.

En résumé, partisan déclaré de l'hystérectomie totale, à moins d'indications exceptionnelles, M. Schwartz reste aussi attaché à l'ouverture large du canal vaginal qui lui paraît une soupape de sûreté qu'on aurait tort de fermer, laissant de côté la question de la durée un peu plus longue de l'opération. Les 13 succès sur 14 cas qu'il a obtenus ne sont pas faits pour le détourner de sa manière de faire.

Il a pratiqué deux hystérectomies abdominales pour des utérus qu'il n'avait pu enlever par le vagin (étroitesse du canal, adhérences intimes à la vessie, friabilité).

La première date de quatre ans déjà, il l'a présentée au Congrès de Lyon en 1894. La seconde, il l'a pratiquée il y a trois semaines.

Il s'agissait d'un gros utérus atteint de métrite parenchymateuse. L'opération fut conduite comme pour les corps fibreux et tout se passa sans encombre, si ce n'est une hémorragie assez vive arrêtée par une petite compression, le vaisseau n'ayant plus été trouvé. Mais trois heures après la fermeture de l'abdomen, il se déclara une hémorragie qui nécessita la réouverture et un solide tamponnement à la Mickulicz, par l'interne M. Hepp. Ce tampon a été enlevé dès le troisième jour et la malade est guérie.

M. POZZI partage complètement l'avis de M. Segond sur la valeur du procédé américain, l'ablation totale de l'utérus sans que l'opérateur ait eu à mettre une seule pince ni une seule ligature. Il est donc possible d'éviter de lier l'utérine et d'enlever totalement l'utérus en rasant d'assez près le tissu utérin, en laissant une sorte de coque utérine, sans avoir à faire aucune hémostase. Cela prouve que le point important, pour avoir une hémostase rapide, c'est de raser l'utérus, en l'enlevant, comme on extirpe un os dans une résection sous-périostée. Il s'agit, pour cela, d'aborder l'utérus le plus vite possible. On peut tenter d'abord de l'aborder par le cul-de-sac postérieur. Si l'on trouve des difficultés, on procède latéralement. Le point qui doit dominer c'est d'aborder l'utérus le plus vite possible et en le rasant, en l'abrasant de bas en haut. Le procédé de Richelot est défectueux, précisément parce qu'il n'est pas basé sur ce précepte. C'est aux Américains que revient le mérite d'avoir les premiers indiqué ce procédé. L'idée maîtresse de tous les procédés actuels, celle qui consiste à aborder l'utérus le plus près possible du tissu utérin propre, appartient aux chirurgiens américains. Ceux-ci ne font pas de drainage. M. Pozzi est de l'avis de M. Segond et conserve le drainage. Il fait également l'affrontement du péritoine avec le vagin.

M. Pozzi n'accepte pas l'opinion que vient d'émettre M. Hartmann. Il n'enlève pas l'utérus quand les annexes seules sont malades. On sait que dans ces cas, si l'utérus lui-même est malade, il guérit très bien après l'ablation des annexes. Donc, dans les laparotomies pour annexites, il vaut mieux, autant que possible, conserver l'utérus. Dans un seul cas, M. Pozzi l'a blessé en enlevant des annexes malades ; il lui a suffi de placer un surjet au catgut pour amener l'hémostase. Quand l'utérus est très malade en même temps que les annexes et qu'on l'a reconnu, il vaut mieux recourir à l'hystérectomie vaginale d'emblée. Quand l'utérus semble sain, il vaut mieux faire la laparotomie, enlever les annexes et conserver l'utérus, quitte à l'enlever si l'on reconnaît qu'il est plus malade qu'on ne pensait.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Ostéome de l'orbite. — M. NÉLATON présente un malade auquel il a enlevé un volumineux ostéome de l'orbite, dont le point de départ était dans les cellules ethmoïdales.

Opération de Syme. — M. NÉLATON présente un second malade auquel il a voulu faire l'opération de Ricard. Il n'a pas eu assez de peau pour recouvrir et il a dû enlever le calcanéum.

M. RICARD fait observer que, pour appliquer le procédé qu'il a décrit, il faut évidemment avoir à sa disposition plus de peau que pour le procédé de Syme, puisque l'on conserve en plus le calcanéum. Son procédé est un procédé intermédiaire au Chopart et au Syme.

M. KIRMISSON dit que, s'il est un procédé dont se rapproche celui de M. Ricard, c'est sans conteste le procédé de Pirogoff.

Épithéliome de la corde vocale. — M. QUÉNU présente un malade qu'il a opéré il y a un an d'un épithélioma de la corde vocale droite par thyroïdectomie.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La cure d'altitude (1), par le docteur Paul Regnard, membre de l'Académie de médecine, professeur de physiologie générale à l'Institut normal agronomique, directeur-adjoint du laboratoire de physiologie à la Sorbonne.

Un corollaire prévu des doctrines modernes de l'infection a été de tâcher : 1° de mettre l'organisme hors des atteintes des agents infectieux; 2° de le rendre résistant, d'en faire un mauvais milieu de culture pour les divers microbes pathogènes. La cure d'altitude est un des procédés les plus efficaces que nous possédions pour arriver à ce résultat : très en honneur chez nos voisins d'outre-Rhin et d'outre-mer, elle est fort peu pratiquée chez nous. Et pourtant elle est sortie du pur domaine de l'empirisme : la physiologie expérimentale commence à en interpréter les effets.

Dans son ouvrage, le docteur Regnard fait connaître d'abord les recherches de laboratoire exécutées en Allemagne et en Suisse pour expliquer le mécanisme de l'action thérapeutique des hauteurs. Il y joint les travaux français et les siens propres entrepris dans le même but. Puis il examine les recherches de physiologie pathologique exécutées sur place, sur les malades qui fréquentent les montagnes.

Dans une seconde partie, essentiellement pratique, il passe en revue les principales stations actuellement organisées pour recevoir convenablement des malades. L'auteur a parcouru lui-même toutes les localités dont il décrit les avantages et les inconvénients avec d'autant plus d'indépendance d'esprit, qu'elles sont, pour la plupart, en dehors de notre pays. Il a joint à sa description des cartes topographiques qui la rendent plus claire et de très nombreuses photographies représentant les régions dont il parle. Il a pensé qu'il n'était pas inutile au praticien qui recommande une station d'en avoir au moins une idée, s'il n'a pu la visiter lui-même.

La technique des rayons X. Manuel opératoire de la radiographie et de la fluoroscopie, à l'usage des médecins, chirurgiens et amateurs de photographie (2), par Alex. Hébert, préparateur à la Faculté de médecine.

Cet ouvrage a pour but de permettre à tous ceux qu'intéresse la belle découverte de Röntgen, de reproduire les expériences si curieuses qu'on peut exécuter par les rayons X; l'auteur, en effet, décrit en détail tous les appareils et toutes les opérations nécessaires à effectuer pour obtenir les radiographies. A titre d'exemples, on trouvera dans ce livre une collection de belles épreuves dues aux savants qui se sont occupés de cette question.

La « Technique des rayons X » ne se borne pas d'ailleurs à mettre le public instruit au courant de la pratique radiographique et fluoroscopique; elle vise également à rendre service aux médecins ou chirurgiens qui seraient appelés à se servir des nouvelles radiations pour inspecter les parties profondes du corps humain; un grand nombre d'applications sont données, dans lesquelles la récente découverte a fourni les plus précieux renseignements. On se rendra d'ailleurs compte de l'esprit pratique qui a présidé à la rédaction de ce volume en prenant connaissance du résumé suivant de la table des matières :

Première partie : *Le matériel.* — La source d'électricité; la bobine; le tube de Crookes; la glace et le châssis photographique.

Deuxième partie : *Les opérations.* — Disposition générale des expériences; développement des images et obtention des positifs; dispositif convenant à la fluoroscopie.

Troisième partie : *Les applications.* — Applications médicales et chirurgicales; applications diverses.

Quatrième partie : *Un peu de théorie.* — Rayons cathodiques; rayons X.

Les poussières atmosphériques, leur circulation dans l'atmosphère et leur influence sur la santé (1), par J.-R. Plumandon, météorologiste à l'Observatoire du Puy-de-Dôme.

Dans ce livre, l'auteur a résumé tout ce qui a été découvert dans les dernières années sur les poussières atmosphériques. Il expose d'abord, dans la première partie, les récentes expériences qui ont établi le nombre infini des poussières, et il prouve que celles-ci ont des origines diverses qui peuvent les faire classer en poussières cycloniques, volcaniques, ignées, marines, industrielles, végétales, animales, cosmiques.

Après avoir distingué encore les poussières vivantes ou microbes, il montre, dans la deuxième partie, la circulation générale de toutes ces poussières au sein de l'atmosphère, les variations que leur nombre subit sous l'influence des divers éléments météorologistes, et met en relief la quantité effroyable de microbes créés par les grandes villes.

Une troisième partie est consacrée à l'influence physique, physiologique et toxique que les poussières atmosphériques peuvent exercer sur la santé, et particulièrement à l'action pathogène des microbes. Enfin, l'auteur termine par un chapitre sur les poussières explosives.

A notre connaissance, la question des « Poussières atmosphériques » n'a pas encore été traitée, au point de vue de la vulgarisation, d'une manière aussi concise et en même temps aussi complète que l'a fait M. Plumandon.

L'œuvre médico-chirurgicale (Dr Critzman, directeur). N° 1 : *De l'appendicite* (2), par le docteur Legueu, chirurgien des hôpitaux de Paris.

La rapidité avec laquelle naissent et évoluent les nouvelles questions médicales frappe de vieillesse précoce les traités de médecine et de chirurgie les plus récents et les mieux documentés. La collection dont nous avons le premier numéro sous les yeux vient d'être créée pour remédier à cette caducité extrême des livres classiques. Toute question nouvelle, ayant pris corps et vivant de sa propre vie, sera traitée par des savants autorisés; et cela de telle manière que n'importe quel traité d'une des sciences médicales puisse être tenu au courant, presque au jour le jour, des nouveaux problèmes dont la solution semble actuellement acquise à la biologie physiologique ou pathologique.

Le premier numéro est consacré à l'appendicite, question tellement discutée, qu'à lire les journaux aucun médecin, même très versé dans les récents travaux, ne saurait se faire une opinion claire, précise.

Dans son travail, le docteur Legueu résume d'une manière lumineuse toutes les théories actuelles sur la pathogénie de cette affection, toutes les indications cliniques et thérapeutiques qui en découlent; mais M. Legueu n'a pas entendu faire une simple œuvre de compilation et de mise au point. Sa propre expérience sur l'appendicite lui a permis de faire une étude critique serrée de toutes les nouvelles données et de les synthétiser dans une série de chapitres d'une division très heureuse. Avec cette monographie, l'appendicite est faite et définitivement.

(1) In-8°, 110 fig. dans le texte, 29 pl. hors texte. Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.
(2) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) Broch. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Il s'agit ici d'un travail personnel en même temps que d'une étude critique et bibliographique ; et c'est ce qui constitue, à notre sens, la véritable originalité de cette nouvelle collection, destinée à combler un vide réel dans la littérature médicale de nos jours ; car elle a pour but de donner à chaque nouveau problème médical une formule complète classique, de façon à constituer autant de chapitres dignes de figurer dans le meilleur traité de médecine ou de chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 juillet 1897, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Ayme, médecin en chef de première classe des colonies.

Au grade de chevalier. — MM. Mestayer et André dit Duvigneau, médecins principaux des colonies ; Muret, infirmier-chef de première classe des colonies.

— Le Comité exécutif du XII[e] Congrès international de médecine (Moscou, du 19 au 26 août 1897) a l'honneur d'annoncer que, contrairement à la date indiquée dans la brochure des « renseignements divers », les billets gratuits offerts à MM. les membres du Congrès par les chemins de fer russes ne seront valables qu'à partir du 1[er] août (nouveau style).

Le Comité prie en même temps MM. les membres qui n'ont pas encore réclamé leur billet de chemin de fer, de faire leur demande auprès du Secrétaire général en indiquant l'itinéraire direct qu'ils voudraient prendre pour venir de la frontière à Moscou et vice-versâ. (La ville de Saint-Pétersbourg est considérée comme station-frontière.) Ces demandes doivent parvenir au Secrétaire général avant le 1[er] août.

— M. Delbet, agrégé, commencera un cours de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, le mercredi 4 août, à dix heures du matin, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

— M. Walther, agrégé, commencera un cours de clinique chirurgicale, à la Charité, le jeudi 5 août, à dix heures, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 84. — MARDI 27 JUILLET 1897. 70e ANNÉE. MARDI 27 JUILLET 1897. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 26 juillet 1897.

Dans une des précédentes séances de la Société médicale des hôpitaux, M. Jeanselme avait minutieusement étudié les troubles de la sensibilité dans la **lèpre**, en les opposant au point de vue du diagnostic à ceux de la syringomyélie. Poursuivant la série de ses recherches sur la même maladie, il étudie cette fois les localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le larynx, fondant son étude sur l'examen de vingt-cinq lépreux. Il résulte de ses observations, que souvent un coryza chronique d'apparence banale, se manifestant par un enchifrènement persistant, par une accumulation de croûtes dans les narines, par des épistaxis, est le premier signe objectif de la maladie. Peu à peu, par suite des progrès constants de ce catarrhe nasal, la configuration extérieure du nez se modifie, et dès que le cartilage de la cloison vient à céder, deux déformations peuvent se produire : ou bien le nez *se busque*, ou bien il prend la disposition dite en lorgnette.

A l'examen rhinoscopique, on voit que la pituitaire est turgescente, érodée et tuméfiée au niveau du segment inférieur de la cloison. Bientôt le cartilage diminue de consistance, et la perforation est imminente. Celle-ci se peut produire comme à l'insu du malade; elle prend une forme circulaire, elliptique, régulière.

Dans le muco-pus de la rhinite lépreuse, comme dans le sang des épistaxis, on peut trouver le bacille de Hansen; cette notion qu'ont affirmée les recherches bactériologiques est d'une importance capitale; elle permet de concevoir la grande virulence du mucus nasal des lépreux, et, par suite, de penser que la rhinite est l'une des sources les plus efficaces de la propagation de la lèpre.

Les altérations de la gorge et du larynx peuvent se résumer en quelques mots : elles simulent, à s'y méprendre, les manifestations de la période secondaire ou de la période tertiaire de la syphilis; seule la coexistence de l'anesthésie permet d'affirmer la lèpre.

Autant la **rougeole** est bénigne en ville, autant elle est grave à l'hôpital. Cette notion, unanimement admise, et depuis longtemps, puisque Grisolle l'imprimait dans son *Traité de pathologie interne*, est exacte encore de nos jours et persistera dans son absolutisme tant que l'isolement, pour ainsi dire *individuel*, des enfants, ne sera pas obtenu. Consultons, en effet, la statistique que M. Bernard, interne de M. Marfan, apporte à la Société médicale.

En l'année 1896, il est entré dans le service de la rougeole aux Enfants-Malades, 483 enfants : on a compté 104 décès, ce qui donne la proportion de 21,5 p. 100. La bronchopneumonie a amené la mort 77 fois; les autres décès sont dus à d'autres complications, et dans 11 cas peut-être à la virulence même de la rougeole.

En répartissant tous les cas de rougeole par âge, on voit que cette maladie est surtout fréquente de un à cinq ans, atteignant son maximum dans la deuxième année de la vie, et que sa gravité va constamment en décroissant avec l'âge; elle est surtout grande pour les nourrissons. La répartition par sexe montre peu de différence pour l'un ou l'autre. La répartition par mois établit le maximum de fréquence pendant les six premiers mois de l'année.

Parmi les complications les plus fréquemment notées dans cette étude, il faut signaler : les infections des premières voies naturelles et les infections descendantes, et surtout la bronchopneumonie; la fréquence de cette complication a été de 24 p. 100 et sa léthalité de 66 p. 100.

Les bains chauds, employés systématiquement pour lutter contre cette complication, ont donné les meilleurs résultats.

Si la rougeole reste, à l'hôpital, la maladie grave que l'on sait, il n'en va pas de même de la diphtérie, laquelle, grâce à l'intervention précoce et régulière de la sérothérapie, diminue progressivement de gravité. M. Sevestre le prouve dans sa récente statistique : même en y comptant *tous les malades* entrés dans le courant de l'année au pavillon Trousseau, comme atteints de diphtérie (et parmi ceux-ci beaucoup furent reconnus indemnes de par l'examen clinique et bactériologique); même en faisant rentrer parmi les cas mortels, ceux dans lesquels la mort est survenue non seulement par le fait de la diphtérie, mais par le fait de toute autre cause : broncho-pneumonie, rougeole, scarlatine, coqueluche, tuberculose, M. Sevestre arrive aux chiffres de 17,24 p. 100, pour la mortalité totale, et de 12,29 p. 100, pour la mortalité réduite.

MM. Hayem et Ghika rapportent à la Société l'observation d'une malade enceinte de trois mois et demi qui, dans le but de se faire avorter, a absorbé une substance ayant en-

traîné une destruction massive des globules rouges avec transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine. Il en est résulté un **ictère hématique** particulier avec coloration brun cuivré de la peau et des muqueuses et une néphrite suraiguë avec anurie à peu près complète.

La mort survint par urémie au bout de quelques jours. Il a été impossible de déterminer la nature de la substance méthémoglobinisante ingérée par la malade; et à l'autopsie, les lésions du rein parurent surtout intéressantes. Les tubes étaient partout obstrués par le pigment sanguin.

Les cellules des tubes contournés et de la portion ascendante des anses de Henle étaient bourrées par le même pigment, tandis que les globérules étaient demeurés parfaitement intacts.

M. Gilbert Ballet présente des coupes histologiques qui proviennent de la moelle et du cerveau d'un homme amputé de la cuisse depuis trois ans.

M. Béclère présente un malade atteint, il y a trois ans, d'un empyème pulsatile bacillaire, qui a guéri à la suite d'une seule ponction.

INTOXICATION AIGUE PAR LE SUBLIMÉ (1)

Par M. le docteur Gaston Poix (du Mans).

Depuis l'antisepsie, qui a rendu presque quotidien l'emploi du sublimé, les cas d'empoisonnement par ce sel mercuriel sont devenus beaucoup plus fréquents; pour notre part, il nous a été donné d'en observer deux cas dans le courant d'une année; dans le premier, il s'agissait d'une infirmière de l'hôpital Laënnec qui, par erreur, absorba 2 grammes de sublimé en solution forte et succomba au bout de quelques jours; l'autre fait l'objet de l'observation suivante :

La nommée E..., âgée de vingt-neuf ans, accouche spontanément, le samedi 7 novembre 1896, d'un enfant vivant et bien portant; les suites de couches sont normales. Le quatrième jour, la sage-femme prescrit des injections vaginales chaudes contenant la valeur d'un verre ordinaire de la solution suivante :

Bichlorure de mercure. .	1 gramme.
Acide tartrique.	3 grammes.
Eau distillée	500 —

Le jeudi 12 novembre, vers huit heures du matin, l'accouchée, voulant prendre un verre d'eau de Montmirail, commet une erreur de flacon et absorbe la valeur de trois cuillerées à soupe de la solution de sublimé. Vingt minutes après environ, elle prend comme contre-poison un demi-litre de lait, qui est aussitôt vomi.

Nous sommes appelé auprès de la malade vers midi, et nous constatons l'état suivant : le visage est pâle, le facies anxieux, les lèvres et les gencives présentent une légère tuméfaction; le ptyalisme n'est pas très accentué, l'haleine est fétide, la malade se plaint de la saveur métallique de sa salive et d'une sensation de brûlure au niveau du pharynx. A l'épigastre existe une douleur cuisante, qui est exaspérée par la pression; il en est de même en arrière au niveau des apophyses épineuses des premières vertèbres lombaires. Rien d'anormal à l'auscultation du poumon; le pouls est bien frappé, mais un peu ralenti, la respiration légèrement accélérée; il n'existe pas d'érythèmes au niveau du tégument externe. Nous prescrivons : eau albumineuse (dix blancs d'œufs par litre), lait chaud, grogs, thé au rhum, lavages et gargarismes antiseptiques de la bouche et du pharynx. Comme il s'est écoulé plus de quatre heures depuis l'ingestion du sublimé, nous jugeons inopportune l'administration d'un vomitif.

Dans l'après-midi, la malade présente des vomissements d'abord muqueux, puis bilieux; bientôt se produisent des selles fréquentes, constituées par des mucosités sanguinolentes, nageant dans un liquide séreux avec de nombreux débris épithéliaux; elles sont accompagnées de coliques, à paroxysmes extrêmement douloureux, et occupant tout l'abdomen; à la pression, le maximum de la douleur siège au niveau de la fosse iliaque droite; le ptyalisme est beaucoup plus accentué que le matin; la respiration est normale, les bruits du cœur sont un peu sourds, le pouls est à 60; nous injectons 80 centimètres cubes de sérum artificiel.

13 novembre. La nuit a été très agitée, les douleurs abdominales très violentes; il s'est produit plusieurs selles sanglantes; les urines, peu abondantes d'ailleurs, sont légèrement albumineuses; nous continuons les mêmes prescriptions. Dans la journée, les coliques s'atténuent légèrement; à l'agitation du matin fait place, dans la soirée, un état d'abattement assez accentué; nous injectons de nouveau 80 centimètres cubes de sérum artificiel.

14 novembre. La malade est restée abattue en somnolant par intervalle; cet abattement persiste dans la journée; dans l'après-midi se produisent deux selles sanglantes très abondantes. Injection de 80 centimètres cubes de sérum artificiel dans la soirée.

15 novembre. État stationnaire; les urines renferment une quantité notable d'albumine. Le pouls est, le soir, à 52 et la température à 36°8. Nouvelle injection de sérum.

16 novembre. L'état d'abattement s'est encore accentué; le douleur du ventre à la pression est toujours considérable; il n'y a pas eu de selles sanglantes. La température est de 36°6 le matin et 36°8 le soir, le pouls est à 48 le matin et à 48 le soir. En présence de ce ralentissement considérable du pouls, nous prescrivons du sulfate de spartéine à la dose de 10 centigrammes par jour.

Dans la journée du 17, l'abattement reste considérable et le pouls oscille entre 42 et 46; il en est de même dans la journée du 18; cependant, vers le soir, le pouls remonte à 50. A partir de ce jour, l'état s'améliore progressivement, la malade se sent plus forte et absorbe une plus grande quantité de thé au rhum et de grog; le pouls monte à 60, puis à 64, à ce moment nous supprimons la spartéine. Ses urines restent albumineuses jusqu'au 1er décembre. Elle commence alors à prendre des aliments solides en petite quantité, mais ce n'est qu'au bout de deux mois que les forces reviennent à leur état normal. A la suite des repas se produisent souvent des coliques, mais il n'est jamais apparu de selles sanglantes. Nous avons revu la malade le 15 mai dernier; elle n'a pu allaiter son enfant et l'a mis en nourrice; nous avons examiné les urines, elles ne renferment pas d'albumine.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs titres.

Elle montre tout d'abord le rôle considérable des susceptibilités individuelles dans les intoxications, et particulièrement dans l'hydrargisme. En effet, nous avons pu nous rendre compte de la quantité exacte du bichlorure de mercure ingérée par notre malade, elle n'a certainement pas dépassé 10 centigrammes, et cependant elle a été suffisante pour déterminer des accidents sur le pronostic desquels nous avons toujours été très réservé. Quoiqu'on puisse invoquer l'état de moindre résistanee que présentait la ma-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

lade, par suite de son accouchement récent, il n'en est pas moins vrai que la quantité de sublimé ingéré a été très minime, par rapport à la gravité des accidents qui se sont produits. D'après Manquat, on admet généralement que c'est à partir de 15 centigrammes que le sublimé devient réellement toxique; pour Orfila, il serait dans certains cas toxique à une dose bien inférieure, et notre observation justifie cette dernière assertion.

Nous devons signaler aussi le ralentissement considérable du pouls que notre malade a présenté; nous n'avons pas noté d'élévation thermique, ce qui met en évidence cette notion, que la soi-disant *fièvre mercurique*, considérée comme constante par certains auteurs dans l'hydrargisme aigu, n'est pas due au poison, mais aux infections secondaires dont les lésions buccales et pharyngées constituent la porte d'entrée; quand ces accidents locaux manquent, il n'y a pas de fièvre, et c'est ce qui s'est produit chez notre malade.

Enfin, nous terminons par une considération d'ordre pratique. Dans les deux cas d'hydrargisme aigu que nous avons observés, et dans l'immense majorité de ceux que nous avons pu compulser, la cause de l'empoisonnement tient à l'absorption par erreur de solutions mères, colorées ou non, destinées à des injections vaginales. Aussi croyons-nous qu'il est préférable dans ces cas de prescrire, au lieu de solutions, les paquets de sublimé tartrique dont l'Académie de médecine, en 1890, a autorisé l'emploi pour les sages-femmes; cette pratique est aussi commode et, si elle est moins économique, elle est en revanche moins dangereuse.

LES CAPSULES SURRÉNALES (PHYSIOLOGIE)

D'APRÈS LES TRAVAUX RÉCENTS (1)

Par M. G. ROSENTHAL, licencié ès sciences naturelles, interne des hôpitaux de Paris.

III

Considérant donc, par l'analyse des travaux précédents, l'existence d'un rôle actif des capsules surrénales, il nous est permis de nous demander quelle est l'importance de ce rôle et en quoi il consiste.

La réponse au premier point est que les capsules surrénales sont un organe essentiel, nécessaire à la vie de l'individu. Sur le second point, les auteurs diffèrent, et bien que le rôle antitoxique tende de plus en plus à être admis, il nous sera difficile de donner une formule nette de cette fonction.

Le caractère essentiel des capsules surrénales nous est démontré par la mort des animaux auxquels on pratique l'ablation de ces organes.

Bien que Berdach (9) ait soutenu que l'ablation des capsules surrénales n'amène aucun trouble quand les plexus ne sont pas lésés, la majorité des auteurs se rangent à l'opinion de Brown-Séquard qui, dès 1856, avait vu que les cobayes succombaient de neuf à vingt-quatre heures après cette ablation et présentaient, avant la mort, des phénomènes de paralysie entremêlés de convulsions.

Abelous et Langlois (10) ont vu toujours la mort survenir après l'ablation des deux capsules, de douze à cinquante-deux heures (chien), avec cette particularité sur laquelle insistent beaucoup ces physiologistes que la survie est beaucoup plus courte quand on opère un animal fatigué. L'ablation est suivie du même résultat, quel que soit le procédé employé à cet effet, ligature du hile, écrasement, cautérisation ignée.

Langlois a donné les règles techniques de cette opération (Soc. de biol., 29 avril 1893) chez le chien.

L'incision doit être médiane sur la ligne blanche pour la capsulotomie double, latérale pour la capsulotomie simple.

Des écarteurs, l'incision latérale faite, vont maintenir l'intestin. Alors il faut lier une veine précapsulaire recevant deux veines de la capsule. Ce sera la seule ligature. Sondes et ciseaux permettent d'énucléer la glande; et si le voisinage de la veine cave rend l'ablation totale trop difficile à droite, on en est quitte pour détruire au thermo ou galvanocautère les parties restantes.

Un autre procédé doit être employé chez la grenouille (ABELOUS et LANGLOIS. *Arch. de physiol.*, 1892).

L'adhérence des capsules surrénales au rein ne permet de tenter ni l'excision ni l'arrachement. Il faut employer la cautérisation ignée avec une boucle en fil de fer ou de platine porté au rouge. Il vaut mieux opérer des mâles où la veine médiane cutanée est le seul obstacle à éviter pendant l'opération, que des femelles dont les capsules peuvent être masquées par le développement énorme des oviductes ou des œufs.

Quel que soit du reste l'auteur dont on étudie les travaux, on voit que la mort survient à la suite de phénomènes presque toujours identiques, ralentissement du pouls, affaiblissement du cœur, abattement généralisé avec ou sans convulsions (GOURFEIN, CYBULSKY, LANGLOIS. Loc. cit.).

Quant aux cas où l'ablation des capsules a pu être faite sans entraîner la mort, on peut, sous toutes réserves, les attribuer à l'existence de capsules surrénales accessoires.

De même, en effet, que les accidents du myxœdème ne se produisent pas lorsqu'on respecte les glandes thyroïdes accessoires aberrantes, ou les corpuscules épithéliaux parathyroïdiens, que M. Gley a découverts chez le lapin; l'existence de capsules surrénales accessoires vient modifier les suites des expériences et empêcher la mort de l'animal. Or, ces capsules accessoires sont très fréquentes puisque, selon May, on en trouverait en moyenne une fois sur cinq autopsies, et elles passent facilement inaperçues, car leur volume est petit et ne dépasse guère celui d'un pois. Ce qui augmente la difficulté, c'est qu'à part leurs trois sièges d'élection près des reins, près du sympathique abdominal, ou près des glandes génitales, Jaboulay en a décrit dans la profondeur des ganglions semi-lunaires (11). D'autres auteurs ont signalé dans la profondeur de ganglions du sympathique des cellules surrénales. On voit donc combien il est difficile de conclure de quelques cas où l'ablation des capsules aura été bien supportée, quelque soit, d'ailleurs, la haute valeur des expérimentateurs.

Au contraire, les expériences positives ont une grande valeur, puisque la mort qui surviendrait après l'ablation peut être empêchée par la greffe (Soc. de biol., 12 nov. 1892) et ici nous trouvons encore une analogie avec le pancréas, dont l'ablation et la greffe sous-cutanée n'est pas suivie de glycosurie [Hedon (12)].

Ce résultat de la greffe est toutefois contesté par Boinet (14).

Il ne faudrait même pas nécessairement recourir à la greffe, car l'extrait aqueux de l'organe prolonge la survie (13) du double de la survie moyenne, et quelquefois

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 808.

même empêche les convulsions. La transfusion du sang d'un animal normal exerce de même une heureuse influence.

Gourfein (15), dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, note également que la greffe des capsules surrénales, dans le sac lymphatique de la grenouille, atténue les symptômes que donne l'ablation.

Si nous cherchons maintenant à préciser le rôle des capsules surrénales, nous sommes amené à étudier plusieurs séries d'expériences.

La maladie d'Addison, que caractérisent si nettement la pigmentation de la peau et l'accablement physique des malades, s'accompagne presque toujours, dit-on, de lésions de capsules surrénales. Toutefois, et nous citons ce fait pour montrer la complexité de la question, M. le professeur Raymond (16) a publié un cas de maladie d'Addison, au cours d'une lymphadénie leucémique, où l'autopsie révéla une sclérose du ganglion semi-lunaire droit, adhérent aux masses ganglionnaires du mésentère, avec intégrité des capsules surrénales apparente et histologique.

M. Raymond, soutenant l'origine nerveuse de la maladie d'Addison, rapproche de ce cas toutes les pigmentations qui sont sous la dépendance du système nerveux. Il rappelle que les travaux de Chabrier, Leloir, Dejerine tendent à rattacher le vitiligo à une lésion des rameaux nerveux. Certaines personnes très nerveuses présentent sans maladies des pigmentations spéciales. Semmola (Congrès international de Londres) a publié un cas semblable avec lésion manifeste du plexus cœliaque et intégrité des capsules. Von Kahlden également publie, dans les *Archives de Virchow*, deux cas analogues. MM. Brault et Perruchet en ont publié d'identiques.

Cependant, le traitement des addisoniens par les extraits de capsules a paru dans quelques cas amener une amélioration (17). Ces considérations ont conduit les expérimentateurs à étudier la résistance à la fatigue et aux toxines des animaux privés de capsules surrénales.

IV

Dans les *Archives italiennes de biologie*, Albanèse (18) expérimente l'action de la neurine sur les grenouilles acapsulées. Elles succombent à une injection de 1 milligramme de neurine, au lieu de ne succomber, comme les témoins, qu'à une dose de 4 milligrammes. Pour Albanèse, il n'y a pas de différence dans la résistance aux autres poisons, et si les auteurs confirmaient ces résultats, on voit que la conclusion naturelle serait que l'organe que nous étudions correspond spécialement à la lutte contre la neurine, produit de désassimilation du système nerveux.

Les expériences de Boinet (19) ne mènent pas à une conclusion identique. Dans une note présentée à la Société de biologie, cet auteur a déclaré avoir gardé six à sept mois des rats décapsulés. Ces rats ont sensiblement aussi bien résisté à la fatigue que des rats normaux.

Le même auteur, à la séance du 28 mars 1896 de la Société de biologie, étudie l'action antitoxique des capsules surrénales sur la neurine, pour contrôler les expériences d'Albanèse que nous venons de citer. Il y est également conduit par le fait que Marino Zucco a trouvé de la neurine dans les urines des individus ayant succombé à la maladie d'Addison. M. Boinet fait plusieurs séries d'expériences.

Les grenouilles normales ont, avec 4 milligrammes de neurine, des contractures passagères avec emprosthonos; la parésie avec mydriase, puis la paralysie complète avec arrêt de la respiration succède au bout d'une minute. Bientôt le cœur se ralentit et il survient un état de mort apparente. En somme, la dose mortelle est de 1 milligramme de neurine pour 6 grammes de grenouille.

Après ablation au thermocautère des capsules, la dose change, il ne faut plus que 1 milligramme par 12 ou même 18 grammes de grenouille. Si, au lieu d'agir sur les grenouilles normales, on prend des grenouilles fatiguées par l'appareil de Dubois-Reymond, les symptômes toxiques s'aggravent et durent plus longtemps. Ils s'aggravent encore bien plus quand l'animal est décapsulé.

Sur le rat d'égout, qui présente cet avantage qu'il est facile de détruire les capsules sans léser les reins, les expériences de Boinet donnent des résultats bien moins nets. Mais avant de les citer, nous devons rappeler qu'Abelous et Langlois (20) ont constamment trouvé chez le rat des capsules surrénales accessoires et que Boinet ne paraît pas en tenir compte dans la note que nous analysons.

Les expériences sur le rat lui ont montré une diminution de résistance à la neurine chez les rats anciennement décapsulés, diminution encore plus notable chez les rats anciennement décapsulés et fatigués. Les rats nouvellement décapsulés ont également mal supporté la neurine. Mais ce qui vient détruire la conclusion de ces expériences, c'est que les phénomènes produits par une injection d'une dose moyenne de neurine, insuffisante pour être mortelle, sont uniquement prolongés par l'ablation des capsules pendant la torpeur due à l'intoxication.

D'autres auteurs ont d'ailleurs démontré que les capsules étaient un organe de résistance à la fatigue et de lutte contre tous les produits de désassimilation, et non pas exclusivement contre la neurine.

Telle est la conclusion que tirent de leurs expériences Abelous et Langlois, dans un travail publié dans les *Archives de physiologie*. Ces expériences ont été faites sur la grenouille parce que cet animal, non encore mis en expérience, supporte très bien les traumatismes.

Après avoir rappelé des expériences que nous avons mentionnées et où ils montrent la mort survenant par l'ablation des deux capsules, ils discutent le mécanisme de cette mort d'après les phénomènes observés. Tout d'abord, ils répondent à deux objections nées de la théorie du shock et de la théorie rénale que soutient Boinet.

La mort est bien le résultat de la suppression d'organes importants, car tous les troubles observés sont tardifs, ils sont encore plus tardifs lorsque l'opération respecte une minime partie de la glande, opération pourtant plus grave que l'ablation totale. Comment l'inhibition serait-elle supprimée par la greffe sous-cutanée?

Quant à la théorie rénale, il suffit de faire remarquer que la miction se fait très bien après l'ablation des deux capsules, que des cautérisations et ablations partielles de reins sont supportées aisément par la grenouille.

La théorie de l'intoxication du sang à la suite de l'ablation des capsules est démontrée par ce fait que le sang d'une grenouille paralysée et mourante à la suite de la suppression des capsules est toxique pour une grenouille récemment opérée, et amène même des accidents, passagers il est vrai, si on l'injecte à une grenouille saine.

Le passage dans le sang de substances paralysantes se

démontre encore par ce fait : si après avoir, comme dans la célèbre expérience de Claude Bernard, séparé le sciatique, on lie fortement la cuisse d'une grenouille à l'agonie, on obtient une suppression de la mobilité générale, avec intégrité du membre soustrait à l'action de la toxine qui circule dans le reste du corps.

L'analogie avec le curare se retrouve encore dans ce fait, que les muscles paralysés se contractent sous l'influence d'un courant faradique, qui reste sans action si on le fait agir sur leurs nerfs.

Bien qu'Abelous et Langlois aient hésité à cette époque, malgré l'analogie des résultats obtenus chez les mammifères à affirmer cette doctrine, il semble donc établi que les capsules surrénales luttent contre la désassimilation des tissus, et les toxines produites par le jeu des muscles. C'est, du reste, à cette conclusion qu'on est amené par l'étude des phénomènes paralytiques amenant la mort dans les ablations totales des capsules.

Rappelons aussi que les grenouilles acapsulées se fatiguent plus vite que les grenouilles normales ayant subi de graves opérations sans capsulectomie (Abelous); que les effets d'injection de sang d'animaux fatigués ou acapsulés amènent les mêmes résultats qu'Albanèse. M. Zucco et Papino ont conclu également à une auto-curarisation après l'ablation des deux glandes. *(A suivre.)*

DE L'EMPLOI DE LA THÉOBROMINE

DANS L'ASYSTOLIE DES VIEILLARDS

Par M. le docteur Édouard BARONAKI.

Dans l'asystolie des vieillards on ne peut espérer rendre leur tonicité au myocarde, ni aux parois artérielles. L'échec des médicaments dits cardiaques est certain (digitale, digitaline, strophantus, caféine). Il faut agir au plus vite et prévenir les symptômes d'intoxication qui surviennent plus rapidement chez le vieillard que chez l'adulte asystolique.

La théobromine est le médicament de choix. Elle amène rapidement une diurèse de 4, 5 et 6 litres, et prévient les phénomènes d'intoxication.

Cette forte diurèse théobromique s'obtient surtout dans l'asystolie chronique, qui s'observe si fréquemment chez le vieillard et qui s'accompagne d'œdèmes, d'anasarque, d'ascite.

Dans les formes pulmonaire ou hépatique de l'asystolie, la théobromine semble n'avoir plus la même action diurétique.

La diurèse s'établit dès le soir même de l'administration du médicament; plus souvent le lendemain.

La quantité des urines rendues est de 4, 5 et 6 litres en vingt-quatre heures.

Cette forte diurèse amène un mieux sensible dans l'état du vieillard asystolique. Les phénomènes d'urémie disparaissent rapidement. La respiration est meilleure. Le malade cesse d'être en danger pour quelque temps.

Les fortes diurèses théobromiques s'observent surtout quand l'emploi de la théobromine a été précédé de celui de la digitale.

La théobromine seule ne produit aucun résultat.

La digitale seule ne donne rien. C'est l'association des deux, la digitale ouvrant la voie, qui donne les meilleurs résultats.

L'association de la théobromine avec la caféine ou avec le salicylate de soude n'a pas donné de plus fortes diurèses que la théobromine seule.

Après une saignée ou l'application de mouchetures, la théobromine semble récupérer ses propriétés diurétiques.

La théobromine est le médicament des fortes diurèses (4, 5, 6 litres), et pour les obtenir, la dose de 3 grammes nous semble nécessaire.

Avec 2 grammes, pas d'effet diurétique appréciable ; avec 4 ou 5 grammes, la quantité d'urine n'est pas augmentée.

Il n'est pas bon de maintenir longtemps les fortes diurèses théobromiques; une fois les phénomènes d'intoxication disparus, cesser la théobromine, donner de l'iodure. Si les accidents reparaissent, suivre la même marche.

L'auteur a noté, comme inconvénients de l'usage longtemps prolongé de la théobromine, des vomissements, des nausées, des vertiges, des phénomènes d'excitation. Ces inconvénients se retrouvent, mais à un plus haut degré, avec la caféine.

Il a noté également l'augmentation de la quantité d'albumine dans l'urine.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la toux chez les phtisiques (ROLLAND).

Bromoforme.		xxx gouttes.
Alcool.		10 grammes.
Sirop d'ipécacuanha . .	} *ââ*	100 —
— thébaïque. . . .		
— de laurier-cerise.		

M. D. S. — A prendre tous les jours trois à quatre cuillerées à soupe dans l'intervalle des repas.

N. B. — Le liquide ne sera limpide que si les parties constituantes sont mélangées exactement dans l'ordre susindiqué. *(Journ. de méd. de Paris.)*

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de bactériologie clinique (1), par R. WURTZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

La rapidité avec laquelle la première édition de cet ouvrage a été épuisée prouve qu'il a pu rendre quelques services à ceux qui désirent mettre à profit les méthodes nouvelles, introduites en médecine par la bactériologie. La seconde édition qui paraît aujourd'hui a été rigoureusement mise au courant des travaux les plus récents, et contient notamment des chapitres nouveaux sur la peste à bubons, l'actinomycose, l'aspergillose, le muguet, la pelade, etc. Le Précis de bactériologie clinique est divisé en trois parties : la première comprend la description du matériel et des méthodes à employer pour prélever les produits pathologiques ainsi que l'étude du sang et du pus. La seconde partie est consacrée aux manifestations locales des maladies infectieuses et à leur bactériologie ; enfin, dans la troisième, l'auteur étudie la bactériologie générale des maladies microbiennes, qu'il a divisées en maladies infectieuses dont le microbe pathogène est admis sans conteste et en maladies infectieuses ou présumées telles, dont l'agent causal est encore inconnu ou douteux.

(1) 2e édit. In-16. Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le traitement du mal de Pott (1), par le docteur A. Chipault, de Paris (N° 2 de l'*Œuvre médico-chirurgicale*).

Ce fascicule, le deuxième numéro de la collection de l'« Œuvre médico-chirurgicale », expose les règles que tout chirurgien prudent, mais renseigné doit strictement suivre dans le traitement du mal de Pott et de ses complications.

Le docteur Chipault, inventeur de la méthode thérapeutique qui a causé une si grande sensation dans le monde médical, étudie avec une clarté vraiment remarquable : 1° le traitement des cas où la lésion vertébrale constitue à elle seule toute la symptomatologie ; 2° le traitement des cas où cette lésion vertébrale s'accompagne de complications : paraplégie ou abcès froid. Il décrit avec un grand luxe de détails tous les appareils et interventions sanglantes qui doivent réaliser la base de tout traitement essentiel de la tuberculose vertébrale, c'est-à-dire l'immobilisation du malade. Les ligatures apophysaires et la réduction, sous chloroforme, de la gibbosité, méthodes que Chipault revendique énergiquement comme siennes, sont traitées d'une manière approfondie et surtout très compétente.

Les récentes discussions de la Société de chirurgie sur la réduction de la gibbosité soulevées par les travaux de Chipault prêtent à ce fascicule un intérêt tout particulier.

Vade mecum de posologie et de thérapeutique infantiles appliquées (2), par le docteur H. Dauchez, ancien chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants-Malades, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le travail que vient de faire paraître le docteur H. Dauchez rendra, nous l'espérons, les plus grands services au praticien, par son plan, par son format et par la nouveauté des substances médicamenteuses introduites dans son cadre.

Une courte préface, dans laquelle l'auteur rappelle le choix des médications chez l'enfant, énumère les médicaments dangereux (sirops, teintures, alcaloïdes), indique le poids des cuillerées et des gouttes, recommande les médications externes (frictions, fumigations, inhalations) faites à l'insu de l'enfant, enfin compare l'activité des alcoolatures, teintures et vins médicinaux, précède la liste alphabétique de plus de deux cents médicaments usuels ou nouveaux (benzonaphtol, convallaria, euvonymine, glycérophosphates, hammamelis, hydrastinine, jaborandi, acide picrique, pyridine, sulfonal, etc.).

L'ordre alphabétique des substances actives est scrupuleusement observé dans ces tableaux indiquant, pour chaque médicament, la forme médicamenteuse la plus courante (teinture, extrait, acide, poudre, sirops). La dose par année d'âge (Ex. : Sulfonal, 20 centigrammes par année d'âge au-dessus de cinq ans. — Liq. de Van Swieten, xx gouttes à doses réfractées [1 milligramme sublimé] au-dessus d'un an). Enfin, dans une troisième colonne, l'auteur a noté les véhicules (miel, confitures, jus d'oranges, lait, sirops ou potions) faciles à improviser par le médecin pressé ou par le médecin de campagne.

L'indication symptomatique (arythmie cardiaque, névroses des cardiaques, insomnies, etc.), complète chaque article de ces tableaux posologiques.

Le docteur Dauchez a obtenu de la Société des éditions scientifiques le format du carnet de trousse, pour permettre à ses lecteurs peu familiarisés avec la thérapeutique infantile de conserver ce précieux « Vade mecum » sur eux sans peine ni fatigue.

En thérapeute prudent, l'auteur signale sans les doser les substances trop toxiques, dangereuses, recommandant ainsi l'abstention formelle. Aux médicaments actifs, il indique les doses maxima. Pour celles-ci, en particulier, il conseille les doses faibles.

Il est difficile de documenter davantage un vade-mecum qui résume et complète (206 médicaments) le formulaire précédemment édité par le docteur Dauchez.

(1) Broch, in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.
(2) Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897

26. M. Jacquemin. De certains grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde. — 27. M. Danis. De l'influence de la glande thyroïde sur le développement du squelette. — 28. M. Thollon. Du sarcome actinomycosique (actinomycose néoplasique), forme cervico-faciale. — 29. M. Bierer. Contagion de la coqueluche. — 30. M. Théaulon. Les conditions pathogéniques de l'œdème et sa physiologie pathologique. — 31. M. Seguineau. Contribution à l'étude de l'influence des fibromes de l'utérus sur l'accouchement. — 32. M. Bérard. Contribution à l'anatomie et à la chirurgie du goitre. Parallèle entre la thyroïdectomie partielle, les énucléations et l'exothyropexie. — 33. M. Bertelé. Des kystes hydatiques des muscles de la face. — 34. M. Le Bihan. Cardiectasie aiguë dans les accès de paludisme. — 35. M. Calais. L'airol, son emploi en thérapeutique, surtout dans le traitement des ulcères variqueux. — 36. M. Masson. De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. — 37. M. Bondriat. Des ulcérations artérielles dans les ostéomyélites. — 38. M. Cassan. Du rétrécissement mitral ancien masqué par la myocardite interstitielle diagnostiqué par la palpation. — 39. M. Juvanon. Contribution à l'étude des angiomes parostaux et périostiques. — 40. M. Bourcier. Essai sur la micrométrie du fond de l'œil. — 41. M. Guignot. Des pseudo-actinomycoses ; nouvelle mycose à grains jaunes. — 42. M. Rabuson. Des tumeurs blanches consécutives aux tubercules des parties molles juxta-synoviales. — 43. M. Duméry. Du zona ophtalmique et de ses manifestations graves. — 44. M. Baills. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la méningite tuberculeuse ; ponction lombaire suivie de l'injection d'air stérilisé.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir l'épreuve orale d'admissibilité du concours d'admission à l'École du service de santé militaire de Lyon.

MM. Alayrac, Alphand, Armeilla, Arrault, Aversenq. — Baffet, Bailliart, Bargy, Bastide, Battez, Baurrier, Belgodère, Benoit, Bertrand (Lucien-Gustave), Bertrand (Lucien-Jean), Besnier, Besson, Boigey, Bonnet, Borderies, Bordet, Borie, Bourguet, Bourlier, Boutin, Bresselle, Brionval, Bruas. — Cahuzac, Cardot, Cariès, Carret, Casaux, Castéret, Caujole, Célérier, Cenet, Champeaux, Chapellier, Charbonniaud, Chavanne, Chevalier (Georges-Stéphan-Marie-Yves-Joseph-Willem), Chevalier (Raoul-Henri), Chrétien, Clément, Colineau, Comte, Cormier, Cornet, Cortez.

Degris, Delacourt, Delmas, Demanneville, Desdouits, Dodier, Dreyfus (Lucien), Dreyfus (Achille-Abraham), Dubois, Dugast, Dumoulin, Durand, Dusserre, Duvau. — Erlanger, Escher, Escluse, Evrard. — Fau, Feldmuller, Ferron, Fontagné, Frizac. — Gailhard, Garnier, de Gaulejac, Goepfert, Gomma, Grenier, Grosjean, Guérin, Guerrier, Guilhaumon, Guillon. — Haméon, Henry, Herscher, Heuls, Houpert. — Joly, Jouve, Julien-Laferrière, Jullien. — De Kermabon, Knoll.

Labat, Labelle, Lajoux, Lannaux, Lantiéri, Lionnard, Louis. — Maitre, Manaud, Mandoul, Manuel, Marcailhou d'Ayméric, Marchetti, Marland, Marty, Massol, Mayrac, Métoz, Michel,

Miécamp, Millet. — Nicolle, Notin. — Pasteur, Pelloux, Petit, Picaud, Pichon, Piétrement, Poissonnier, Pons, Pourtoy, Poutet, Prat. — Rinn, Rivault, Roualet, Roudié. — Santini, Sibille. — Taillasson, Taillefer, Téchoueyres, Testart, Troller. — Vennat. — Zerlaut.

Les candidats auront à se rendre, à la date fixée pour les épreuves orales, dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aujourd'hui mardi 27 juillet 1897, à onze heures très précises, sera célébré, en l'église Saint-Germain-des-Prés, un service de bout de l'an pour le repos de l'âme de M. le docteur Armand-Eugène Desprès, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité.

— Le concours pour deux places de chirurgiens des hôpitaux de Paris, s'est terminé par la nomination de MM. Thiéry et Guillemain.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 juillet 1897, le programme du concours pour les fonctions de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de l'Université de Paris est composé de la manière suivante :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie. Trois heures sont accordées pour cette épreuve, qui a lieu sous la surveillance d'un membre du jury; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé;

2° Une leçon de trois quarts d'heure sur un sujet d'anatomie, après trois heures de préparation, sous la surveillance d'un membre du jury, sans aucun secours étranger;

3° Épreuves pratiques : *a.* Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Cinq heures sont accordées pour cette préparation; *b.* une préparation de pièces destinées à être conservées. Cette préparation a lieu dans un délai fixé par le jury et qui ne doit pas dépasser six semaines;

4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

— Le « Journal officiel » du dimanche 25 juillet 1897 contient plusieurs décrets concernant les universités : 1° décret portant règlement pour le conseil des universités; 2° décret relatif au régime scolaire et disciplinaire des universités; 3° décret portant règlement d'administration publique pour l'acceptation des fonds et legs faits en faveur des universités, des facultés et écoles d'enseignement supérieur; 4° décret portant règlement d'administration publique sur le régime financier et la comptabilité des universités; 5° décret portant règlement d'administration publique sur le régime financier et la comptabilité des facultés.

— Des membres de l'Association générale des étudiants de Paris, pourvus de 16 inscriptions, demandent des remplacements à Paris ou en province. — S'adresser à l'Association, 41-43, rue des Écoles.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Apollinaris

"LA REINE DES EAUX DE TABLE."

"Le bel idéal d'une eau minérale de table gazeuse naturelle."

"Sa pureté et sa richesse d'acide carbonique naturel, ainsi que son goût velouté, lui valent une position prééminente parmi ses rivales."—"JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS."

DRAGÉES
de Proto-iodure de Fer inaltérable
DE
F. GILLE
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX
CI-DEVANT PHARMACIEN 56, RUE DE SÈVRES, PARIS

Entrepôt G^{al} : 45, Rue Vauvilliers, Paris.
DÉPOT DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

Anémie
Chlorose
Lymphatisme
Scrofule
Syphilis.

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les Signatures : Ch. Le Perdriel — Reboulleau

Veuillez les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

LE PERDRIEL et Cie, PARIS

CAPSULES — SOLUTIONS

GAIACOL IODOFORMÉ
GAIACOL EUCALYPTOL IODOFORMÉ

ANTISEPTIQUES PRÉCIEUX
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

SÉRAFON

dans les **BRONCHITES** aiguës et **chroniques**, la **Dilatation des Bronches** et la **Bronchorrée** les **CAPSULES SÉRAFON** *amènent la Guérison, Dessèchent les Bronches et font disparaître la Fétidité des Crachats.*

dans la **TUBERCULOSE PULMONAIRE** et la **Pleurésie** d'origine Tuberculeuse les **SOLUTIONS SÉRAFON**, en Injections hypodermiques, *arrêtent sûrement l'évolution de la maladie et peuvent amener la Guérison au 1er et 2e degré.*

Pharm. SÉRAFON, Bordeaux et toutes Pharm. — Gros : M^{on} ADRIAN et Cie, 9, Rue de la Perle, Paris.

HÉMORRHAGIES — LYMPHATISME

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

ANÉMIE — CHLOROSE

Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.
Le Flacon : 4 francs.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatharrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées par jour. Boul. Haussmann, 41, Paris et Pharm.

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.



CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE-ROYA
Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
Pharm. LACHARTRE
19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

SANTAL SAVARESSE

en capsules anglaises de MEMBRANE ORGANIQUE.

Ces capsules se dissolvent dans les **intestin**s sans nausées ni troubles digestifs.

EVANS LESCHER ET WEBB, LONDRES.

Paris : BÉRAL, ph^{ien}, r. de la Paix ; MARCHAND, r. Grenier-St-Lazare ; CONOR, r. Barbette, et ph^{ies}.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il est actuellement bien difficile de se faire une opinion sur la valeur des traitements chirurgicaux proposés contre le goitre exophtalmique, surtout après les deux communications que nous venons d'entendre, sur ce sujet, à l'Académie : Il n'y a qu'un seul traitement du goitre exophtalmique, dit M. Doyen, c'est l'ablation du corps thyroïde, opération des plus simples, des moins dangereuses et des plus faciles, qu'on doit faire en dix minutes, sans aucun souci d'hémostase préventive. L'opéré restera deux ou trois jours au lit, et tout sera dit. Quant à la résection du sympathique cervical, ajoute M. Doyen, c'est une opération dangereuse, inutile et inefficace. Il en est de cette opération comme de la ligature des vaisseaux à distance dans les anévrysmes, ou comme la castration tubo-ovarienne dans les tumeurs fibreuses, cela ne vaut rien.

Presque tous les chirurgiens reconnaissent aujourd'hui, disent au contraire MM. Poncet et Jaboulay, que toutes les interventions directes sur le corps thyroïde, dans le goitre exophtalmique, sont des opérations dangereuses et qui ne donnent pas toujours de bons résultats. Bien supérieure est incontestablement la résection du sympathique cervical, opération bénigne et dont les résultats sont des plus encourageants, ainsi que le prouvent les faits de MM. Jaboulay, Faure, G. Marchant, Reclus et Abadie.

Si l'habileté bien connue de M. Doyen et ses heureuses audaces sont de nature à nous entraîner dans la voie du progrès au point de ne plus connaître d'opérations difficiles ou dangereuses, la compétence de M. Poncet en matière de traitement chirurgical du goitre exophtalmique a lieu de nous faire réfléchir et a bien des chances de rallier l'opinion des chirurgiens sages, prudents et soucieux, avant tout, de la vie de leurs malades. La discussion n'en restera pas là et nous entendrons encore parler à l'Académie du goitre exophtalmique et de son traitement chirurgical.

Dans l'une des deux observations présentées par M. Doyen à l'appui de sa thèse, il est un fait bien démonstratif au point de vue de l'influence de la thyroïde sur les accidents de la maladie de Basedow : l'une de ses opérées, débarrassée de son corps thyroïde et guérie de ses accidents, eut l'idée de prendre des pilules d'extrait thyroïdien. Aussitôt la voilà reprise de ses accidents. On cesse les pilules, et ceux-ci disparaissent de nouveau. C'est bien le cas de rappeler le vieux proverbe : *Naturam morborum ostendunt curationes*.

M. Nocard a fait connaître les résultats obtenus en médecine vétérinaire par les injections de sérum antitétanique. Ces résultats sont vraiment des plus probants : partout où régnait le tétanos, l'emploi systématique de ces injections faites préventivement l'a fait complètement disparaître. Toutes les opérations courantes de la pratique vétérinaire, qui exposaient autrefois les animaux au tétanos, sont devenues aujourd'hui tout à fait inoffensives, si l'on a soin de faire à ces animaux des injections de sérum antitétanique. Enfin, si chaque fois qu'un animal a subi un traumatisme accidentel on lui injecte le sérum, il n'a plus jamais le tétanos ou il ne l'a que très atténué. Ces faits parlent d'eux-mêmes, l'action certainement préventive et même, dans une certaine mesure, curative du sérum antitétanique de l'Institut Pasteur, n'est plus à démontrer.

M. Delagenière (du Mans) a décrit une nouvelle opération qu'il a pratiquée avec succès, sur une malade; il s'agissait d'un ulcère de l'estomac ayant amené la perforation de l'organe et son adhérence au diaphragme. M. Delagenière détacha, avec l'organe accolé, une portion du muscle adhérent au niveau de la perforation, refoula dans l'estomac la partie malade avec cette portion de muscle détaché et ferma par trois points de suture cette invagination. Voilà donc encore une maladie, l'ulcère de l'estomac, qui va passer du domaine de la médecine dans celui de la chirurgie. Pour peu que cela continue, le rôle du médecin se bornera à poser les indications de l'intervention chirurgicale.

L'Académie a nommé deux membres correspondants étrangers : M. le professeur Maurice Benedickt (de Vienne) et M. de Mierzejewosky (de Saint-Pétersbourg).

HOTEL-DIEU DE LYON.

Le traitement du goitre exophtalmique par la section ou la résection du sympathique cervical.

Par M. Jaboulay (de Lyon).

Les insuccès des opérations dirigées sur le corps thyroïde dans la maladie de Basedow, m'ont amené à agir sur le sympathique cervical. Une jeune malade que j'avais pu

suivre dans le service de M. le professeur Poncet, dès 1893, et que j'avais à cette époque exothyropexiée, m'avait démontré l'inutilité et l'inefficacité des interventions thyroïdiennes. Imbu des idées courantes qui subordonnaient la triade symptomatique à la perversion de la sécrétion du corps thyroïde, j'avais luxé celui-ci au dehors, puis exposé à l'air à deux reprises consécutives. Un an après, je devais pratiquer la thyroïdectomie du lobe droit; au bout de quelques mois celle du lobe gauche; et ma malade, à qui il ne restait que le lobe médian, hypertrophié, il est vrai, n'était pas guérie : les palpitations, le tremblement persistaient, sans compter l'exophtalmie qui jamais n'avait rétrocédé. En réfléchissant alors à ce que pouvait être la maladie de Basedow, il me parut manifeste que celle-ci « offrait, au moins pour deux de ses symptômes cardinaux, l'exophtalmie et les palpitations, le tableau d'une excitation intense du sympathique cervical ». Aussi je résolus de sectionner ce nerf sur ma malade. Je pratiquai cette section entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion cervical moyen. Cette première opération a été relatée il y a dix-huit mois (1). Personne à cette époque n'en avait conçu l'idée. Il faudra attendre que je publie un second fait de ce genre (2), qu'un de mes internes insiste sur un troisième cas de section du sympathique cervical (3), que la Société de médecine de Lyon se livre à ce sujet à une longue discussion (4), et qu'une thèse (5) soit écrite sur ce mode de traitement, pour que l'opinion s'éveille. L'idée que j'avais émise, les faits qui en avaient été la conséquence, ont entraîné la conviction. D'une part, on s'occupe des explications qu'on pourrait donner au résultat que j'ai obtenu, et M. Abadie au Congrès de chirurgie de 1896 renouvelle la théorie déjà ancienne émise par Rosenthal, de l'excitation des vaso-dilatateurs du grand sympathique dans le goitre exophtalmique; d'autre part, et surtout les chirurgiens imitent ma conduite, et ne craignent pas de sectionner ou de réséquer la portion cervicale du nerf de la vie végétative. J'ai ainsi opéré neuf femmes atteintes de goitre exophtalmique; six de ces observations ont été publiées (6); il en est trois récentes qui sont inédites. Avec l'observation de M. P. Reclus, celle de MM. Gérard-Marchant et Abadie, celle de MM. Chauffard et Quénu, les deux cas enfin de M. Jonnesco, le total des sections ou des résections du sympathique cervical pour la maladie de Basedow est aujourd'hui de quatorze. Je tiens à faire remarquer de suite que cette opération a été simple et sans danger, qu'elle a été suivie d'une constante amélioration; et je le demande, si l'on eût traité ces quatorze malades par la thyroïdectomie partielle qui a eu jusqu'ici toutes les faveurs, combien d'entre eux n'auraient pas succombé à l'intervention?

Qu'il nous soit permis de dire que j'ai constaté sur mes malades, même à une date éloignée : la diminution de l'exophtalmie, du goitre et des palpitations, et, si l'un des trois symptômes cardinaux a paru avoir de la tendance à revenir, j'ai eu aussi de véritables guérisons. Il n'est pas jusqu'au caractère, à l'impressionnabilité, et à l'état général, qui n'aient subi une heureuse influence de cette opération. Parmi les améliorations locales, il en est une sur laquelle j'ai insisté spécialement (1), c'est l'amélioration de la vision éloignée, qui a été particulièrement sensible chez les malades que le goitre exophtalmique avait rendues myopes.

En tout cas, cette opération n'a jamais eu d'influences fâcheuses, elle n'a produit aucun trouble trophique, aucune altération d'organes ou de tissus, et pour ce qui est de l'organe de la vision, j'ai pu constater toujours l'intégrité de la puissance de l'accommodation.

Ceci étant dit, je voudrais insister sur quelques points spéciaux de la question comme les cas bizarres ou anormaux, les indications de l'opération, et son mode d'action.

Il m'a semblé que les résultats étaient meilleurs chez les personnes âgées que chez les jeunes filles : les premières voyaient l'exophtalmie, le goitre, et les palpitations rétrocéder plus vite, plus complètement et d'une façon plus définitive que les malades plus jeunes. Cette question d'âge me paraît tenir à un état physiologique des systèmes modérateur et accélérateur du cœur, différant suivant la période de la vie où on les considère parallèlement. Ainsi, le système accélérateur est particulièrement prépondérant dans le jeune âge; les physiologistes disent que, si l'on excite le pneumogastrique chez les animaux nouveau-nés, on constate que la fonction modératrice du cœur, qui emprunte la voie de ce nerf, existe à peine. Cette donnée physiologique est d'ailleurs en parfait accord avec les différences, constatables aux âges extrêmes, du nombre des pulsations cardiaques. Or, il existe dans l'épaisseur du pneumo-gastrique des fibres sympathiques qui font partie du système accélérateur du cœur; il en existe aussi dans la trame du trijumeau qui se rendent à l'appareil oculaire; la section ou la résection du sympathique cervical laisse donc subsister ces courants qui, dans le jeune âge et chez les jeunes sujets, peuvent être encore assez considérables pour suppléer en partie la force principale et habituelle supprimée par l'opération. L'explication de ce fait que nos meilleurs résultats ont été obtenus chez les femmes âgées, réside donc peut-être dans la diminution fonctionnelle progressive du système du grand sympathique sous l'influence de l'âge et de l'évolution.

Mais comment expliquer que la section du sympathique cervical, régulièrement pratiquée, puisse n'être accompagnée que de phénomènes atténués peu marqués? C'est qu'il existe des anomalies anatomiques. On voit quelquefois deux cordons relier le ganglion cervical supérieur au ganglion cervical moyen. Ainsi se comprend la diminution des effets que l'on constate habituellement, au cas où l'on n'aurait coupé ou réséqué qu'un seul de ces connectifs. De même, le ganglion cervical supérieur peut être bifide; et ce serait encore la moitié des effets ordinaires de la section qui se produirait et que l'on constaterait après l'extirpation de l'une de ses moitiés. Aussi, je ne crains pas de dire : en face d'un résultat thérapeutique insuffisant, en face d'une récidive, il faut recommencer l'opération, soit pour chercher une anomalie qui est possible et qui a pu échapper à l'opérateur, soit pour sectionner le sympathique encore plus haut. Je considérerais comme une indication à une nouvelle intervention, la dilatation pupillaire se produisant deux ou trois jours après l'opération, chez un malade qui ne serait pas trop fortement myope ou hystérique, ni asservi à des habitudes d'onanisme. Mais je n'aimerais guère opérer un ma-

(1) *Lyon méd.*, mars 1896.
(2) *Lyon méd.*, mai 1896.
(3) *Lyon méd.*, juillet 1896.
(4) Séance de juillet 1896.
(5) Ahmed-Hussen. Th. de Lyon, juillet 1896.
(6) Vignard. *Bull. méd.*, fév. 1897.

(1) Jaboulay. *Lyon méd.*, mai 1897.

lade franchement hystérique, parce qu'il est justiciable d'une autre thérapeutique. Car il est nécessaire de préciser les indications de cette opération ; il faut la réserver à certain cas, cela lui est commun avec toutes les interventions possibles. Il faut opérer les cas graves, rebelles aux méthodes médicales et à l'hydrothérapie, et principalement les femmes, qui s'accompagnent d'une forte exophtalmie. Il me reste à dire comment agit cette opération.

Celle-ci réalise le traitement symptomatique et peut-être aussi, dans une certaine mesure, le traitement de la cause. Ce qu'est au juste la maladie de Basedow, on l'ignore ; elle est d'ailleurs variable dans son expression symptomatique ; par exemple, la forme sans goitre à côté de la forme avec goitre. La maladie est-elle dans les centres nerveux, dans la thyroïde, dans le sympathique ; elle peut être, suivant les cas, dans l'un ou l'autre de ces appareils ; mais, quel que soit son siège, elle emprunte la voie du sympathique cervical pour manifester ses effets au loin ; l'excitation du sympathique cervical paraît bien être en jeu, bien que souvent il manque au tableau de cette excitation, la dilatation de la pupille. Dès lors, en supprimant ce conducteur, emprunté par la maladie pour produire ses symptômes oculaires, cardiaques et thyroïdiens, les phénomènes objectifs du goitre exophtalmique cessent, ou tout au moins s'atténuent. On constate, entre autres phénomènes, après la section du sympathique cervical, la vaso-dilatation de la conjonctive oculaire qui dure quelques jours, et en même temps, le recul de l'œil et la diminution de l'exorbitisme. C'est pourquoi je crains bien, pour la théorie de Rosenthal et d'Abadie qui subordonne l'exophtalmie à la dilatation des vaisseaux rétro-oculaires, qu'elle ne soit inexacte, du moins en ce qui concerne les phénomènes oculaires ; puisque la section du sympathique cervical produit la vaso-dilatation dans le territoire de l'orbite ophtalmique, et que, *malgré cette vaso-dilatation*, en même temps qu'elle, l'exophtalmie diminue. La diminution de l'exorbitisme tient en effet à un phénomène musculaire, elle est due à la paralysie du muscle lisse orbitaire interne, et n'est pas plus un phénomène vaso-moteur que le resserrement pupillaire.

Mais la section du sympathique cervical a encore une influence qui peut devenir curatrice : elle modifie, en effet, la circulation encéphalique et la circulation bulbaire, et c'est pour cela que des changements dans des sphères et des appareils éloignés de la tête et du cou, ainsi que des modifications d'ordre général ont été obtenus.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (1)

Par le docteur J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

Le diagnostic était exact. Les internes qui m'assistaient et qui avaient parfaitement observé la malade, moi-même, étions convaincus de la réalité d'une perforation de l'estomac à la suite d'ulcère rond. J'ouvre le ventre en bonne place, au point douloureux, au-dessus de l'ombilic, juste sur l'estomac, et, le ventre ouvert, l'estomac lui-même vient faire saillie dans la plaie. Mais c'était un estomac absolument distendu par les gaz, si distendu qu'il menaçait de s'échapper au dehors et que je ne pouvais le maintenir qu'en appuyant fortement sur lui.

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 815

Avec cela le péritoine était absolument sain. Dans ces conditions, je prétends qu'il était impossible de maintenir avec quelque apparence de raison et de sens commun le diagnostic de perforation gastrique. Il ne m'était pas possible d'admettre d'abord qu'une perforation se fût faite sans que le péritoine eût été souillé, ensuite et surtout qu'un estomac perforé pût être à ce point distendu. Cela ne se pouvait concevoir qu'avec un estomac fermé et bien fermé.

Convaincu que je m'étais trompé, je refermai le ventre, sans savoir d'ailleurs à quoi pouvoir attribuer les accidents sérieux que présentait cette malade. Un instant, à cause même de la distension de l'estomac et des intestins, j'avais songé à une occlusion intestinale, diagnostic que je rejetai immédiatement, parce que la malade n'avait pas vomi et qu'il n'y a guère d'occlusion sans vomissements. J'allai même jusqu'à discuter, avec les internes, l'hypothèse d'un empoisonnement !

Et tout cela pour constater quinze jours plus tard qu'il s'agissait bien d'un ulcère rond perforé, mais sans doute momentanément oblitéré par des adhérences, ulcère rond que j'aurais peut-être trouvé en le cherchant avec patience. Mais bien qu'ayant ouvert le ventre dans ce but, je ne le cherchai point, parce que je ne *pouvais* pas le chercher, parce que je ne *devais* pas le chercher, les signes que j'avais sous les yeux étant absolument incompatibles avec toute perforation.

Voilà donc encore une observation bien faite pour dérouter l'observateur le plus attentif. Il en faut du moins retenir ce fait que, malgré les apparences contraires, cet ulcère rond existait et existait bien et que, par conséquent, au moins sous ce rapport, la douleur n'est pas un vain mot.

Obs. XVIII. — *Occlusion intestinale par bride pelvienne. Laparotomie. Mort.* — T... (Adèle), trente-deux ans, opérée le 18 avril 1897, à l'hôpital Beaujon.

Le 12 avril, à neuf heures du soir, douleur vive dans le ventre, puis vomissements bilieux pendant deux jours.

Le 15, vomissements fécaloïdes se continuant le 16 et le 17. Pendant tout ce temps, arrêt complet des matières et des gaz.

Elle entre à l'hôpital dans la matinée du 17. Facies mauvais. État général sérieux. Les vomissements ont cessé, mais la malade a des hoquets. Des purgatifs, deux lavements électriques sont administrés sans effet. Dans la soirée le ventre se ballonne, le pouls faiblit. Lucidité intellectuelle complète.

Le 19, à une heure du matin, je suis appelé auprès de la malade. Les anses intestinales se dessinent sous la paroi. Ventre un peu ballonné, mais assez souple, douleur péri-ombilicale, matité hypogastrique, pouls 120.

Chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale, péritoine sain, anses très dilatées. J'explore immédiatement la fosse iliaque droite : l'appendice est sain, le cæcum est vide. L'extrémité de l'iléon, également vide, semble plonger dans le petit bassin, disparaître derrière le mésentère et présenter un volvulus. C'est une simple apparence. Le doigt pénétrant dans le petit bassin en accompagnant l'iléon, charge une bride pelvienne qui vient de la profondeur, en un point difficile à préciser, et étrangle complètement l'intestin. La bride est sectionnée. La communication se rétablit immédiatement et le cæcum se dilate sous l'action des gaz.

Le ventre est refermé par une suture à un étage. Durée de l'opération, dix minutes ; 500 grammes de sérum en injection sous-cutanée. La malade se réchauffe et son pouls se relève.

Le 19 au matin, 37 degrés, pouls 100, ventre souple, selles

abondantes, plus de nausées, facies bon. Le soir 37°3, nouvelle garde-robe, pouls 104, plus fort. Langue moins sèche. État général meilleur, 600 grammes de sérum.

Le 20. Nuit agitée, pouls à 120, température 37°2. La malade ne souffre pas du ventre. Elle a encore été à la selle pendant la nuit. Le soir 37°4, pouls 104. La malade est faible, cependant son état général est assez bon.

Le soir, à dix heures, sa famille l'emmène, malgré les représentations énergiques des internes et du directeur. On l'assied dans un fiacre et on l'emporte. Elle meurt pendant le trajet!

Il est fort probable que, sans la criminelle et stupide inconscience de ses parents, qui, quarante-huit heures après une laparotomie, ont emporté, assise dans un fiacre, une malheureuse épuisée et presque syncopale, cette malade aurait guéri. L'opération, très rapide, ne l'avait pas fatiguée, son état général était bon, l'infection était nulle. Cette malade n'avait contre elle que son état d'épuisement au moment de l'opération et la sottise de ses parents. Elle avait échappé à l'un mais n'a pu résister à l'autre. (*A suivre.*)

SUR LA DURÉE
DE LA CONTAGIOSITÉ DE LA FIÈVRE SCARLATINE

Par M. le docteur F. Borel.

Cette question intéresse tous les praticiens, souvent consultés à ce sujet; aussi croyons-nous devoir donner les conclusions de la thèse du docteur Borel.

Le retour d'un malade, isolé pendant quarante jours et plus, dans un service d'hôpital, peut être suivi de l'apparition, à brève échéance, de cas de scarlatine évidemment imputables à la contagion; les Anglais les désignent sous le nom expressif de « return cases ».

On a pu trouver 6 cas de ce genre sur les 500 malades hospitalisés à Trousseau en 1896; la proportion serait plus élevée dans les autres statistiques et s'élèverait à 3 p. 100.

On admet généralement que le contage de la scarlatine se trouve surtout sur les squames, et les principales mesures prophylactiques visent la possibilité de transmission par celles-ci, ainsi que par les vêtements et objets qui ont été en contact avec les malades. La desquamation étant terminée, dans nos cas, on ne peut admettre la contagion par les squames, pour ceux-ci. M. Borel pense, avec divers auteurs, que le contage peut être recélé aussi par les sécrétions bucco-pharyngées et nasales, ainsi que par le pus et les urines.

Pour être à l'abri, dans la mesure du possible, de cas de transmission de l'ordre de ceux qui sont visés, il conviendra de prolonger l'isolement des convalescents pendant au moins cinquante jours, et d'augmenter encore cette durée lorsqu'il s'agira de sujets qui conserveront quelques-unes des complications de la scarlatine.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des crevasses et gerçures.

Par le docteur A. Morel-Lavallée,
Médecin des hôpitaux.

Le procédé le plus énergique consiste évidemment à s'oindre les mains de glycérine bien neutre, les égoutter, puis, les recouvrir de gants de peau, ou encore les rouler dans la poudre d'amidon. Mais de ces deux façons, on tache horriblement les objets de literie. Seulement, en deux ou trois applications nocturnes, les crevasses sont guéries, et la peau en est préservée pour une huitaine de jours.

On se salit un peu moins en remplaçant la glycérine par le topique suivant, aujourd'hui classique :

Lanoline.	100 grammes.
Paraffine liquide	25 —
Vanilline.	5 —

Mais il faut trois ou quatre fois plus de temps pour obtenir la guérison. Lorsque les gerçures ne sont pas très profondes ni très invétérées, le plus pratique, sinon le plus court, est l'emploi des lotions, faites chaque fois que l'on se lave les mains. Le *Journal de médecine de Paris* prescrivait récemment la suivante :

Eau distillée	100 grammes.
Lévulose.	10 —

Arom. s. a.

J'ai l'habitude, depuis longtemps, d'employer la lotion que voici, dont j'ai établi la formule avec l'aide de M. Genevois, alors mon interne à l'hôpital Saint-Louis :

Alcool à 90 degrés	80 grammes.
Glycérine	35 —
Eau de roses.	30 —
Salol	2 —
Teinture de musc	II gouttes.

Voici comment on doit procéder : on se lave avec de l'eau légèrement tiède, en employant le savon le moins irritant possible (savons à la gélatine, pâtes d'amandes, etc.). On s'essuie à l'aide d'une serviette-éponge. Ensuite on verse la lotion dans le creux de la main, et l'on s'enduit alternativement les deux faces dorsales des mains. On frotte alors vigoureusement les deux paumes ensemble contre une serviette tendue, on éponge le bord cubital de la main, mais on se garde bien d'essuyer la face dorsale des doigts et de la main. On les secoue simplement : au bout de deux minutes, tout est sec; on ne risque de tacher ni ses vêtements ni le papier, et la peau reste onctueuse et protégée.

Nous ne saurions trop vivement recommander ce procédé à ceux de nos confrères dont les opérations, les antiseptiques irritants ou les contacts infectieux menacent le plus les téguments et qui doivent se laver et savonner le plus fréquemment. Toutefois, cette méthode est surtout prophylactique. Des crevasses existant, et la guérison rapide étant impérieusement nécessaire, comme dans notre profession, c'est au pansement glycériné nocturne qu'il convient d'avoir recours au moins une ou deux fois, — ou à la lanoline aromatisée, ou à une pâte comme celle-ci :

Oxyde de zinc	15 grammes.
Triturez avec :	
Glycérine	45 —
Ajoutez :	
Lanoline	40 —
Essence de néroli	q. s.

Il importe de savoir, surtout lorsqu'il s'agit de femmes ayant la peau délicate et sensible, que les préparations usitées produisent une cuisson, voire une douleur d'autant plus prolongée que la glycérine y figure en plus grande quantité. Pour les femmes du monde, je prescris constamment les onctions nocturnes à l'aide d'un mélange de lanoline et de paraffine parfumé et amené à la consistance solide à la température ordinaire. Ce mélange doit alors être fondu légèrement devant le feu ou au bain-marie. Il forme, en se desséchant, un vernis sur la peau, et il n'est généralement pas besoin d'un nuage de poudre de riz pour préserver le linge de taches grasses.

L'emploi, après lavage des mains, de la lotion composée

dont j'ai donné plus haut la formule, est en général superflu, sauf pour les personnes faisant dans leur ménage un fréquent usage de cristaux de soude, de lessives ou de savons grossiers et irritants. (*Rev. de thérap. méd.-chir.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juillet 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATION

Du sérum antitétanique. — M. NOCARD fait connaître les résultats obtenus, chez les animaux, par l'emploi du sérum antitétanique. Depuis le 1er avril 1894 jusqu'au 1er juin 1897, il a distribué 7 000 flacons contenant chacun 10 centimètres cubes de sérum. Environ 3 500 animaux ont reçu chacun une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Ces 3 500 animaux doivent être divisés en deux séries : la première comprend 2707 animaux ayant été inoculés préventivement. Aucun de ces animaux n'a eu le tétanos; 2 303 animaux ont reçu le sérum avant une opération qu'ils avaient à subir, castration, etc. Aucun d'eux n'a eu de tétanos après l'opération ; 400 autres ont reçu l'injection après un traumatisme, une plaie. On pouvait craindre, pour ces derniers, que les résultats ne fussent pas aussi satisfaisants et que l'injection eût été faite trop tard. Il n'en a rien été. Un seul cheval, sur ces 400 animaux, qui avait reçu l'injection cinq jours après un accident, a eu des symptômes de tétanos très atténués. On comprend toute l'importance de ces résultats.

M. Nocard fait connaître plusieurs faits bien propres à montrer toute l'efficacité du sérum antitétanique chez les animaux.

Voici, par exemple, deux faits typiques :

M. Bigot, vétérinaire, ne pouvait plus opérer de castration un seul cheval dans la cour de son infirmerie où avait passé un cheval tétanique, sans qu'il succombât au tétanos.

Or, ayant alors employé préventivement l'injection de sérum antitétanique pratiquée un peu avant l'opération, il put castrer 163 chevaux sans avoir aucun accident.

Parmi nombre d'autres observations, on peut citer celles de M. Carré, qui observe à Aubervilliers, chaque année, de très nombreux cas de tétanos chez les animaux blessés ou opérés. Or, depuis qu'il emploie préventivement le sérum antitétanique, il a pu pratiquer, sans aucun accident, 45 opérations.

On peut donc, pour conclure, dire qu'employé préventivement le sérum antitétanique est d'une efficacité absolue.

LECTURES

Chirurgie de l'estomac. — M. DELAGENIÈRE fait une communication sur la chirurgie de l'estomac. Dans un cas très complexe d'ulcère de l'estomac qui avait amené la perforation de l'organe et son adhérence au diaphragme, il détacha avec l'organe accolé une portion du muscle adhérent au niveau de la perforation, refoula dans la cavité de l'estomac la partie malade et le muscle détaché dans le but d'en amener la digestion et ferma par trois plans de suture les bords de l'invagination.

Cette invagination fut faite de façon à remédier à une malformation que présentait l'estomac de cette malade (estomac en sablier). La partie malade à invaginer qui présentait une forme allongée dans le grand sens de l'organe, fut étirée transversalement et suturée dans cette situation nouvelle. L'estomac put ainsi recouvrer sa forme et ses fonctions naturelles. Du reste, la malade, qui souffrait depuis dix ans, et qui se mourait d'inanition avant l'opération, guérit parfaitement. Aujourd'hui, elle digère et se porte bien.

L'auteur est d'avis que l'opération chirurgicale devrait être conseillée dans tous les cas d'ulcère ayant résisté au traitement classique et dans tous ceux qui présentent des rechutes. En opérant de bonne heure, on pourrait ainsi sauver de la mort un certain nombre de malades.

Ablation du corps thyroïde dans le goitre exophtalmique. — M. DOYEN présente à l'Académie deux observations de goitre exophtalmique traité par la thyroïdectomie.

L'opération date, pour la première, de deux ans et demi, pour la seconde de quatre mois. Elles sont donc assez anciennes pour permettre une appréciation exacte des résultats obtenus. La guérison est complète.

Voici ces deux observations :

1° Une femme de trente-six ans, Mlle L..., atteinte de goitre exophtalmique très accentué, se présente à notre examen en décembre 1894. L'amaigrissement est très marqué. Le sommeil presque impossible.

La malade est devenue d'une impressionnabilité extrême, présente une toux sèche, des tremblements, et souffre de suffocations presque continuelles. Le pouls est rapide et fort, 160 à 180 fois par minute, le cœur est irrégulier. La tumeur, d'un certain volume, paraît extrêmement vasculaire et plonge sous le sternum.

Cette personne a consulté M. Marie, qui, en présence de l'insuccès de tout traitement médical, a conseillé l'opération. La thyroïdectomie est pratiquée le 8 décembre 1894. Ablation de la tumeur et du reste du corps thyroïde, moins un lobule sain du volume d'une amande. L'opération, sutures comprises, dure dix minutes.

Disparition rapide, en huit à dix jours, des symptômes alarmants. La malade reprend des forces et de l'embonpoint.

Quelques mois après, elle se soumet d'elle-même à un traitement thyroïdien. Les palpitations, l'énervement et l'exophtalmie réapparaissent.

Elle vient nous consulter de nouveau.

Nous faisons cesser cette médication intempestive et tout rentre dans l'ordre.

La guérison s'est maintenue et peut être aujourd'hui, au bout de deux ans et demi, considérée comme acquise.

2° Mme L..., âgée de trente-sept ans, a remarqué, il y a six ans et demi, l'apparition d'une petite tumeur thyroïdienne médiane. Bientôt elle se plaignit d'un sentiment de faiblesse progressive, devint irritable, et présenta du tremblement des mains et des crises nerveuses.

L'appétit devint irrégulier, il y avait tantôt de l'anorexie, tantôt de la boulimie, et toujours une soif ardente. Malgré l'abondance des boissons et de l'alimentation solide, la malade, antérieurement assez forte, s'affaiblit et maigrit au point de devenir méconnaissable.

Les palpitations et les intermittences du cœur s'établirent dès la deuxième année. Le pouls, autrefois à 75 ou 80, atteignit, dix-huit mois avant l'opération, 120 pulsations, puis 160 et 180, devint de plus en plus irrégulier. Ce cas est d'autant plus intéressant que Mme L... est la femme d'un médecin de nos amis. Elle a donc été soignée et observée d'aussi près que possible.

Depuis plus de trois ans, nous lui avions proposé l'opération. Elle ne s'y résolut qu'en mars 1897, d'après l'affirmation de M. Marie que l'intervention était devenue urgente.

L'état général, à la fin de mars, était très grave. Le symptôme le moins accentué se trouvait l'exophtalmie, qui avait toujours été très légère.

L'opération eut lieu le 31 mars 1897, et dura, y compris la suture de la peau, douze minutes. La tumeur fut enlevée ainsi que le reste du corps thyroide, moins un lobule sain de 12 à 15 millimètres de diamètre.

Au bout de quatre jours, le pouls était à 90. Au bout de dix jours à 80.

Tout symptôme grave avait disparu avant la fin de la deuxième semaine.

La malade a repris de l'embonpoint et se trouve en parfaite santé.

Le poids, qui était le 30 mars de 53 kilogrammes, est aujourd'hui de 71, soit une augmentation de 18 kilogrammes en quatre mois.

Ces deux cas sont typiques et nous pourrions citer d'autres cas plus récents.

Chez nos deux malades, l'ablation du corps thyroïde, en presque totalité, a été suivie de la disparition immédiate et durable de tous les symptômes. Alors que la guérison semblait acquise, la première malade, bien que privée de son corps thyroïde, s'est donné une nouvelle crise de palpitations, de suffocations et d'exophtalmie, en se soumettant d'elle-même à une médication thyroïdienne intempestive. Ces accidents ont disparu par la cessation de tout traitement thyroïdien.

Cette observation est très démonstrative :

Enlevez un corps thyroïde hypersécrétant et vous guérissez les symptômes du goitre exophtalmique. Soumettez le malade guéri à l'ingestion d'une dose suffisante de corps thyroïde de mouton et vous rétablissez la maladie.

Que faut-il de plus pour conclure à l'origine thyroïdienne des symptômes observés ?

Et pourquoi, en présence de pareils résultats, vouloir proscrire la thyroïdectomie ?

Pour lui substituer une méthode indirecte, la résection du grand sympathique cervical, qui, si nous en croyons quelques collègues, a plus d'une fois été suivie non seulement d'insuccès complet, mais aussi d'une aggravation notable des accidents et même de mort rapide.

La thyroïdectomie est-elle donc tellement grave qu'elle doive effrayer les chirurgiens ?

Consultez les 1200 ou 1500 observations de Kocher et vous conclurez avec moi que l'ablation du corps thyroïde est une des interventions les plus inoffensives qui puissent se pratiquer.

Opérez simplement, proscrivez toute pratique d'hémostase préventive, énucléez rapidement la tumeur, en pinçant exclusivement ce qui saigne et vous terminerez la thyroïdectomie en dix, quinze ou vingt minutes au plus.

N'avons-nous pas bien souvent fait sauter en quelques instants la tumeur hors de la plaie, sans même nous préoccuper de ses artères ? Un flot de sang, quelques compresses, les vaisseaux sont liés et la plaie suturée.

Nous admettons que beaucoup de collègues hésitent à tenter pareille manœuvre. Nous ne la pratiquons que pour démontrer à propos de la thyroïdectomie, comme nous l'avons fait pour l'hystérectomie abdominale, que le sang n'est pas tellement à craindre.

Nous conseillons d'enlever le goitre comme on extirpe une tumeur du sein, vite, simplement, et sans crainte, comme sans témérité.

Nous proscrivons donc absolument toute intervention sur le sympathique cervical. Le sort d'une telle intervention, dont on n'a pas assez fait connaître les revers, doit être celui des autres méthodes indirectes en chirurgie, telles que la ligature à distance dans les cas d'anévrysmes des membres ou de plaies artérielles et la castration tubo-ovarienne dans les cas de fibromes utérins.

Ces méthodes sont jugées. On extirpe, au niveau des membres, le sac anévrysmal, en liant l'artère au-dessus et au-dessous du sac ; on lie dans la plaie même et non plus à la racine des membres l'artère blessée ; on pratique l'hystérectomie vaginale ou abdominale et non plus l'ablation, infidèle, des ovaires et des trompes.

La résection du grand sympathique cervical devrait d'ailleurs, pour être recommandable, être à la fois plus efficace et moins dangereuse que la thyroïdectomie. Or, nous démontrons le contraire.

Nous sommes prêts à soutenir ces affirmations en pratiquant, chez les malades aggravés par la résection du sympathique cervical, que nous aurons l'occasion d'examiner, la thyroïdectomie qui, nous le répétons, est, par notre méthode, une opération absolument inoffensive et ne demande que deux à trois jours de repos au lit.

Résection du sympathique cervical comme traitement du goitre exophtalmique. — M. PONCET, au nom de M. Jaboulay, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 841.)

RAPPORT

Mécanisme de la mort par le froid. — M. FR. FRANCK lit un rapport sur un travail de M. Carrière (de Bordeaux), sur le mécanisme de la mort par le froid. La cause en résiderait dans une auto-intoxication générale. La preuve c'est que l'extrait des tissus des animaux morts par le froid ou bien par le vernissage, ou consécutivement à des brûlures, présente une hypertoxicité extrêmement marquée.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le lavage du sang (1), par le docteur Félix LEJARS, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société de chirurgie. (N° 3 de l'*Œuvre médico-chirurgicale*.)

Sous ce titre de « Lavage du sang », il faut entendre, en pratique, l'injection sous-cutanée ou intraveineuse d'eau salée, ou plus généralement de solutions salines n'altérant pas les globules sanguins. La méthode est fort ancienne ; depuis dix-huit mois, elle est redevenue toute d'actualité : les heureux résultats qu'elle a fournis et les nombreux travaux qu'elle a suscités suffisent à montrer combien elle mérite d'être vulgarisée.

C'est ce travail d'ensemble et de vulgarisation que M. Lejars a voulu faire. Il étudie successivement, avec abondance de détails pratiques, le liquide d'injection et la technique, et s'efforce de prouver que le liquide et l'instrumentation les plus simples sont aussi les meilleurs : plusieurs dessins représentent les divers modes d'injection, les appareils « d'improvisation » et les temps successifs de l'injection intraveineuse. L'étude expérimentale était un préambule nécessaire à l'analyse des faits cliniques : des nombreuses recherches, qui ont eu pour objet le lavage du sang, chez l'animal sain, chez l'animal anémié, intoxiqué, infecté, se dégagent, en effet, des données pratiques importantes.

On a utilisé le lavage du sang dans une longue série d'affections ; il était utile de départager ces observations, assez souvent disparates, et de chercher à déduire de leur ensemble un certain nombre d'indications et de « directions pratiques ». L'auteur passe ainsi en revue les applications de la méthode dans les hémorragies, dans les états de collapsus, dans les intoxications, dans les infections d'ordre chirurgical et médical : il étudie les doses et le mode d'injection qui paraissent le mieux convenir aux diverses situations et montre les réactions cliniques générales du lavage du sang. L'exposé de quelques accidents observés et des contre-indications qui en naissent termine la brochure.

(1) Broch. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DU BARON LARREY

Quatrième liste.

Institut de France	500 fr.
Magasins du Bon Marché	5
MM. les docteurs Pesme	5
A. Petit	10
S. Pozzi	20
J.-L. Reverdin	30
Mme Rigaulleix	5
M. Ch. Robert	20
M. le docteur Sirus-Pirondi	10
Société contre l'abus du tabac	5
— centrale de secours aux naufragés	1000
— de chirurgie	100
— de prévoyance et de secours mutuels des médecins de la Corse	30
— de secours aux blessés	200
— protectrice des animaux	100
M. le docteur Surmay	5
Mme veuve Trap	50
Mme Vergé	50
M. Henry Vergé	20
M. le docteur Vidal	5
M. Vignon	5
	2175 fr.
Troisième liste	4010 fr.
Total	6185 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 juillet 1897, sont nommés :

Professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris : M. Blanchard (Raphael-Anatole-Émile), agrégé des facultés de médecine.

Professeur de microbiologie à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier : M. Rodet, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours de microbiologie à ladite faculté.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 juillet 1897, un concours s'ouvrira, le 1er février 1898, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté.

— Un concours pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire s'ouvrira le mardi 14 décembre 1897 à deux heures et demie, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

— M. le docteur Navarre est nommé médecin honoraire du Dispensaire général de Lyon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Benjamin Clémenceau, Guardia, ancien bibliothécaire de l'Académie de médecine; Eug. Janssens (de Bruxelles); Macquart (de Somme-Suippe); Michel (de Firminy), Plonquet (d'Ay), Pochoy (de Voiron).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Indications et mode d'emploi du sérum antidiphtérique (1).

Par E.-C. Aviragnet,
Ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades,
et Apert,
Ancien interne des hôpitaux.

IV

Dans une précédente Revue, nous avons étudié le sérum antidiphtérique ; nous avons indiqué son action, son mode d'emploi, ses indications ; nous avons dit que cette médication si efficace exposait néanmoins à certains incidents que nous devons étudier à présent.

Ces phénomènes sont ordinairement si bénins, que c'est leur donner une trop grande importance que les appeler « accidents du sérum ».

On n'a jamais appelé « accidents du chloroforme » les vomissements, la céphalalgie, le malaise général, qui surviennent parfois après l'anesthésie chloroformique. « Inconvénients du sérum » serait un mot plus en rapport avec la bénignité des phénomènes.

Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels, sur lesquels nous insisterons, qu'il y a eu vraiment des accidents inquiétants.

Nous étudierons dans l'ordre suivant les accidents et inconvénients du sérum : manifestations cutanées, articulaires, rénales, pulmonaires, gastro-intestinales, génitales, cérébro-spinales, vaso-motrices et thermiques.

Cette classification est tout à fait artificielle. Elle n'a d'autre prétention que de faciliter l'étude analytique des différents phénomènes morbides que l'on a attribués au sérum, en commençant par les plus fréquents et les plus certains.

Manifestations cutanées. — Les éruptions de sérum signalées dès les premiers essais de Behring, par Woswinchel, Schubert, Canon, ont été bien décrites pour la première fois par M. Roux, au Congrès de Buda-Pesth. « Pendant la convalescence, dit M. Roux, peuvent survenir des éruptions, quelquefois mal définies, plus souvent semblables à l'urticaire. Ces éruptions, qui ne s'accompagnent d'aucune fièvre, sont dues au sérum.

A côté de celles-ci, on en observe d'autres qui provoquent un mouvement fébrile ; elles se remarquent surtout dans les diphtéries avec associations ; elles nous paraissent devoir être rangées dans les érythèmes infectieux fréquents après les angines. »

On voit que déjà M. Roux établit une distinction bien nette entre les éruptions d'urticaire et les éruptions d'érythème. Cette distinction n'a ordinairement pas été suffisamment faite par les observateurs qui ont suivi.

Après la communication de Roux, de nombreux auteurs ont publié les résultats qu'ils obtenaient avec le sérum.

La plupart ne manquent pas de signaler les éruptions diverses. En recueillant les différentes statistiques, nous avons pu dresser le tableau suivant qui donne une idée de la fréquence des éruptions de sérum.

Nous avons pris soin de compter à part les urticaires et les érythèmes, quand les auteurs en faisaient la distinction. Nous avons classé séparément les différents auteurs, selon le sérum qu'ils avaient employé.

Sérum de Roux.

	Nombre de malades.	Éruptions ortiées p. 100.	Éruptions érythémat. p. 100.	Total. p. 100
Moizard et Perregaux. .	231	6	8	14
Sevestre et Meslay . . .	179	12	4	16
Lebreton et Magdeleine.	330	16	5	21
Roché.	85	—	—	8
Marfan et Apert (chez des scarlatineux).	32	3	18	21
Moussous (de Bordeaux).	32	6	22	28
Dubreuille (de Bordeaux).	—	—	—	14
Gouguenheim, adultes.	30	—	—	13
Gouguenheim, enfants.	20	—	—	30
Bézard (de Tours). . . .	22	—	—	50
Johannensen [de Christiania] (individus malades ou sains non diphtériques), adultes.	8	—	—	87
Johannensen [de Christiania] (individus malades ou sains non diphtériques), enfants.	33	—	—	66

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 821.

Sérum de Behring.

	Nombre de malades.	Éruptions ortiées p. 100.	Éruptions érythémat. p. 100.	Total p. 100.
Dreyfus (de Lyon) . . .	78	3	1	4
Monti.	25	28	24	52
Heim.	48	—	10	10
Muralt (de Zurich) . . .	58	4	1	13
Samguine (de Moscou). .	—	—	—	13
Kabz	86	4	6	10
Leubartz (de Hambourg).	228	—	—	15

Sérum de l'Institut de médecine préventive de Londres.

	Nombre de malades.	Éruptions ortiées p. 100.	Éruptions érythémat. p. 100.	Total p. 100.
Rokenham.	211	—	—	9
Washburn et Gosdall. .	80	—	—	25
Sydney-Martin.	75	30	12	42
Mac Combie.	31	—	—	49

Ce tableau nous montre que la proportion des cas où l'injection est suivie d'une éruption est très variable. On a remarqué, du reste, que les éruptions de sérum semblent se produire par séries.

Un lot de flacons de sérum provoquera de nombreuses éruptions, un autre n'en provoquera pas. On a voulu voir une relation entre la fréquence des éruptions et l'ancienneté du sérum [Variot, Robert (de Madrid)]; il paraît plus probable que cette fréquence est en rapport avec un état particulier du sang du cheval qui a fourni le sérum (Chantemesse).

Mais encore faudrait-il distinguer à ce point de vue entre les urticaires et les érythèmes, entre les éruptions précoces toujours apyrétiques et les éruptions tardives parfois fébriles. Nous ne pouvons mieux faire, pour montrer la différence entre les deux éruptions, que de reproduire les descriptions si exactes de M. Sevestre :

« Vers le quatrième, cinquième, sixième jour, et quelquefois seulement vers le huitième ou dixième jour, on peut voir apparaître une éruption que j'appelle *précoce* pour la distinguer de celle que je signalerai plus loin et qui survient à une époque plus tardive.

Cette éruption se présente généralement sous la forme d'une *urticaire* plus ou moins intense, ordinairement assez fugace, mais sujette à reparaître pendant plusieurs jours; elle s'accompagne parfois d'une légère élévation de température, mais n'a guère d'autre inconvénient que celui résultant de la démangeaison qu'elle procure.

Cette éruption est bien manifestement en rapport avec l'injection de sérum, mais elle n'est pas spéciale au sérum de Roux; on l'observe tout aussi bien avec le sérum de Marmorek ou même avec le sérum du cheval non immunisé (1).

Elle semble, du reste, dépendre d'un état particulier du cheval qui a fourni le sérum et l'on s'explique ainsi que, très fréquente à certains moments, elle puisse, dans d'autres circonstances, faire complètement défaut pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Enfin, à une époque plus éloignée de l'injection, vers le treizième ou le quatorzième jour, on peut observer une série d'accidents que je désigne sous le nom de *tardifs* (par opposition avec les précédents).

Le début de ces accidents est marqué en général par une élévation de la température et souvent par des vomissements; puis, très rapidement, surviennent des *douleurs articulaires* et une *éruption* plus ou moins généralisée; les douleurs se manifestent d'abord dans une articulation isolée, la hanche, la mâchoire, les articulations vertébrales, mais ne tardent pas à envahir les autres articulations, passant pour ainsi dire de l'une à l'autre, sans s'y fixer plus qu'un ou deux jours; la douleur est très vive, quelquefois atroce, arrachant des cris au malade. Cependant, si on examine la jointure, on la trouve à peine tuméfiée.

A peu près en même temps que la douleur paraît l'éruption, variable dans ses manifestations, mais ressemblant plus ou moins à l'éruption de la rougeole ou de la scarlatine et souvent paraissant participer de l'une et de l'autre.

Quelquefois aussi, en même temps que cette éruption rubéoliforme, on voit réapparaître une urticaire qui s'était montrée quelques jours avant. L'éruption et les arthropathies s'accompagnent d'une fièvre plus ou moins intense et de phénomènes généraux plus ou moins graves, parfois très inquiétants; il y a de l'agitation, du délire, presque toujours de l'insomnie.

L'apparition des accidents a lieu à une époque presque fixe, à peu près toujours vers le treizième jour après l'injection, en tout cas, du onzième au quinzième jour; puis après avoir duré trois, quatre ou cinq jours, les phénomènes s'amendent progressivement, souvent assez vite, et ne tardent guère à disparaître complètement, laissant seulement à leur suite un certain degré d'affaiblissement, qui n'est cependant pas toujours en rapport avec l'intensité des phénomènes observés.

Dans certains cas, les accidents sont moins intenses et se bornent à une éruption légère, à quelques douleurs articulaires isolées et fugaces; quelquefois même il n'existe rien autre chose qu'une poussée fébrile éphémère, sans manifestation particulière, mais suffisamment caractérisée par la date à laquelle elle se montre. »

De cette description de M. Sevestre résulte le fait suivant : les urticaires, qui s'observent quelques jours après l'injection de sérum, sont certainement dues au sérum lui-même. Mais elles sont toujours apyrétiques; elles n'altèrent pas l'état général de la santé et elles ne constituent qu'un inconvénient insignifiant du sérum.

Les érythèmes, au contraire, qui surviennent vers le treizième et le quatorzième jour, prennent parfois des allures inquiétantes. Toutefois, avant de juger la gravité de ces érythèmes, nous devons examiner une question préjudicielle importante : celle de savoir si ces érythèmes et les accidents qui les accompagnent sont bien imputables au sérum.

Trois opinions en effet ont été soutenues :

1° Les érythèmes sont dus à la maladie elle-même et non au sérum (Roux);

2° Les érythèmes sont dus à l'antitoxine (la plupart des observateurs);

3° Les érythèmes sont dus à une infection ou à une intoxication streptococcique (Sevestre).

Roux pense que les éruptions fébriles « doivent être rangées parmi les érythèmes infectieux fréquents après les angines », même avant l'emploi du sérum.

Ces érythèmes, complètement décrits dans la thèse de Mussy (1892), sont, d'après cet auteur, de deux sortes, « les uns, très éphémères, arrivent au début de l'affection, du premier au septième jour; les autres, tardifs, surviennent

(1) Sevestre. Soc. méd. des hôpit., 1895, et Bertin. *Loire méd.*, 1895. — Johannesen. *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 1896, p. 298.

dans les derniers jours de la maladie, indiquant une infection profonde de l'organisme, et aggravant singulièrement le pronostic.

Ils sont habituellement polymorphes, parfois rubéoliques, plus rarement scarlatiniformes, et malgré la présence fréquente d'éruptions urticariennes qui viennent se greffer sur les premières, il est rare d'observer des démangeaisons. »

On voit que ces éruptions ressemblent absolument à celles qu'on observe depuis l'emploi du sérum. Étaient-elles moins fréquentes? Voici sur ce sujet les chiffres donnés par les auteurs :

	Nombre de cas.	Proportion d'érythèmes p. 100.
Sanné.	1500	3,3
Cadet de Gassicourt. .	982	3,8
Sée	54	22
Mussy.	95	15

Mussy attribue la différence entre la grande fréquence observée par G. Sée et par lui-même, et la rareté notée par les autres observateurs, à ce fait que les éruptions éphémères du début passent facilement inaperçues quand on ne les recherche pas systématiquement. Si les chiffres qu'il donne sont exacts, ils montrent qu'avant le sérum, les érythèmes s'observaient dans la diphtérie, presque aussi souvent que depuis le sérum. Si l'on ajoute que beaucoup d'enfants infectés mouraient dans ce temps-là avant d'avoir eu le temps de faire une éruption, on comprendra qu'on peut soutenir avec beaucoup de raison que les érythèmes sont dus, non au sérum, mais à la maladie elle-même.

Toutefois, il ne faut pas en conclure que les éruptions soient le fait de l'intoxication par le poison diphtérique.

En effet, sur ses 14 cas, Mussy compte un seul cas de diphtérie pure, 6 cas d'associations diphtérie-streptocoque, 2 cas où le bacille diphtérique existait au début, mais où le streptocoque seul abondait au moment de la poussée d'érythème; enfin, 5 cas, dont 4 mortels, où le streptocoque existait seul.

En résumé, dans 13 cas sur 14, le streptocoque existait; il parait donc bien jouer un rôle dans la pathogénie des érythèmes. L'opinion de M. Roux se ramène donc facilement à celle de M. Sevestre.

Deux opinions restent donc en présence : 1° celle qui attribue à l'antitoxine les érythèmes et les accidents qui peuvent les accompagner; 2° celle qui les fait relever du streptocoque (Sevestre).

M. Sevestre, dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux, a clairement exposé ses raisons.

« Si l'on recherche dans les observations les conditions qui peuvent être incriminées, on en trouve trois principales : l'angine, assez souvent, mais non toujours, de nature diphtérique; l'injection de sérum; enfin, l'existence dans la gorge de streptocoques.

L'angine, en tant que manifestation du bacille de Lœffler, doit tout d'abord être écartée, car les accidents se sont produits dans un bon nombre de cas où l'existence de ce bacille faisait complètement défaut.

D'ailleurs, les accidents n'ont jamais été observés dans les cas d'angine diphtérique pure.

Pour la même raison, je crois pouvoir aussi innocenter le sérum, ou du moins, je ne pense pas que l'on puisse lui attribuer le rôle principal dans la pathogénie des accidents.

Au contraire, dans tous les cas où les phénomènes ont présenté un caractère de gravité, *toujours* on a trouvé le streptocoque, et, qui plus est, un streptocoque très virulent (1). »

D'après M. Sevestre, ces faits établissent nettement que la présence du streptocoque virulent est la condition nécessaire de l'apparition des érythèmes sériques (2).

On a objecté que le streptocoque est un hôte habituel de la bouche, c'est vrai; mais il n'a pas habituellement la virulence qu'on observe d'une façon constante au moment des accidents de sérum.

Néanmoins, M. Sevestre ne nie pas que le streptocoque ne soit, pour ainsi dire, mis en jeu par l'injection de sérum : « L'étude des observations montre d'une façon évidente que les accidents post-sérothérapiques surviennent, non pas à une époque quelconque de la maladie, mais douze ou quinze jours, ou même, d'une façon plus précise, en général treize jours après l'injection de sérum; ceci montre bien qu'il y a là autre chose qu'une simple coïncidence, et qu'il doit exister un lien plus intime entre les accidents de streptococcie et les injections de sérum. Je crois, en effet, que, si les phénomènes post-sérothérapiques sont bien positivement causés par l'infection streptococcique, ils sont aussi en rapport avec l'injection de sérum, au même titre que nous voyons un refroidissement favoriser le développement d'une broncho-pneumonie à streptocoques dans la rougeole ou la diphtérie. »

Ajoutons que M. Sevestre a recherché, avec M. Méry, si la virulence du streptocoque était exagérée par le fait des injections de sérum. Cliniquement et expérimentalement, la virulence n'a pas varié sous l'influence du sérum. M. Sevestre pense que le sérum agit en diminuant la résistance de l'organisme au streptocoque.

Quoi qu'il en soit et de quelque façon que le sérum agisse, soit directement, soit par l'intermédiaire du streptocoque, il n'en est pas moins vrai qu'à la suite des injections de sérum, on observe assez fréquemment des érythèmes.

Ces érythèmes ne sont pas graves par eux-mêmes, puisqu'ils disparaissent en quelques jours, mais assez souvent ils s'accompagnent ou sont suivis d'accidents de gravité va-

---

(1) Depuis la communication de M. Sevestre, on a publié quelques observations d'*accidents de sérum*, dans des angines non streptococciques (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 1896, passim). Dans la plupart de ces observations, il n'a été fait qu'un seul examen de la gorge, au début de la maladie. Il aurait été nécessaire de vérifier à nouveau l'absence du streptocoque dans la bouche au moment où les accidents ont apparu. Citons cependant l'observation de Legendre (Soc. méd. des hôpitaux, 31 janvier 1896).

(2) Un fait rapporté par Sevestre à la Société médicale des hôpitaux, le 19 juillet 1895, paraît très probant pour démontrer le rôle du streptocoque.

Enfant traitée à Trousseau pour diphtérie et ayant reçu, du 28 octobre au 8 novembre, 80 centimètres cubes de sérum. Urticaire le 3 et le 4 novembre. Elle reste dans le service jusqu'en janvier, uniquement à cause du tirage qu'elle présentait et qui forçait à faire chez elle des séances répétées de tubage. Le 3 janvier, à la suite de l'insuccès du tubage, elle fut trachéotomisée; le 4, on recueillait par la canule un pus très abondant, dans lequel l'examen direct faisait reconnaître des streptocoques en longues chaînettes, extrêmement abondants et aussi des staphylocoques, des pneumocoques. Or, cette enfant qui, à la suite des injections répétées de sérum, n'avait eu qu'une légère poussée d'urticaire, présentait le 7 janvier, un érythème polymorphe très marqué, accompagné de fièvre, et l'état général très mauvais. Il est bien évident qu'on ne peut incriminer dans ce cas les injections de sérum, dont la dernière remontait au 8 novembre, c'est-à-dire à deux mois, et au contraire, il paraît difficile de ne pas y voir les résultats de l'intoxication par le streptocoque.

riable, tels qu'arthralgies, hyperthermie, état général inquiétant.

Le degré de gravité de ces accidents devra nous influencer quand nous chercherons les indications et les contre-indications du sérum; aussi, nous allons en faire une étude détaillée.

Terminons d'abord celle des manifestations cutanées, en signalant quelques formes plus rares, telles que le purpura, les pyodermites, les abcès, la gangrène.

Le purpura n'est, à vrai dire, qu'une forme spéciale de l'érythème polymorphe. Si la congestion cutanée s'exagère au point de donner lieu à une extravasation sanguine, les éléments rubéoliformes se transforment en éléments purpuriques.

On sait même que certains purpuras tiennent simplement à une dilatation énorme des capillaires sans extravasation sanguine. Quoi qu'il en soit, des cas de purpura figurent parmi les éruptions de sérum (Canon quelques cas, Moizard et Peregaux un cas, Mendel un cas, J. Simon un cas). Au service de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades, deux éruptions ont pris, cette année, la forme purpurique; elles ont, du reste, bien guéri (1).

Au reste, même dans le cas d'Izor Alföldi, cité plus haut, et suivi de mort, jamais le purpura sérique n'a pris la forme hémorragique. Ceci nous confirme dans l'idée que les purpuras dus au sérum ne sont qu'une exagération des érythèmes congestifs.

On a encore signalé comme complication possible de l'injection de sérum, des érysipèles, des pyodermites, des abcès (2), des gangrènes au point d'inoculation. Mais ces complications sont exceptionnelles, on ne les voit que bien rarement dans les services où le personnel est habitué à l'asepsie, et lorsqu'elles y sont survenues par hasard, on a toujours trouvé qu'elles tenaient à une contamination accidentelle ou à un défaut d'asepsie (3).

On ne peut donc rendre, en aucune façon, le sérum responsable de ces accidents.

Douleurs rhumatoïdes. — L'inconvénient le plus fréquent, après les urticaires et les érythèmes, ce sont les douleurs rhumatoïdes.

Nous préférons ce nom à celui d'arthralgies, ou de rhumatismes sériques, car il est rare que les douleurs soient localisées à l'articulation; elles occupent très souvent les masses musculaires des membres.

Ordinairement, les choses se passent de la façon suivante :

Un enfant a reçu une injection de sérum, douze à quinze jours auparavant; il a fait ou non de l'urticaire; un jour il fait de l'érythème, en même temps il se plaint de ne pouvoir remuer ses membres sans douleurs, et même au repos, il souffre parfois, non seulement dans les articulations, mais dans tous les muscles.

Les adultes et les grands enfants, qui peuvent bien expliquer ce qu'ils ressentent, comparent ces douleurs à celle d'une courbature; ils sont, disent-ils, comme s'ils étaient très fatigués, ou encore comme si on les avait roués de coups.

(1) Nous remercions notre collègue René Petit de nous avoir signalé ces deux cas.

(2) Gaucher. Soc. méd. des hôp., 31 janvier 1896.

(3) Sevestre, Chantemesse. Même séance.

Les mouvements provoqués exagèrent encore ces douleurs; la pression sur les articulations est douloureuse, mais il est rare qu'il existe des points spécialement douloureux; la pression sur les masses musculaires des membres ou même sur la diaphyse des os (tibia), est aussi douloureuse parfois que celle qui porte sur les articulations. En un mot, ces douleurs n'ont pas la localisation de celles du rhumatisme articulaire aigu; elles ressemblent absolument à celles du purpura, de l'érythème infectieux et de l'érythème noueux.

Il est donc bon de marquer cette ressemblance dans les faits par une ressemblance dans les termes, et d'appeler ces douleurs, douleurs rhumatoïdes.

Comme pour les éruptions, nous avons recherché, dans les documents publiés, quelle est la fréquence des douleurs rhumatoïdes.

Nous résumons ces recherches dans le tableau suivant :

	Nombre de cas.	Éruptions p. 100.	Douleurs rhumatoïdes p. 100.
Sérum de Roux.			
Sevestre et Meslay . .	179	16	1,7
Moizard et Perregaux.	231	14	1,3
Moussous (Bordeaux).	32	28	3
Roché (adultes). . . .	85	8	2,3
Marfan et Apert (chez des scarlatineux). .	32	21	12
Johannensen (adultes sains).	8	87	87
Johannensen (enfants non diphtériques) .	33	66	9
Sérum de Behring.			
Sydney-Martin. . . .	75	42	2,6
Murolt	58	—	—
Samguine	—	13	3,1
Sérum de l'Institut de Londres.			
Washburn et Goodal .	80	25	7,5

De ce tableau, il résulte que les douleurs s'observent dans la proportion d'environ 2 p. 100 avec le sérum de Roux.

Elles paraissent un peu plus fréquentes chez les adultes, et surtout chez les scarlatineux. (Les chiffres de Johannensen sont en contradiction si marquée avec ce qu'ont observé tous les autres auteurs que, jusqu'à plus ample informé, il est permis de ne les accepter qu'avec réserve.)

Dans tous les cas, les douleurs rhumatoïdes ont coïncidé avec un érythème. Elles tiennent évidemment aux mêmes causes que les érythèmes, et nous ne recommencerons pas, à leur propos, les considérations pathogéniques auxquelles nous a entraîné l'étude des éruptions.

A côté des arthralgies nous devons dire un mot des arthrites véritables. Nous n'avons pas connaissance qu'on ait observé avec le sérum des manifestations articulaires prenant la forme de l'hydarthrose.

Sydney-Martin mentionne cependant un cas de douleurs articulaires « avec épanchement ».

Quant aux arthrites suppurées, un seul cas a été publié par M. A. Broca (*Rev. des mal. de l'enfance*, 1895, p. 33). Il s'agissait d'une arthrite suppurée du genou, à pus stérile, survenue cinq semaines après une diphtérie traitée par le

sérum; comme le fait remarquer l'auteur, on a observé de pareilles lésions dans la diphtérie avant la sérothérapie. Bernardbeig, dans sa thèse (Paris 1893), en a réuni plusieurs cas. Il serait donc téméraire d'attribuer au sérum la production de cette arthrite suppurée.

V

Accidents rénaux. — *Albuminurie.* — Après les accidents cutanés et les douleurs rhumatoïdes, les accidents le plus souvent notés sont les accidents rénaux : albuminurie simple, hématurie, urémie.

On sait avec quelle fréquence l'albuminurie s'observait au cours de la diphtérie avant l'emploi du sérum. A cette époque, au pavillon de diphtérie de l'hôpital des Enfants, chaque matin l'urine des enfants était recueillie; et cela faisait une rangée de verres sur la table, on versait successivement l'acide nitrique dans chacun d'eux. Dans plus de la moitié, il se précipitait des flots d'albumine. Actuellement, l'interne en pharmacie du service examine de même les urines, et quand il en trouve abondamment dans une urine, c'est un événement. Pendant un mois entier que l'un de nous a passé comme moniteur au pavillon de la diphtérie (février 1895), il n'a vu se développer dans le service aucun cas de néphrite. Il y avait seulement en traitement un enfant qui avait depuis près d'un mois une néphrite diphtérique, et qui avait eu jusqu'à 10 grammes d'albumine dans l'urine. Il s'agissait d'un enfant amené mourant et qui était resté une dizaine de jours entre la vie et la mort. Il n'avait pas reçu d'injection de sérum avant son entrée. Il est bien évident, dans ce cas, que c'était la diphtérie et non le sérum qui avait développé la néphrite.

Tous les auteurs qui ont publié les résultats de leur pratique sont, du reste, d'accord sur ce fait : l'albuminurie a beaucoup diminué dans les services de diphtérie depuis qu'on emploie le sérum.

Notons cependant quelques dissidences :

Monti (Soc. imp.-roy. de Vienne, janvier 1895), sur 25 cas traités par le sérum, a observé 13 fois une albuminurie passagère, sans symptômes généraux. Une seule fois on a pu constater la présence de cylindres. L'albuminurie a paru liée aux injections de sérum et a disparu rapidement. C'est donc un accident qui n'a rien de menaçant.

Drasche (*ibidem*) dit avoir observé l'albuminurie avec une fréquence et une intensité particulière dans la sérumthérapie.

Siegert, de Strasbourg (Congr. all. de méd. int.), a observé l'albuminurie dans 51 p. 100 des cas traités par le sérum, alors qu'auparavant il l'observait 1 fois sur 7. Sur un chien sain, une injection de 10 centimètres cubes de sérum de cheval normal, provoque à coup sûr l'albuminurie en diminuant la quantité de l'urine et en augmentant sa densité.

Von Noorden (de Francfort-sur-le-Mein) a observé l'albuminurie 87 fois p. 100 avec le sérum, au lieu de 78 p. 100 auparavant. En France, on n'a pas noté cette fréquence de l'albuminurie; cette différence est peut-être due à ce qu'on n'emploie pas le même sérum; les sérums allemands contiennent de l'acide phénique, dont l'action nocive sur le rein est connue.

Lebreton et Magdeleine s'expriment ainsi : « L'albuminurie que nous avons constatée chez un très grand nombre de nos malades est d'interprétation difficile. La diphtérie la donne par elle-même, surtout aux mois d'hiver. Mais, dans plusieurs cas, il est difficile de ne pas la rapporter à l'élimination de la toxine injectée, lorsqu'on la voit coïncider avec des éruptions abondantes, et surtout survenir chez des enfants ayant subi une ou deux injections préventives sans diphtérie (3 cas).

Quoi qu'il en soit, nous avons eu 140 cas d'albuminurie (sur 330 malades), 83 fois les enfants présentaient de l'albuminurie à l'entrée ou dans les deux premiers jours qui suivirent leur entrée; 57 fois l'albuminurie s'est montrée tardivement, comme un phénomène d'élimination, alors que la maladie était terminée. »

Il résulte des chiffres donnés par Lebreton et Magdeleine que, sur 330 enfants qui ont reçu du sérum, 258 avaient la diphtérie, et 137 (plus de 50 p. 100) ont eu de l'albumine; 72 enfants n'avaient pas la diphtérie, 3 seulement ont eu de l'albumine (4 p. 100). Il est permis de supposer, d'après ces chiffres, que le sérum n'est pour rien dans l'albuminurie. On sait, du reste, que les angines non diphtériques peuvent donner de l'albuminurie; les 3 cas constatés en dehors de la diphtérie n'ont donc pas besoin d'être expliqués par une action du sérum.

Moizard et Perregaux, sur 249 enfants, ont observé 85 fois seulement de l'albumine, qui, 14 fois, a été passagère, 65 fois a duré de un à quatre jours, et 6 fois seulement a persisté plus de cinq jours, en revêtant chez trois enfants les caractères d'une néphrite organisée.

Sevestre et Meslay considèrent l'albuminurie, non comme une contre-indication, mais plutôt comme une indication positive. Dans un cas particulièrement, ils ont vu des urines contenant à l'aube 5 à 6 grammes d'albumine par litre, redevenir à peu près normales à la suite d'une injection de sérum.

Cependant, quelques faits bien observés semblent prouver que l'administration du sérum peut, dans les heures qui suivent, provoquer l'apparition dans les urines d'une faible quantité d'albumine. Les deux faits de Hirtz semblent probants à cet égard (Soc. méd. des hôpit., 1895).

Premier fait : Enfant de quatre ans, diphtérie pure, croup, tubage, injection de sérum. Les urines qui, examinées chaque jour avant cette injection, ne contenaient pas trace d'albumine, en montrèrent quelques heures après et pendant trois jours.

Deuxième fait : Sœur du précédent, diphtérie si bénigne qu'on ne recourut au sérum que le huitième jour; 10 centimètres cubes furent injectés. Les urines qui n'avaient jamais contenu d'albumine, qui n'en contenaient pas trente minutes avant l'injection, en avaient des traces cinq heures après. Cette albuminurie légère dura douze jours.

Il semble donc possible qu'une légère albuminurie suive l'injection de sérum; mais cette albuminurie, d'après les analyses de Couton et Gasser (Soc. méd. des hôpitaux, 1er mars 1895), est toujours en très petite quantité et due vraisemblablement à l'élimination du sérum injecté.

Nous ne connaissons aucun cas de néphrite attribuable au sérum. Les faits d'albuminurie grave et d'urémie qui ont été publiés (Comittan. *Rev. des mal. de l'enfance*, 1895, p. 31; Leriche. *Progrès méd.*, 1895, n° 32; Brunon. *Normandie méd.*, 1896), concernent des diphtéries traitées tardivement par le sérum et où la néphrite est le fruit de la toxine et non de l'antitoxine.

Peptonurie. — Il semble, du reste, que l'élimination du sérum par les urines peut se faire, non pas sous forme d'al-

bumine, mais sous forme de peptones; la peptonurie consécutive aux injections de sérum, même prophylactiques, a été notée par quelques auteurs (HECKEL. In *Rev. des mal. de l'enfance*, 1895, p. 193), on peut même se demander si l'on a toujours distingué la peptone de l'albumine, quand on recherchait celle-ci; on sait, en effet, que ces deux corps ont des réactions communes.

Azoturie et phosphaturie. — Notons enfin que, d'après Charrin et Roger (Soc. méd., 14 déc. 1894), et d'après Mongour (Congr. de Bordeaux, août 1894), on constate dans les urines, après les injections de sérum, les modifications suivantes :

1° Une augmentation de la densité de l'urine;

2° Le plus souvent une augmentation de la quantité d'urine;

3° Une hyperazoturie constante et généralement telle que le chiffre de l'urée, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection, devient double de ce qu'il était avant;

4° Une augmentation considérable des phosphates;

5° Une diminution des chlorures.

Ces modifications urinaires sont passagères; elles persistent jusqu'à la disparition de la dernière fausse membrane; elles ne peuvent être mises sur le compte de la fièvre dont l'existence a été inconstante.

Poix a récemment démontré (Soc. de biol., 14 juin 1896) que ces modifications urinaires suivent également les injections de sérum non antitoxique.

D'après Charrin, on les observerait même avec les simples solutions salées (sérums artificiels).

Anurie. — Outre l'albuminurie, deux accidents rénaux doivent être étudiés, l'anurie et l'hématurie.

Lennox-Browne (Soc. clin. de Londres 1895) à accusé formellement le sérum de donner de l'anurie; sur cinq cas il aurait deux morts par anurie, l'une au bout de trente-cinq heures, l'autre au bout de cinquante-quatre heures; chez les trois autres il y eut aussi tendance à l'anurie.

M. Goodall répondit à M. Browne que la tendance à l'anurie est le fait habituel de la diphtérie, et dans une étude ultérieure (*The Lancet*, 1895, p. 269), il donne la relation de 30 cas d'anurie diphtérique, avec 27 morts, observés avant l'emploi du sérum.

Un cas d'anurie diphtérique grave, celui de la petite Br..., a été relatée par M. Perregaux, dans sa thèse, et par M. Thibierge (*Rev. des mal. de l'enfance*, 1895, p. 231). Nous le résumons d'après ce dernier auteur : angine diphtérique bénigne avec association de staphylocoques; injections de sérum (50 centimètres cubes), urticaire locale au quatrième jour, rechute de l'angine au huitième jour; sérum (15 centimètres cubes); urticaire généralisée; le seizième jour vomissements, douleurs articulaires et musculaires, adénopathie, oligurie; le dix-huitième jour, anurie, collapsus qui ne cède qu'à une médication énergique; puis, pendant plusieurs semaines, persistance de fausses membranes, mais ne renfermant plus le bacille diphtérique.

Suivant MM. Thibierge et Hutinel, il n'y a aucun doute que ces accidents aient été provoqués par le sérum, car il ne s'est pas produit le symptôme le plus caractéristique de l'intoxication diphtérique, la paralysie. L'absence de paralysie ne nous paraît pas suffire à innocenter la toxine diphtérique. Mais, en tout cas, elle n'est pas contraire à l'idée de néphrite par infection secondaire. Cette infection semble, du reste, bien prouvée par la longue persistance de fausses membranes ne contenant plus le bacille diphtérique.

Hématurie. — Mentionnons, pour en terminer avec les accidents rénaux, l'hématurie. Drasche rapporte un cas de néphrite hémorragique consécutive aux injections de sérum (*Soc. méd. de Vienne*, janv. 1895).

Treymann (*British. med. Journ.*, 26 janv. 1895) a vu, quinze jours après une injection de sérum de Behring, du sang et des cylindres dans l'urine. Cette néphrite hémorragique coïncidait avec une éruption de sérum. Mais ces néphrites s'observaient déjà, et plus fréquemment qu'aujourd'hui, avant l'emploi du sérum.

Johannensen aurait observé, chez une fillette de neuf ans, entrée pour des accidents hystériques, de l'albuminurie (3 p. 1000 d'albumine) et de l'hématurie, à la suite d'une injection préventive de sérum de Roux. Rappelons que le même auteur, avec le même sérum, observait 87 fois sur 100 les asthralgies, proportion si extraordinaire, qu'on peut se demander, s'il n'a pas employé un sérum altéré, ou si ses résultats n'ont pas été viciés par une circonstance quelconque.

Appareil respiratoire. — E. de Pradel (*Journ. clin. et th. infant.*, 1895, p. 184) a observé quatorze jours après une injection de sérum, un *œdème aigu du poumon* avec dyspnée intense, pouls incomptable, 41 degrés. Ces accidents coïncidèrent avec « une éruption généralisée, constituée par de larges plaques violacées occupant la face, le tronc et les membres; semblant même se continuer sur la muqueuse buccale, qui est boursouflée ». Il s'agissait d'une enfant de deux ans, bien guérie d'une angine bénigne, à staphylocoques. L'absence d'urine empêcha de voir s'il y avait de l'albumine. Cet état grave dura vingt-quatre heures, la guérison fut complète.

Phénomènes gastro-intestinaux. — Legendre a observé, « chez plusieurs enfants traités par le sérum de l'Institut Pasteur, un embarras gastro-intestinal avec vomissements alimentaires, muqueux ou bilieux, ou au moins état nauséeux, anorexie, langue sale, élévation thermique et phénomènes nerveux, consistant tantôt en une dépression très accentuée, tantôt en une excitation cérébrale (insomnie, jactitation, humeur hargneuse); cette petite maladie s'est montrée quinze à vingt jours à peu près après la dernière injection de sérum et a duré de quatre à huit jours environ dans les trois cas vus par l'auteur. »

Sevestre et Maranger (1), Kaupe (2) ont constaté plusieurs fois de la diarrhée très fétide, dysenterique, sanguinolente, survenant deux à quinze jours après l'injection et durant un, deux, trois jours. Mais ces faits sont rares et leur bénignité ne peut les faire servir d'argument contre l'emploi des injections de sérum.

Vulvites. — Dans un cas observé par M. Sevestre, éruption d'urticaire, diarrhée, muqueuse et vulvite ont apparu simultanément une huitaine de jours après une injection de sérum; il semble difficile à l'auteur de ne pas établir une corrélation entre ces trois phénomènes et de ne pas les rattacher, au même degré, aux injections de sérum. D'autres cas de vulvite ont été observés par lui dans des circonstances analogues.

Fonctions menstruelles. — D'Astros (de Marseille) a observé un certain nombre de faits qui semblent prouver une action bien curieuse du sérum sur les fonctions menstruelles. Sur six femmes, injectées par lui, il a observé cinq fois une

(1) SEVESTRE et MARANGER. Soc. méd. des hôpit., 1er mars 1895.
(2) KAUPE. *Rev. des mal. de l'enf.*, 1895, p. 193.

avance dans les règles qui a été ordinairement de dix à douze jours; souvent l'apparition des règles coïncidait avec celle d'une éruption érythémateuse. Dans un seul cas, l'injection de sérum n'a produit rien de particulier. Il s'agissait d'une nourrice qui venait d'avoir le retour de ses règles quelques jours avant de tomber malade.

D'Astros résume l'action du sérum sur les menstrues : appliqué au moment de l'époque des règles, le traitement sérothérapique les augmente; dans l'intervalle des règles, il les provoque.

Le même auteur a eu occasion de traiter par le sérum des femmes enceintes, il n'a observé aucun effet particulier.

Paralysies. — Un seul auteur s'est trouvé pour attribuer la paralysie diphtérique au sérum! Monti, sur 25 cas traités par le sérum, a noté 12 fois une paralysie précoce (du troisième au douzième jour) et elle a frappé rapidement l'un après l'autre les divers groupes musculaires. M. Monti est tenté de voir là un effet de la sérumthérapie et il a remarqué que les parésies se sont montrées dans les cas où l'on avait dû faire usage de fortes doses d'antitoxine.

MM. Armaignac (Soc. méd. de Bordeaux, 1896) et Moreau (*ibidem*) ont rapporté chacun un cas de paralysie survenue à la suite de diphtérie traitée par les injections de sérum. Mais quand on sait la fréquence des paralysies avant la période sérothérapique, on ne peut s'étonner que, dans quelques cas, l'antitoxine soit arrivée trop tard pour prévenir l'action de la toxine sur les cellules nerveuses. Lors de la discussion que les deux cas précédents ont soulevée à la Société médicale de Bordeaux, M. Rousseau-Saint-Philippe a avancé qu'*a priori* le sérum ne devait avoir provoqué aucune diminution dans le nombre des paralysies diphtériques, car, s'il arrête la diphtérie, il ne détruit pas les toxines. Nous ne saurions partager cet avis. Les paralysies diphtériques sont devenues actuellement, dans les hôpitaux parisiens, d'une rareté exceptionnelle.

Ce que nous venons de dire s'applique non seulement aux paralysies du voile du palais, des muscles de l'œil et des muscles des membres, mais aussi aux paralysies bulbaires. On n'observe plus actuellement les morts subites par arrêt du cœur ou des muscles respiratoires, assez fréquentes avant l'emploi du sérum, et les rares cas signalés (Maréchal, Fournier, *loc. cit.*) concernent des diphtéries tardivement traitées.

Canon seul (*Rev. des mal. de l'enfance*, 1894, p. 504) a observé chez les diphtériques « une faiblesse cardiaque qu'on n'observe guère avec une fréquence relative que depuis le traitement par le sérum ». Tous les observateurs ont pu noter le contraire.

Phénomènes syncopaux. — Dans les cas mortels de Langerhaus et de Halderman, cités plus haut, la mort semble être survenue par syncope. Le docteur Gratiot (de Schullsburg) a noté deux cas semblables, mais heureusement non mortels. Quelques minutes après une injection préventive de sérum, une femme se plaignit de ressentir du malaise, le pouls s'éleva à 100 pulsations. Il était presque imperceptible au poignet. La face était pâle, les pieds et les mains se refroidirent, la respiration devint rapide, les pupilles se dilatèrent et une sueur froide couvrit la figure. La malade ne put être ranimée qu'au bout de six heures. Le même auteur a observé les mêmes accidents chez un enfant de neuf ans, à qui il avait fait une injection préventive.

Accidents divers. — Enfin on a accusé le sérum d'avoir provoqué les accidents les plus divers : l'*épistaxis* (Rendel), l'*endocardite aiguë* (Bézard), l'*embolie cérébrale* (Leroux). Quoique ces phénomènes soient survenus quelques jours après l'injection de sérum, il est impossible de les y rattacher et on ne peut voir dans ces faits que des coïncidences. Dans le cas de Leroux, il existait une endocardite aortique ancienne, n'est-ce pas suffisant pour expliquer l'embolie cérébrale?

Hyperthermies. — Pour en terminer avec les inconvénients reprochés au sérum, nous dirons quelques mots de son action sur l'état général et la température. Dans la très grande majorité des cas, le sérum améliore rapidement l'état général et fait baisser la température. Toutefois, il est certain que, dans un grand nombre de cas, on observe, très peu de temps après l'injection de sérum, une poussée thermique, qui, d'ordinaire, est de quelques dixièmes de degré, mais qui, parfois, peut s'élever à 1 ou 2 degrés (Variot, Ricochon, Soc. des hôp., mars 1895). Legendre aurait observé dans un cas 41°5. M. Variot a même attribué la mort dans un cas à cette hyperthermie. Ces hyperthermies s'observent même avec du sérum de cheval ordinaire, non antitoxique (Sevestre), et, quoique moins prononcées, avec la simple eau salée, dite sérum artificiel (Hutinel, Debove). Toutefois, le sérum artificiel semble surtout avoir cette action chez les enfants tuberculeux. Ceci nous amène à parler de l'action du sérum antidiphtéritique sur une tuberculose en évolution.

Sérum et tuberculose. — Bézard (de Tours) a constaté que, chez les enfants tuberculeux, l'injection de sérum de Roux a toujours causé des poussées congestives, des bronchopneumonies, des expectorations sanguinolentes. En revanche, les éruptions consécutives au sérum manqueraient ou seraient très légères chez les tuberculeux. M. Sevestre n'est pas loin de partager l'opinion de Bézard; en tout cas, dit-il, le sérum ne peut empêcher la poussée que la diphtérie donne à une tuberculose antérieure (1).

Accidents mortels. — Les bienfaits du sérum sont tels qu'on devrait continuer à l'employer, même s'il était prouvé qu'il est responsable des quelques accidents mortels qu'on lui a attribués. On agit ainsi pour le chloroforme.

Néanmoins, s'il est démontré que le sérum est parfois nocif et que son emploi n'est pas sans inconvénients, on comprendra que le médecin ne l'administre pas dans tous les cas, contrairement à l'opinion émise tout d'abord.

Il importe donc, pour préciser les indications du sérum, d'être fixé sur la réalité des accidents mortels qu'on met à son passif.

Nous avons réuni neuf observations de morts consécutives à des injections de sérum et pouvant faire croire à leur action néfaste.

1. Guinon et Rouffilange (*Rev. des mal. de l'enfance*, mai 1895). — Enfant de trois ans, angine diphtéroïde (pas d'examen bactériologique) : 40 centimètres cubes de sérum en cinq jours. Érythyème et albuminurie le second jour

(1) Dans la thèse récemment parue de Poix (*Recherches critiques et expérimentales sur le sérum diphtérique, son action sur l'organisme, ses accidents*, Paris 1896), nous trouvons une observation de diphtérie chez un tuberculeux avancé où l'injection fut suivie d'hyperthermie (39°4 cinq heures après l'injection), d'albuminurie, d'une légère hémoptysie et de mort au bout de huit jours. A l'autopsie, les cavernes étaient remplies de sang et il y avait une congestion intense des deux bases. Poix conclut que les injections de sérum antidiphtérique ne doivent être faites qu'avec prudence chez les tuberculeux diphtériques.

après la première injection. Anurie le quatrième jour et les suivants; le septième jour, convulsions toniques et cloniques, coma, mort.

2. Moizard et Bouchard (*Bull. méd.*, 1895, p. 635). — Enfant de six ans, angine que l'examen bactériologique démontra non diphtérique, une seule injection de 10 centimètres cubes. Guérison complète de l'angine en quelques jours. Le sixième jour après l'injection, fièvre, diarrhée, vomissements, pas d'albumine; le huitième jour, urticaire, puis érythème, fièvre élevée; brusquement, le dixième jour, coma interrompu par des convulsions cloniques, pupilles dilatées, pouls s'affaiblissant de plus en plus; mort. Pas d'autopsie.

3. Legendre (Soc. méd. des hôpit., 5 juillet 1895). — Angine diphtérique à début herpétique, 10 centimètres cubes de sérum le quatrième jour et 10 centimètres le huitième, guérison. Au bout de quinze jours, paralysie du voile du palais, puis paralysie généralisée, accès de dyspnée sans albumine, attaques syncopales, mort dans une syncope cinq semaines après le début.

4. Izor Alfoldi, de Pancsova (*Gyogaszat*, n° 5, 1895). — Fille de trois ans, dont le père avait la diphtérie. Injection préventive de 2 centimètres cubes de sérum de Behring n° 1. Le lendemain, abattement, le troisième jour 40 degrés, douleurs lombaires, albuminurie intense, le quatrième jour, nausées, pétéchies, le cinquième jour, mort.

5. Maréchal (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 1895, p. 187). — Garçon de cinq ans, entré à Trousseau au cinquième jour d'une diphtérie (40 centimètres cubes de sérum), sorti guéri le cinquième jour après la première injection. Le quatorzième jour, fièvre, épistaxie, constipation, légère parésie du voile du palais; ces symptômes s'aggravent peu à peu, le pouls devient fréquent, la température s'élève (39°8).

Le trente-quatrième jour après l'injection, accès dyspnéique formidable survenant brusquement, asphyxie, mort en moins de quarante minutes, avec tous les symptômes de paralysie subite du pneumogastrique.

6. Fournier, de Compiègne (*Journ. des prat.*, 1896, p. 278). — Enfant de dix ans, angine diphtérique avec albuminurie; 20 centimètres cubes de sérum au huitième jour. Guérison apparente. Au dix-septième jour, paralysie du voile du palais; au vingt-neuvième jour, crises d'étouffement, mort dans la nuit attribuée à une paralysie bulbaire.

7. Langerhaus. — Une des domestiques du professeur Langerhaus avait été prise de diphtérie et transportée à l'hôpital. M. Langerhaus fit lui-même à son fils, âgé de vingt et un mois, une injection préventive et, quelques minutes après, l'enfant, jusqu'alors en pleine santé, n'était plus qu'un cadavre. L'autopsie n'apporta aucun éclaircissement; tous les organes étaient normaux.

8. Halderman (de Portsmouth). — Il fit une injection préventive de sérum de Behring frais à un enfant de cinq ans jusque-là en parfaite santé.

Cinq minutes après, l'enfant était mort (*Journ. des prat.*, 1896, p. 346).

9. Variot. — Enfant de dix-huit mois atteinte d'une diphtérie légère du pharynx. Croup avec spasme phréno-glottique. Tubage. Injection en deux fois de 25 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Mort en quarante-huit heures avec hyperthermie très prononcée. Pas de lésion à l'autopsie pouvant expliquer la mort.

10. Hoffner. — Six enfants d'une même famille sont atteints en même temps d'une diphtérie assez grave. Chacun reçoit 10 centimètres cubes. Le plus jeune des enfants mourut une demi-heure après l'injection; son état n'était pas assez grave avant la piqûre pour que la mort puisse être attribuée à la maladie elle-même. Le décès est donc bien imputable au sérum. Les cinq autres enfants ont guéri sans incident. (Pas d'autopsie, l'auteur n'avait pas revu l'enfant après la piqûre et n'a appris la mort que deux jours plus tard.)

11. X... — Diphtérie amygdalienne, pharyngée et nasale. Diagnostic confirmé par la culture; 10 centimètres cubes de sérum de l'Institut de New-York. Au moment de l'injection, l'enfant ne semble pas très malade, 37°7. Aggravation immédiate après l'injection. En dix heures, la température monte à 39°4; l'urine devient albumineuse; la gorge se déterge rapidement, mais prostration marquée, anémie extrême, fièvre continue irrégulière, et mort par épuisement et syncope quatre jours après l'emploi du sérum (Société américaine de pédiatrie).

12. X... — Garçon de trois ans et demi, diagnostic confirmé par la culture, malade depuis deux jours, fausses membranes sur les amygdales et dans le nez; deux injections de sérum de l'Institut de New-York. Une néphrite aiguë se développa après la seconde injection, suivie de coma, de convulsions et de mort vingt heures après la seconde injection (*Idem*).

13. Kortrighe (de Brouhlyn). Jeune fille de seize ans; bonne santé ordinaire, diphtérie tonsillaire, diagnostic confirmé par la culture, injection le premier jour de 10 centimètres cubes de sérum de Behring, mort avec convulsions dix minutes après l'opération (*Idem*).

En résumé : ces cas de morts pouvant se cataloguer ainsi :

Une mort par anurie (Obs. I).

Trois morts par paralysie diphtérique (Obs. III, IV et VI).

Une mort avec phénomènes cérébraux (Obs. II).

Deux morts subites (Obs. VII et VIII).

Une mort par hyperthermie (Obs. IX).

Un cas où les circonstances dans lesquelles s'est produite la mort ne sont pas signalées.

Il faut d'emblée éliminer les morts par paralysies diphtériques, elles relèvent de la diphtérie et non du sérum qui a été donné le cinquième jour dans l'observation V, le huitième jour dans l'observation VI, le quatrième et le dixième jour dans l'observation III. Ces observations montrent seulement qu'il faut inoculer les enfants de bonne heure.

L'absence d'autopsie enlève à l'observation II une grande partie de sa valeur. Y a-t-il eu hémorragie cérébrale, encéphalite, septicémie streptococcique? On n'en sait rien. (Voir les appréciations de M. Roux sur cette observation *Bull. méd.*, 1895, p. 697.)

L'observation de Guinon et Rouffilange, plus probante puisqu'on voit l'albuminurie et l'anurie augmenter à chaque injection de sérum, est cependant passible d'un reproche : il n'y a pas eu d'examen bactériologique.

L'observation d'Izor Alföldi rentre aussi dans les accidents rénaux. L'absence de détails nous empêche de l'accepter comme tout à fait probante. Restent les cas de Langerhaus et d'Halderman où la mort est bien difficile à expliquer. Le sérum a-t-il pu avoir une action si nocive après quelques minutes? C'est bien invraisemblable.

Ne faut-il pas plutôt croire à un réflexe mortel qu'une injection d'eau pure aurait pu tout aussi bien provoquer? Ou bien devons-nous accepter les conclusions des expériences de Seibert et Schwizer (*Pédiatries*, 1896) qui attri-

buent les morts subites par le sérum à l'introduction dans les veines d'une certaine quantité d'air au moment de la piqûre. Il est difficile de se prononcer.

C'est donc à peine si l'on peut réunir quelques cas d'accidents mortels et chacun d'eux présente des lacunes qui empêchent de le considérer comme absolument probant.

Or, il a été délivré, par les différents établissements scientifiques qui fabriquent du sérum, environ 500000 doses de sérum antidiphtérique et 100000 personnes au moins ont été inoculées.

La proportion des prétendus accidents mortels est donc en tout cas des plus minimes et ce ne sont pas des cas si rares et si incertains qui peuvent faire modifier les indications du sérum.

VI

Conclusions. — Nous venons de passer en revue tous les inconvénients qui, de côtés et d'autres, ont été reprochés au sérum. Nous pouvons les résumer ainsi :

Dans la majorité des cas, le sérum ne donne lieu à aucune conséquence fâcheuse.

Dans 10 à 20 p. 100 des cas, il provoque des éruptions. Plus de la moitié sont de simples éruptions d'urticaire, non fébriles, gênantes seulement par les démangeaisons qui les accompagnent souvent, mais non toujours. D'autres éruptions, plus rares, prennent la forme d'érythème; elles peuvent être plus ou moins fébriles ou accompagnées d'abattement, de lassitude, de douleurs. Les douleurs rhumatoïdes s'observent seulement 2 ou 3 fois sur 100 inoculations. Ces altérations de l'état général sont passagères; elles disparaissent au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, sans laisser de traces.

Dans les heures qui suivent l'injection de sérum, on peut observer une légère hyperthermie, un peu d'albuminurie (ou de peptonurie). Ces phénomènes n'ont aucune importance. Quant à de véritables néphrites, dues au sérum, il est douteux qu'on en ait observé; les rares cas cités comme tels sont peut-être des néphrites diphtériques ou des néphrites par infections secondaires.

On doit peut-être attribuer au sérum quelques cas de diarrhée dysentériforme et de métrorragies.

Les accidents mortels attribués au sérum et ceux qui ont été assez graves pour faire craindre une terminaison fatale sont très rares; il n'est même pas prouvé qu'on en ait observé dont on puisse, sans conteste, rendre le sérum responsable.

En résumé, il reste au passif du sérum les éruptions d'urticaire, avec leurs démangeaisons gênantes (10 à 15 p. 100 environ des cas), et les érythèmes infectieux, avec l'état fébrile, l'abattement et les douleurs qui les accompagnent (5 p. 100 environ des cas).

Ces incidents constituent, en somme, des inconvénients bien petits, dont il y a à peine à tenir compte en regard des bienfaits du sérum. Les statistiques ci-après sont la meilleure démonstration de ces bienfaits. (Nous nous sommes limités aux statistiques portant au moins sur 100 cas.)

Auteurs.	Bibliographie.	Nombre de cas traités.	Mortalité p. 100.	Mortalité avant le sérum.
Ehrlich, Kossel et Wassermann	*Deuts. med. Woch.*, 1894	233	23	
Roux	Comm. au Congrès de Budapest, 1894	448	24,5	
Aronson	*Deuts. med. Woch.*, 1894, 42	255	12,1	37
Katz	*Münch med. Woch.*, 1894, 543	128	13,2	
Körte	*Deuts. med. Woch.*, 1894, 45	132	33,1	
Bokaï	*Deuts. med. Woch.*, 1895, 11, IV	120	25,5	60
Kossel	*Zeist. f. Hyg.*, Bd. XVII	119	11,1	
Soltmann	*Deuts. med. Woch.*, 1895, 4	122	18	40
Widerhofer	*Deuts. med. Woch.*, 1895, 2	100	24	52
Hopit. Trieste	*Deuts. med. Woch.*, 1894, 52	236	22	50
Sims-Woodhead	*The Lancet*, 1894, 15, XII	149	11	
Hahn	Soc. méd. berl., 1894, XII	205	24	
Baginsky	XIII[e] Congrès de méd. interne, avril 1895	585	15,1	41
Heubner	— — —	181	10	
Ranke	— — —	124	22,4	41
Widerhofer	— — —	300	14,3	40,8
Ranchfuss	— — —	100	21	55
Moizard	*Gaz. des hôp.*, 1894, 7, VII	231	14,7	
Lebreton	Soc. méd. des hôpit., 1894, XII	242	11,5	
Sevestre et Meslay	— 1895	179	10	
Variot	— —	1414	14,5	
Berlioz (de Grenoble)	*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 1895	252	13	
Lenhartz (de Hambourg)	*Centralbl. f. Kinderh.*, avril 1896	182	16,4	35 à 52
Ranke (de Munich)	— —	225	19,1	42 à 57
Sevestre	Soc. méd. des hôp., 1896	1140	13,85	
Adams	*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 1896	176	14,77	47 à 55
Enquête de la Société américaine de Pédiatrie		5794	12,3	

Biggs, qui a récemment relevé et analysé toutes les statistiques antérieures, arrive au total global suivant :

Malades : 24768; morts : 4004; mortalité 16 p. 100.

Biggs donne aussi la mortalité diphtérique absolue pour

100000 habitants à Paris, Berlin et New-York dans les années 1886-1896.

Année.	Paris.	Berlin.	New-York.
1886. . .	73,2	125,7	187,5
1887. . .	76,9	100,7	206,6
1888. . .	83,7	76,1	167,6
1889. . .	79,9	85,5	146,2
1890. . .	77,5	102	110,6
1891. . .	63	67,4	118,7
1892. . .	63,6	92,9	123,3
1893. . .	51,5	100,8	145,5
1894. . .	40,7	86,7	158,5
1895. . .	17,7	59,7	105,2
1896. . .	17,5	30,9	91,3

Ainsi, en quelques années, la mortalité diphtérique est tombée de 70 ou 80 à 17. Elle a donc diminué de plus des trois quarts.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux de neurologie chirurgicale [2e année] (1), par le docteur A. Chipault.

L'an dernier, en annonçant l'apparition de la première année des « Travaux de neurologie chirurgicale », publiés par le docteur Chipault, nous exprimions le désir que cette publication continuât à paraître dans les mêmes conditions : aussi c'est avec le plus grand plaisir que nous venons de parcourir sa deuxième année et de voir, par la préface qu'y joint l'auteur, que désormais les « Travaux de neurologie chirurgicale » paraîtront, annuellement, d'une façon régulière.

A ce sujet, nous lui ferons un reproche : pourquoi faire paraître un périodique annuel en juin et non pas en janvier, ou mieux encore à l'époque du Congrès de chirurgie, puisqu'il s'agit d'un périodique chirurgical, que seraient sans doute bien aises de feuilleter les chirurgiens de province venus à Paris à cette occasion?

Cette question réglée, nous n'avons plus guère que des éloges à faire à l'éditeur et à l'auteur. A l'éditeur, d'avoir compris que dans un ouvrage de chirurgie l'abondance des figures est indispensable, et que, de toutes les figures, la photographie, moins nette peut-être parfois, mais plus fidèle que toute autre, est la meilleure; à l'auteur d'avoir su réunir, pour cette seconde année de son périodique, d'aussi excellents collaborateurs, représentés par des articles auxquels ils ont, on le voit, apporté toute leur sollicitude.

Nous citerons seulement des articles de *Londe*, sur les applications de la radiographie à la chirurgie du système nerveux; de *Doyen*, sur la technique des résections craniennes; de *Lambotte*, sur le traitement de la phlébite du sinus latéral; de *Feindel*, sur la neuro-fibromatose; de *Capitan* et de *Meige*, sur les figurations artistiques du mal de Pott; de *Regnault*, sur l'ankylose spontanée des arcs vertébraux dans cette affection; de *Sabrazès*, *Binaud* et *Villar*, sur la ponction lombo-sacrée; de *Juvara* et *Poirier*, sur le ganglion de Gasser; de *Jonnesco*, sur la résection du sympathique cervical; de *Brissaud*, sur le torticolis spasmodique; de *Gilles de la Tourette*, sur les pieds-bots au point de vue de leur pathogénie.

Enfin, *Chipault*, outre une série d'études sur les résections craniennes, les kystes dermoïdes du péricrâne, le traitement chirurgical des hémorragies cérébrales, les hémorragies hystériques du sein, nous donne l'ensemble de ses recherches sur le traitement des gibbosités, une question brûlante qu'il a déjà étudiée à l'Académie de médecine avec une discrétion scientifique qui a fait certainement défaut à d'autres publications sur le même sujet; on sait, du reste, que Chipault est, à n'en pas douter, ainsi que l'a déclaré M. Monod à l'Académie, le créateur de la réduction en un temps des gibbosités, réduction qu'il maintient à l'aide des ligatures apophysaires étudiées par lui dans la *Gazette des hôpitaux* au commencement de cette année.

Nous ne pouvons que souhaiter encore une fois bonne chance à la nouvelle publication de notre collaborateur; elle constituera certainement, d'ici quelques années, un recueil précieux où auront été successivement étudiées toutes les questions si intéressantes de la neurologie chirurgicale.

(1) In-8o, 320 pages et 157 gravures. — Prix : 15 francs. — Paris, Vigot frères.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 juillet 1897, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris; et Doyon, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Brun, chirurgien des hôpitaux de Paris; Legendre, médecin de l'hôpital Tenon; Bezançon, ancien maire de Boulogne-sur-Seine; Vagnat, maire de Briançon; Chavanis, médecin à l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne; Pons, président du conseil d'arrondissement de Nérac; Bailly, médecin à Chambly; Casamayor-Dufaur, médecin en chef des hospices d'Oloron; Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon; et Legras, médecin à Dompaire.

— Des médailles d'honneur ont été accordées aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours des maladies épidémiques ou contagieuses :

Médailles d'or : MM. les docteurs Ollé, médecin des épidémies à Saint-Gaudens; Soueix, médecin des épidémies à Saint-Girons; et de Valicourt, médecin à Philippeville.

Médaille de vermeil : Mme Martin a secondé son mari, M. le docteur Martin, dans les soins donnés aux personnes atteintes de diphtérie à Privas.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Blache, maire de Privas; Castelli, Chancel, Galetti, médecins de la santé à Marseille; et Gomot, médecin des épidémies à Guéret.

Médailles de bronze : MM. les docteurs Courtade, à Outarville; Poitevin de Fontguyon, interne à l'hôpital Saint-Jean, à Bordeaux; et Schisgal, à Thiberville.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Malapert, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire, pendant la durée du congé, accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à M. le professeur Poisson.

— Les médecins hambourgeois seraient très heureux de montrer aux congressistes français, qui se rendront à Moscou par l'Allemagne, la Suède et la Norvège, les différents hôpitaux de cette ville et le nouvel établissement d'Ependorf. Le comité local de Hambourg, et en particulier M. le docteur Kummel, se mettent à la disposition des congressistes pour ces différentes visites.

— L'Association de la presse médicale allemande et son très distingué secrétaire général, M. le docteur Posner, se mettent à la disposition des congressistes étrangers qui passeront par Berlin, pour leur montrer les établissements d'assistance et d'instruction de cette ville. Réception des congressistes français les 15 et 16 août plus particulièrement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Félix Boureau, médecin honoraire de Saint-Lazare; Dewindt (d'Alost).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion dans le Jura, en Suisse et en Savoie*, organisée avec le concours de la Société française des voyages Duchemin. — Départ de Paris, les 5 et 9 août; retour, le 17 août.

Premier itinéraire : Paris, Dijon, Besançon, le col des Roches, les Brenets, le Saut du Doubs, le Locle, Neuchatel, Berne, Interlaken, Grindelwald, Lauterbrunnen, Interlaken, Lausanne, Territet-Glion, les rochers de Naye, le château de Chillon, la cascade de Pissevache, les gorges du Trient, Martigny, la Tête-Noire, Chamonix, Genève, Paris.

Prix : 1re classe, 470 fr.; 2e classe, 430 fr.

Deuxième itinéraire : Paris, Dijon, Pontarlier, Lausanne, puis comme le premier itinéraire jusqu'à Paris.

Prix : 1re classe, 370 fr.; 2e classe, 330 fr.

Les prix indiqués ci-dessus comprennent : les billets de chemins de fer; les transports en bateaux et en voitures, le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité de la Société des voyages Duchemin.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages Duchemin, 20, rue de Grammont, à Paris.

— *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau organisée avec le concours de la Société des voyages économiques (dimanche 8 août 1897).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 8 h. matin; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 15 matin. — Départ de Fontainebleau, 10 h. 15 soir; arrivée à Paris, 11 h. 36 soir.

Prix : 1re classe, **18** fr. ; 2e classe, **16** fr. ; 3e classe, **15** fr.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour ; 2° le transport en voiture, les repas, etc., sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de cette Compagnie, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses, par le docteur F.-J. Collet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.) Petit in-8°, broché. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson et Cie.

Les artérites et les scléroses, par le docteur A. Brault, médecin de l'hôpital Tenon. (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.) Petit in-8°, broché. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soud

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 2 août 1897.

Poursuivant la série de ses études sur la **lèpre**, M. Jeanselme a présenté, dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, deux malades porteurs du syndrome de Morvan. L'auteur prend texte de cette présentation pour étudier les rapports qu'affectent entre eux le syndrome de Morvan, la syringomyélie et la lèpre.

Le premier de ces malades, chauffeur à bord d'un navire, a vécu pendant vingt-cinq ans en Chine, aux îles de la Sonde et à Bornéo, contrées infestées de lèpre. Quelques années après, ce malade vit ses mains prendre l'attitude décrite sous le nom de greffe cubitale. A cette même époque, on constatait chez lui une anesthésie tactile et thermique, siégeant sur le dos des mains et des avant-bras.

Aujourd'hui, ce malade est au Val-de-Grâce, dans le service de M. Du Cazal. Il présente les traces de nombreux panaris qui ont mutilé ses extrémités. Le nerf cubital droit est gros, dur, fusiforme. Une éruption des macules érythémateuses anesthésiques recouvre le tronc et les membres.

Le diagnostic s'impose, c'est la lèpre.

Le deuxième malade a déjà été présenté, en 1893, à la Société médicale des hôpitaux par M. Debove, sans qu'à cette époque on se soit cru autorisé à porter un diagnostic ferme.

Cependant, la constatation de neuf panaris aux doigts, l'état noueux de son nerf cubital, la répartition des panaris et de l'anesthésie aux quatre extrémités, tout permet, sinon d'affirmer, du moins de songer à la lèpre.

Si l'on compare ces cas de lèpre à panaris multiples aux nombreux cas de syringomyélie de type Morvan, on arrive aux conclusions suivantes :

« Dans la syringomyélie, type Morvan, les panaris sont très souvent cantonnés aux extrémités supérieures, parfois même à une seule main ; l'anesthésie revêt la forme vestimentaire, la paralysie est rare et d'origine centrale, les nerfs cubitaux sont normaux, les réflexes sont manifestement exagérés, et la scoliose est très fréquente.

Dans la lèpre mutilante, les panaris affectent indifféremment les doigts et les orteils ; l'anesthésie, d'abord rubanée, ne devient segmentaire que dans la suite, elle est distribuée aux quatre membres et respecte en partie la face et le tronc ; la paralysie faciale est fréquente et d'origine périphérique ; les nerfs cubitaux sont fusiformes ou noueux, les réflexes normaux ou abolis et la scoliose n'existe jamais. »

M. André Jousset, interne de M. Béclère, frappé de la fréquence des **phrénalgies** au cours de la tuberculose pulmonaire à ses différents stades, a appris à connaître un nouveau signe qu'il considère comme caractéristique de la névralgie phrénique. Ce point siège, de façon constante et précise, sur la ligne médiane du sternum au droit des cinquième ou quatrième articulations chondro-sternales. Ce point douloureux ne doit pas être confondu avec la douleur diffuse rétro-sternale signalée par Peter dans les affections chroniques de l'aorte. Son importance diagnostique s'accuse dans les cas où une douleur épigastrique étant constatée, on hésite à la rapporter au diaphragme, à la vésicule biliaire, à l'estomac, etc. La présence du point médiosternal peut lever les doutes en démontrant que le phrénique est seul en cause et qu'il participe accessoirement aux réactions douloureuses.

La transformation en **cancer de l'estomac** de l'ulcère simple est chose relativement fréquente et dont l'étude a déjà été faite plusieurs fois, mais surtout en Allemagne. En France, si l'on en excepte le travail très documenté de Lignal (de Lyon), on s'aperçoit qu'il n'existe presque rien sur cette question.

M. Albert Mathieu rapporte trois observations dans lesquelles le diagnostic de cancer succédant à l'ulcère a pu être fait pendant la vie, dans lesquelles la nécropsie et l'étude histologique ont confirmé le diagnostic.

Il résulte de l'étude très minutieusement attentive de ces trois cas, quelques renseignements d'ordre clinique et anatomique, qu'il importe de préciser.

Ce qui, cliniquement, caractérise le cancer gastrique succédant à l'ulcère, c'est la longue durée de la maladie, l'existence d'une première phase dans laquelle on trouve les symptômes de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère. L'hyperchlorhydrie même peut persister longtemps après que la lésion cancéreuse a débuté, et s'explique par la persistance des cellules bordantes dans les tubes glandulaires.

Anatomiquement, on constate que le cancer prend naissance au pourtour de l'ulcération, aux dépens des éléments glandulaires de la muqueuse.

Un nouveau mémoire de MM. Achard et Castaigne vient compléter leurs études antérieures sur l'**élimination du bleu de méthylène**.

Ces auteurs ont à nouveau constaté que le bleu de méthylène s'élimine par l'urine, non seulement à l'état de bleu en nature, mais aussi à l'état de chromogène incolore qui se décèle par sa coloration verte lorsque l'on chauffe l'urine avec l'acide acétique. Quelquefois, il y a comme dissociation dans cette élimination, le bleu n'apparaissant pas, le chromogène apparaissant seul.

Cet état répond sans doute à un trouble rénal, et s'est rencontré chez des sujets chez lesquels survenaient des symptômes indiquant une néphrite aiguë; on est ainsi amené à poser ces deux règles : Chez un sujet sain, les reins laissent passer sans difficulté le bleu en nature et ne permettent le passage qu'à une quantité peu appréciable de chromogène. Par contre, quand la perméabilité rénale est altérée, l'élimination du bleu est retardée, et le chromogène, plus diffusible, peut passer seul pendant un certain temps et quelquefois dans le délai normal, lorsque la perméabilité n'est que peu diminuée.

Cette étude comparative du passage du bleu et du chromogène peut devenir d'un grand intérêt pour le pronostic.

M. Babinski montre à la Société plusieurs hémiplégiques qui présentent une variété particulière de **mouvements associés.**

Ce mouvement consiste en ceci : dès que le malade, étendu sur un plan résistant, plus ou moins horizontal, dans le décubitus horizontal, fait un effort pour se mettre sur son séant, du côté paralysé, la cuisse exécute un mouvement de flexion sur le bassin et le talon se détache du sol, tandis que du côté opposé, le membre inférieur reste immobile, ou bien la flexion de la cuisse et le soulèvement du talon n'apparaissent que plus tardivement et sont bien moins marqués qu'au membre atteint de paralysie. On peut donner à ce phénomène le nom de mouvement associé de flexion de la cuisse.

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET OBÉSITÉ (1)

Par M. L. Queyrat,
Médecin des hôpitaux de Paris.

Je viens présenter à la Société médicale des hôpitaux deux malades de ma clientèle : un homme de soixante-cinq ans et une jeune femme de vingt-cinq ans, intéressants l'un et l'autre au même point de vue.

Tous les deux ont les apparences de la plus parfaite santé, leur mine est très bonne, ils sont gros et gras, trop gras même, car leur embonpoint devient de l'obésité (l'homme mesure 1m20 de tour de taille), et si je demandais à mes collègues de faire le diagnostic de l'affection dont ces malades sont atteints, d'après leur facies, leur embarras, je pense, serait assez grand et peut-être répondraient-ils comme un confrère à qui je posais la même question : « Dans tous les cas ce ne sont pas des tuberculeux. » Eh bien, c'est là justement que se trouve le point intéressant de l'histoire de ces malades; c'est que, malgré leurs apparences de bonne santé, malgré leur mine florissante, malgré leur hyperadipose, tous les deux sont tuberculeux. Et il ne s'agit pas de tuberculose guérie, éteinte, il s'agit de tuberculose en évolution, avec bacilles dans les crachats.

Je résume l'observation de ces deux malades qui, je dois l'ajouter, n'ont entre eux aucun lien de parenté.

M. H..., âgé de soixante-cinq ans, a eu, à vingt ans, une bronchite sérieuse qui a duré seize mois et qui a nécessité une longue convalescence à la campagne. A la suite, il est resté pâle et amaigri.

A vingt-neuf ans, nouvelle bronchite, au cours de laquelle le malade est pris d'hémoptysies très abondantes. Depuis, il ne passe guère d'hiver sans avoir, comme il dit, un gros rhume et souvent des crachements de sang; mais sa santé générale s'est progressivement améliorée, et après plusieurs saisons passées à Soden, il a engraissé beaucoup. Il pèse actuellement 110 kilogrammes (sa taille est de 1m74), et mesure comme tour de ceinture, ainsi que je le disais plus haut, 1m20; c'est un obèse.

Lorsqu'on l'ausculte, on trouve en arrière, au sommet droit, une expiration très prolongée et soufflante à laquelle vient s'ajouter, pendant les périodes de « rhume », une zone de râles sous-crépitants à bulles fines et moyennes.

La sonorité est très diminuée, les vibrations sont exagérées. Jamais de fièvre. Au moment des poussées congestives, le malade crache un peu, et ses crachats contiennent un petit nombre de bacilles de Koch (8 à 10, en moyenne, par préparation).

Depuis trois ans que je donne des soins à M. H..., j'ai fait à plusieurs reprises, et à des années d'intervalle, l'examen de ses crachats, j'y ai toujours trouvé des bacilles à peu près dans la même proportion. Malgré cela, la santé de M. H... se maintient très bonne et il continue à engraisser : il pesait 108 kilogrammes en 1896, il en pèse cette année 110.

Mme V..., âgée de vingt-cinq ans, mariée depuis cinq ans, pas de grossesse. A eu la fièvre typhoïde à quinze ans.

A vingt et un ans, elle est prise d'une bronchite qui dure trois mois et dont elle ne s'est jamais complètement remise, toussant et crachant tous les hivers.

Le 26 octobre 1895, léger crachement de sang; la malade vient me consulter et, dans mon cabinet, elle est prise, pendant que je l'examinais, d'une abondante hémoptysie.

Les crachats, examinés quelques jours après, me montrèrent un assez grand nombre de bacilles de Koch. Je les ai examinés il y a huit jours, ils en contiennent encore.

L'auscultation, chez cette malade, révèle, dans la fosse sus-épineuse droite, l'existence d'une expiration prolongée et soufflante; en avant, dans la région sous-claviculaire, l'inspiration est rude et basse.

Les vibrations sont accrues, la sonorité est diminuée; jamais il n'y a eu de râles.

La malade est d'un embonpoint qui confine à l'obésité.

Ayant seulement 1m54 de taille, elle pesait :
En 1892, 54 kilogrammes.
En 1895, 55 kilogrammes.
En avril 1896, 58 kilogrammes.
En septembre 1896, 59 kilogrammes.

L'appareil respiratoire mis à part, rien de particulier à noter chez l'un et l'autre de ces malades.

Je tiens à ajouter que l'examen des urines, plusieurs fois pratiqué, ne m'a jamais montré ni sucre, ni albumine.

Ces deux malades servirent de texte, pour ainsi dire, et de preuve à cette proposition, à savoir que l'on croit trop volontiers sur la foi des auteurs que la tuberculose s'accompagne forcément d'amaigrissement. Si c'est là une règle, encore faut-il savoir que cette règle souffre bien des exceptions, et je pense qu'il y a intérêt, aussi bien pour les malades que pour les médecins, à insister sur ce fait que la tuberculose pulmonaire peut parfaitement évoluer chez des indi-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

vidus qui ont non seulement les apparences de la santé, mais encore présentent une surabondance remarquable de tissu adipeux. Et il ne s'agit pas là d'une hyperadipose consécutive à la guérison de lésions tuberculeuses, mais d'une hyperadipose évoluant parallèlement à des lésions tuberculeuses en pleine activité, à des lésions qui s'accompagnent de rejet de bacilles.

Cette particularité, je le répète, mérite d'être soulignée; elle est très importante pour nous, médecins, en ce qui concerne le diagnostic parfois si délicat et la prophylaxie, presque toujours négligée, de la tuberculose.

Trop souvent ces malades, en apparence bien portants, ne sont pas auscultés ou ne le sont que superficiellement; s'ils crachent, leurs crachats ne sont pas examinés, pas stérilisés, cela va sans dire, et de tels malades peuvent devenir le point de départ d'une contagion familiale d'autant plus facile que le danger est moins soupçonné.

Ces faits d'hyperadipose tuberculeuse ne sont pas rares dans la pathologie animale, et M. Nocard en a rapporté, comme on le sait, des exemples saisissants; de même lorsqu'on inocule des séries de cobayes avec des cultures de tuberculose humaine (je parle ici des inoculations sous-cutanées ou intra-péritonéales), il arrive parfois que certains des animaux, après avoir maigri pendant quelque temps, se mettent à engraisser et engraissent dans des proportions considérables; ils meurent lorsque les tubercules ont pullulé dans leurs poumons; mais ils meurent le tissu cellulaire et le mésentère complètement infiltrés de graisse.

Pourquoi cette évolution différente? S'agit-il d'une graine tuberculeuse moins virulente ou d'une réaction particulière de l'organisme? Je ne saurais le dire et ce point mérite d'être étudié. Chez Mme V..., la virulence des bacilles n'était pas très accusée, et deux cobayes inoculés sous la peau, chacun avec 1 centimètre cube de crachats, sont morts après huit et dix semaines, l'un et l'autre très amaigris.

Mais toute question d'interprétation mise à part, des deux faits que je viens de présenter, je veux tirer cette conclusion : qu'avec une infection bacillaire en activité, qu'avec des bacilles de Koch virulents, non seulement on peut vivre de longues années, non seulement on peut avoir un aspect extérieur de bonne santé, mais encore on peut engraisser au point d'arriver à l'obésité et qu'en matière d'infection tuberculeuse, comme en beaucoup d'autres, le médecin doit se garder de se fier aux apparences.

INFLUENCES

EXERCÉES PAR LES ÉTATS PATHOLOGIQUES DES GÉNÉRATEURS SUR LA CONSTITUTION DES DESCENDANTS (1).

Par M. A. Charrin.

Depuis quatre ans j'ai pu observer un certain nombre d'enfants issus de mères atteintes, pendant les derniers mois de leur grossesse, de différentes infections : syphilis, rhumatisme articulaire aigu, diphtérie, influenza, oreillons, phlegmon, érysipèle, pneumonie, pleurésie, tuberculose, etc.

J'ai vu très rarement, chez le nouveau-né, se développer la maladie même dont la mère était affectée, mais j'ai constaté souvent des lésions ou des troubles fonctionnels différents de la maladie maternelle mais causée par cette maladie.

J'ai enregistré un cas de syphilis rapidement mortelle, caractérisé par des ulcérations cutanées, de la sclérose du foie, des décollements épiphysaires, etc. Ce qui était particulièrement digne de remarque, c'était l'intensité, l'étendue des dégénérescences muqueuse et fibreuse du placenta. L'altération du filtre placentaire avait-elle facilité le passage de l'agent pathogène?

J'ai vu, d'autre part, une femme souffrant d'arthropathies multiples, mobiles, fébriles, qui furent modifiées par le salicylate de soude; elle donna naissance à un garçon qui avait également des gonflements péri-articulaires au niveau des deux articulations tibio-tarsiennes; l'administration d'un peu d'antipyrine les améliora. La mère et l'enfant ont guéri.

Pour les autres infections, je n'ai jamais constaté l'hérédité directe.

Tantôt les rejetons sont nés à terme avec toutes les apparences de la santé; tantôt il y a eu avortement, mort prématurée; enfin, j'ai réussi à déceler des anomalies avec une fréquence plus grande, au moins dans mes cas, que chez les enfants issus de parents normaux.

D'une manière générale, quand ces enfants de femmes infectées naissent à terme, leur poids est inférieur au poids moyen des rejetons de mères parfaitement saines; les difformités, les malformations sont chez eux moins exceptionnelles : becs-de-lièvre, pieds-bots et autres anomalies qui rappellent ces monstruosités que M. Gley et moi avons obtenues expérimentalement chez les animaux intoxiqués par les produits microbiens.

La croissance s'opère moins régulièrement, mais promptement : au lieu des augmentations quotidiennes de 35 à 30 grammes, on constate que l'accroissement du poids ne dépasse pas 20 grammes et que, même, il peut être nul.

Les enfants libres de toute hérédité morbide, placés dans un calorimètre spécial du professeur d'Arsonval, rayonnent environ 8 à 9 Cal., en un temps qui varie de quarante à soixante minutes; introduits dans ce même calorimètre, les rejetons de mères infectées habituellement ne dégagent, dans le même temps, que 7, 6, 4 Cal.

Les urines de ces enfants sont ordinairement plus toxiques que celles des nouveau-nés normaux.

Injectées dans les veines du lapin, aux doses considérables de 100 à 180 grammes par kilogramme, les urines des sujets nés de parents sains produisent parfois la mort; l'animal qui n'a pas été tué sur le coup survit définitivement.

Les urines des nourrissons nés de parents malades, fréquemment moins pauvres en urée et en matières colorantes, provoquent parfois la mort immédiate quand on les injecte dans les veines du lapin à une dose voisine de 90 grammes par kilogramme; et, si l'animal ne succombe pas immédiatement, sa survie est, dans nombre de cas, limitée: il meurt au bout de quelque temps.

Ces données relatives au poids, à la croissance, au rayonnement, à la toxicité, à la composition des urines, varient avec l'âge, avec les semaines; les enfants choisis avaient, le plus souvent, de un à six mois: pour établir ces comparaisons, il convient de tenir compte de ce facteur.

Quant à l'alimentation, elle a uniquement consisté en lait de femme ou en lait stérilisé; les enfants normaux, les témoins, pour ainsi dire, de nos expériences, ont été pris

(1) Communication à l'Académie des sciences.

fréquemment parmi les fils ou les filles des nourrices qui allaitaient en même temps et leur enfant et les nouveau-nés issus des femmes malades; la qualité des aliments a donc été identique. Les doses ingérées ont oscillé entre 600 grammes et 800 grammes, le défaut de croissance tenant souvent, du moins en apparence, non à l'insuffisance de cette alimentation, mais à des métamorphoses digestives imparfaites, à une absorption incomplète; il existe, à ce point de vue, plusieurs types de mauvaise nutrition.

A ces troubles, soit physiques, soit fonctionnels, permettant de distinguer les organismes marqués héréditairement, il convient d'en ajouter d'autres, de nature anatomique.

Quand ces sujets anomaux succombent, il n'est pas exceptionnel de ne découvrir aucune altération viscérale; par contre, j'ai réussi à déceler de la congestion des reins, un écartement excessif des travées du foie, une infiltration du parenchyme hépatique par de la graisse, et ces enfants n'ayant jamais pris que du lait, élément qui n'a passé, à aucune époque, pour un générateur de pareilles détériorations, aucune cause acquise ne semble être intervenue; il est donc nécessaire, à moins d'admettre un agent mystérieux, de remonter aux parents : la mère seule était soumise à notre observation.

Par quels procédés l'influence maternelle parvient-elle à réaliser ces désordres? Pour répondre à cette question, on est contraint de quitter le terrain solide des faits acquis pour risquer quelques hypothèses. — Il est permis de supposer que ces dégénérescences sont dues aux toxines, dont l'existence, à la fin de la grossesse, résulte de l'évolution même du mal; l'expérimentation proclame à la fois leur passage au travers du placenta, leurs aptitudes à créer de semblables lésions. — Il se peut aussi que ces principes aient altéré les cellules maternelles, les cellules de la génération comme les autres; or, les tissus des nourrissons que nous avons étudiés dérivaient de ces cellules débilitées, et des éléments aussi affaiblis sont impuissants à engendrer des parenchymes résistants; voilà pourquoi ces parenchymes ont évolué dans un sens pathologique, surtout au niveau des zones où, dans le foie précisément, l'activité vitale a exigé des efforts. — La toxicité urinaire augmentée prouve, d'ailleurs, que les plasmas, chez ces enfants à ascendants contaminés, contiennent plus de poisons que les humeurs des autres; ces poisons, en outre, même lorsqu'ils dérivent des cellules de l'économie (acides urique, lactique, urates, etc.), peuvent engendrer des lésions de tissus, abaisser la résistance aux parasites de l'infection, et, dès lors, on trouve dans ces données qui, à l'exemple des autres explications, ne manquent pas de bases positives, de nouveaux motifs propres à révéler la genèse des anomalies constatées.

Quoi qu'il en soit, ces recherches (la syphilis, peut-être quelques autres virus mis à part) tendent à établir que l'hérédité directe est chose rare, sans doute parce que, dans nombre de cas, le placenta plus épargné que dans la vérole retient mieux les germes, sans doute aussi pour d'autres raisons : résistance du fœtus, état bactéricide de ses humeurs vis-à-vis de certains microbes.

Ces recherches tendent, en outre, à substituer, aux mots vagues de *conditions du terrain*, des données précises, montrant que si les agents pathogènes évoluent plus volontiers dans des organismes déterminés, c'est qu'en partie par voie d'hérédité ces organismes ne ressemblent pas aux organismes qui procèdent d'ascendants indemnes de toute tare. — L'infection au premier rang, à côté d'elle, ainsi que je l'ai vérifié, des affections non bactériennes, des auto-intoxications, des dyscrasies sanguines, des cachexies cardiaques, une sénilité physiologique précoce, et., exercent sur la descendance des influences telles que les rejetons diffèrent des autres nouveau-nés et par l'état statique et par l'état dynamique et par les attributs fonctionnels des cellules, et par la composition chimique des humeurs, et par la structure anatomiques des tissus : dès lors, on conçoit que les qualités des plasmas de ces organismes considérés comme milieux de culture, que leurs réactions défensives et en présence des bactéries, conduisent à des résultats défectueux.

GUÉRISON INSTANTANÉE

D'UN BRUIT DE BORBORYGME GASTRIQUE REBELLE DEPUIS DEUX ANS A TOUS LES AGENTS THÉRAPEUTIQUES

Par le docteur Louis Vène (de Paris).

Je fus appelé, il y a quelque temps, auprès d'une jeune fille qu'on me dit atteinte d'une infirmité des plus étranges. Pour que je puisse m'en rendre compte, on lui fit boire devant moi une gorgée d'eau; il s'ensuivit un bruit de borborygme gastrique, isochrone à la respiration et assez fort pour être entendu d'une pièce à une autre; en même temps, cette jeune personne, pour calmer sa souffrance, maintenait sa main fermée appliquée sur l'hypocondre gauche.

« Et maintenant, me dit la mère, dans quatre ou cinq heures d'ici, en même temps qu'un gaz sera rendu *par la bouche*, ce bruit cessera. Silence bien court, puisque le moindre aliment, un simple bonbon ou encore une émotion quelconque produisent le même phénomène : cinq heures de musique forcée. Ma fille, renvoyée de partout, a dû renoncer à tout apprentissage. Depuis les deux ans que cela dure, j'ai vu bien des médecins, vous êtes le troisième de la semaine, et j'ai toujours suivi la consultation des hôpitaux : Tenon, puis Lariboisière, et actuellement Saint-Louis, hôpital le plus voisin; là on veut bien lui délivrer les médicaments et les douches qu'elle ne discontinue pas depuis six mois. Mais partout on me dit la même chose : « C'est de l'hystérie, » et on me décourage de tout nouvel essai. »

Je ne trouvai chez cette malade, qui a quinze ans, dont le père est bien portant, la mère d'une bonne santé, mais très impressionnable, ni modifications de la sensibilité cutanée, ni ovarie, ni crises ou malaises nerveux : à signaler seulement qu'un jour, en classe, on l'empêcha d'aller uriner; elle eut ensuite de la difficulté à satisfaire ce besoin et c'est le lendemain matin qu'aurait éclaté le fâcheux symptôme pour lequel elle vient me consulter.

L'examen dans la position horizontale et à jeun (sauf la gorgée d'eau) me fit constater un clapotement sus-ombilical. Pas de néphroptose. Le bruit de borborygme avait cessé par le fait du décubitus dorsal. Lorsque je la fis mettre debout, je fus frappé, la malade étant maigre, de la voussure sous-ombilicale et de la reprise du bruit, phénomènes contrastant avec l'aplatissement hypogastrique et le silence de tout à l'heure dans la position couchée.

Ce bruit de glouglou, isochrone aux mouvements respiratoires, était facile à localiser en bas et à droite de l'ombilic, avec terminaison en haut et à gauche à la demi-distance entre l'ombilic et les fausses côtes gauches, suivant l'axe, en

majeure partie sous-ombilical, d'un estomac subitement ectasié et abaissé par le fait de la station debout. L'émission du renvoi gazeux, toujours par la bouche, semble prouver une fois de plus qu'il s'agissait bien d'un bruit d'origine stomacale.

Pour l'arrêter momentanément, je vis qu'il y avait, à part la position horizontale et l'arrêt de la respiration, deux moyens : le premier était l'épreuve de la sangle de Glénard, pratiquée soit de la façon classique, soit avec une seule main, le bord cubital de cette main au ras du pubis; le deuxième était d'appliquer l'extrémité de trois doigts réunis sur l'hypocondre gauche. Chez le bandagiste, MM. Rainal frères, deux sortes d'appareils donnèrent de bons résultats : en premier lieu, la ceinture hypogastrique à ressort pour antéversion, qui a pour effet de remplacer la main au-dessus du pubis, ainsi que la sangle de Glénard qui relève, elle aussi, la masse intestinale, et, en deuxième lieu, le bandage employé pour la néphroptose.

La ceinture hypogastrique à ressort était efficace, mais intolérable, la sangle bien tolérée donnait un résultat inespéré, mais n'amenait pas la suppression complète du bruit. Le bandage contre la néphroptose n'étant pas supporté lui non plus, le bandagiste renforça, sur ma demande, la sangle de Glénard par l'addition de ressorts supplémentaires et d'une pelote plus grande.

Un mois après, la mère et la fille vinrent me dire que, depuis leur sortie de chez le bandagiste, elles n'avaient pas entendu une seule fois le bruit de borborygme; « qu'il leur semblait être dans un autre monde depuis que le silence s'était fait dans leur intérieur. »

Deux mois après, mon éminent confrère de Vichy, le docteur Glénard, voulut bien contrôler le fait et constata ce phénomène du borborygme qui reparaît ou qui cesse dès qu'on relâche ou qu'on resserre la boucle intérieure de la sangle. Il a trouvé l'estomac bas, l'abdomen prolabé dans la station debout, dépressible, le clapotement, le signe de Stiller (mobilité de l'extrémité antérieure de la dixième côte). Pas d'autres ptoses viscérales.

Enfin, c'est avec énergie que la malade a déclaré, depuis le port de sa ceinture : 1° n'avoir plus de sensation de délabrement; 2° digérer très bien le vin qu'elle ne supportait pas et ressentir moins de malaises vers l'estomac; 3° aller à la selle tous les jours au lieu de tous les quatre ou cinq jours, c'est-à-dire que, grâce à la sangle, avaient été supprimés les symptômes que Glénard a donnés comme caractéristiques de l'entéroptose. Quant à l'insomnie, autre signe d'entéroptose, il n'y en a jamais eu chez cette malade.

Cette observation vient-elle à l'appui d'une des hypothèses par lesquelles on a tenté d'expliquer le bruit de borborygme? Elles sont au nombre de trois : celle de Pitres (1), d'après laquelle le borborygme est un spasme presque toujours hystérique des muscles respiratoires agissant violemment sur le contenu stomacal; celle de Chapotot et Bouveret (2) qui l'attribuent, après Glénard, à la biloculation de l'estomac, mais en admettant que cette déformation est produite par la pression du corset; enfin la théorie de Glénard (3) qui l'explique à la fois par la gastroptose et la biloculation autochtone de l'estomac, les deux phénomènes étant liés entre eux. Dans ce cas, les gaz, chassés par les mouvements du diaphragme d'une poche dans l'autre, agiraient sur l'anneau rétréci de l'estomac comme sur une anche vibrante.

Il est certain que cette interprétation de Glénard nous satisfait davantage dans le cas actuel. On comprend que le relèvement par la main ou le bandage diminue la gastroptose, mais pour bien saisir le mécanisme de la cessation du bruit, il est important de remarquer qu'il n'est pas seulement isochrone aux mouvements du diaphragme. Il est de même sens montant vers le thorax à l'inspiration, descendant vers l'abdomen à l'expiration. Quand le diaphragme est en haut de sa course, les gaz sont à n'en pas douter dans la partie supérieure de l'estomac, à la place où on les entend. A ce moment, la poche inférieure est vide et en état d'hypotension. Elle reçoit, par conséquent, dès que le diaphragme les y pousse, les gaz de la partie supérieure. Elle leur résiste, au contraire, si elle subit de bas en haut une contre-pression qui s'oppose à celle du diaphragme. Cette augmentation de tension dans la poche inférieure ne va pas sans une modification dans l'état de tension élastique de tout l'organe. L'estomac est comme un accordéon qui reprend sa forme ramassée lorsqu'on cesse de le tirer par en bas. La force qui le sollicite ainsi dans le sens de l'allongement, c'est le poids même de la masse gastro-intestinale, exagéré par le fait de la diminution de tension intra-abdominale. En supprimant ce poids, on fait disparaître la gastroptose; l'organe, utilisant sa force contractile pour lui-même, reprend sa forme, l'orifice interloculaire s'élargit et par conséquent le bruit cesse.

Quant au bandage contre la néphroptose, de même que la pression de la main sur l'hypocondre gauche, il agit en augmentant la tension gastrique par pression directe, écrasant et rendant plus ou moins virtuelle une des poches stomacales.

On pourrait croire, au premier abord, que nous sommes en contradiction avec Bouveret et Chapotot, d'après lesquels le corset et la constriction de la taille font naître ou ramènent le borborygme : le fait est très réel; depuis que notre attention est éveillée sur ce sujet (depuis quelques semaines), nous avons trouvé trois personnes qui nous ont dit être incommodées de bruits de glouglou, mais seulement le dimanche, c'est-à-dire quand, pour faire toilette, elles mettent un corset serré; or, sans qu'elles se desserrent le moins du monde, l'expérience de la sangle réussit à merveille sur elles trois à supprimer le bruit, malgré la présence du corset qui l'avait provoqué. C'est que la pression exercée de bas en haut par la main compense la pression exercée de haut en bas par le corset. Bouveret (1) dit avoir remarqué, lui aussi, que, dans un cas où la suppression du corset ne suffisait pas à faire cesser le borborygme, il était momentanément suspendu par le relèvement manuel de la masse intestinale. Or c'est ainsi qu'agit la sangle de Glénard. Quant au bandage contre le rein mobile, il est fait comme un bandage herniaire et n'a que deux points de contact : l'un à la colonne vertébrale, l'autre à l'hypocondre gauche, où s'exerce la pression efficace sans adhérence dans les points intermédiaires.

C'est une action de refoulement, qui se produit en un point très limité, sans étranglement circulaire; il n'y a

(1) Pitres. Des éructations et des borborygmes hystériques, Paris 1895.

(2) Chapotot. *L'estomac et le corset*, Th. de Lyon, 1892.

(3) F. Glénard. *Exploration méthodique de l'abdomen dans les maladies de la nutrition*, Paris 1894.

(1) F. Glénard. Loc. cit.

rien là de comparable à l'action du corset. Le bandage contre le rein mobile agit contre la gastroptose seule et non contre l'entéroptose. Il ne répond qu'à une des indications de la maladie et n'obvie pas à la diminution de tension abdominale.

La théorie de Pitres nous paraît, quoique incomplète, contenir une part de vérité, en ce sens que l'influence nerveuse, dans de pareilles affections, n'est pas niable.

Pour revenir à notre malade, nous dirons que nous avons sans succès essayé sur elle l'électricité et rappelerons que les médications antidyspeptiques et antinerveuses avaient été employées chez elle pendant deux ans sans aucun résultat. Seule la doctrine de l'entéroptose nous a permis de soulager cette jeune fille d'une infirmité des plus pénibles. Ce n'est donc pas une vaine théorie, c'est une donnée pratique et l'histoire de ma malade vient en confirmer toute l'importance.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'épilepsie.

M. Jules Voisin emploie fréquemment, à titre d'adjuvant, chez les épileptiques, les pilules suivantes :

Oxyde de zinc.	10 centigrammes.
Poudre de valériane. . .	10 —
— de belladone. . .	1 —
Savon médicinal.	q. s.

Quatre pilules par jour. (*Méd. mod.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de diagnostic chirurgical (1), par MM. Duplay, Rochard et Demoulin.

Nous n'avons pas besoin de présenter à nouveau à nos lecteurs le manuel de MM. Rochard et Demoulin, tous deux anciens chefs de clinique du professeur Duplay et tous deux chirurgiens des hôpitaux. Nous avons déjà eu l'occasion d'analyser le premier fascicule de ce manuel et d'en faire l'éloge qu'il méritait.

Ce deuxième fascicule comprend l'étude du diagnostic clinique des affections du thorax, de l'abdomen, de l'appareil génital et des membres. C'est la fin de l'ouvrage.

Nous répéterons ce que nous avons déjà dit au sujet de ce petit livre. Il répond à une catégorie de livres indispensables à l'étude, utiles au praticien. Il est conçu dans un esprit sage et véritablement clinique : les auteurs ont mis de côté toute discussion oiseuse, évité des digressions et se sont comportés, en leurs écrits, d'après les règles mêmes qui guident l'examen clinique au lit du malade. Aussi leur style est concis et clair, point de phrases longues et inutiles. Soixante-trois figures sont tirées en couleurs dans le texte. Ce petit volume peut rendre au médecin plus de services que certains gros volumes inutilement encombrants.

Les cures thermales (2), par G. Delfau, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans un précédent volume de cette bibliothèque, M. Delfau avait décrit les localités thermales, il lui restait, pour compléter son œuvre, à étudier les cures thermales.

(1) In-8°, 2e fasc. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-16. Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

Dans ce volume, l'auteur examine d'abord en détail les éléments des cures thermales : la boisson, les bains, les douches, les inhalations, aux points de vue particulièrement de leur mode d'emploi, de leurs actions physiologiques et de leurs effets thérapeutiques. Il envisage ensuite les agents des cures thermales, c'est-à-dire les eaux minérales, successivement dans leur ensemble, puis dans les groupes établis d'après leurs propriétés médicales consacrées par la clinique. Enfin il passe en revue les maladies chroniques tributaires des eaux minérales, états chroniques généraux et affections chroniques des divers organes, et s'attache à déterminer dans quelle mesure ces états morbides si variés peuvent bénéficier d'une cure thermale et quelle est celle dont ils sont justiciables. Pensant que la thérapeutique thermale ne doit pas se traîner dans la paléontologie médicale, M. Delfau a voulu que ce livre fût « au point », et, se gardant de toute exagération, il a tenu compte de toutes les réelles acquisitions récentes de la science.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 juillet 1897, M. Tripier, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés : 1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Barette, professeur à l'École de médecine de Caen; Beauvisage, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon; Boinet, professeur à l'École de médecine de Marseille ; Bordas, ancien préparateur à la Faculté de médecine de Paris; Boursier, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Bruté, professeur à l'École de médecine de Rennes; Debierre, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Ferré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Gauderon, professeur à l'École de médecine de Besançon; Gilis, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Guérin, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy; Hébert, professeur honoraire à l'École de médecine de Dijon ; Hugounencq, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Pégoud, professeur à l'École de médecine de Grenoble; Rey, professeur à l'École de médecine d'Alger; Thibaut, agrégé libre près la Faculté de médecine de Lille; Viaud Grand-Marais, professeur à l'École de médecine de Nantes; Ville, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Bataille, professeur à l'École de médecine de Rouen; Beille, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux; Broussolles, professeur à l'École de médecine de Dijon; Bruyant, suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand; Carlier, agrégé près la Faculté de médecine de Lille; Chambrelent, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Charier, suppléant près l'École de médecine d'Angers; Devaux, suppléant à l'Ecole de médecine de Limoges; Devic, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon; Dianoux, professeur à l'École de médecine de Nantes; Galavielle, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier ; Gerber, suppléant à l'École de médecine de Marseille; Guillon, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Mesnard, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Morin, suppléant à l'École de médecine de Besançon; Mouret, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Pollosson, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon; Thomas, professeur à l'École de médecine de Tours; Trolard, professeur à l'École de médecine d'Alger; Tuffier, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Garand, médecin du lycée de Saint-Étienne; Peltier, médecin du collège de Sedan; Saligue, médecin de l'école normale de la Sauve; Mlle Roze, sage-femme en chef de la clinique Baudelocque de la Faculté de médecine de Paris.

— La médaille d'honneur des épidémies, en or, a été décernée à M. le docteur Martin, chef du laboratoire de M. le docteur Roux, à l'Institut Pasteur, en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours de l'épidémie de diphtérie qui a sévi dans l'arrondissement de Privas.

— M. le docteur Ernest Aubineau est nommé chirurgien titulaire de l'hospice civil de Brest.

— M. Ollive, professeur à l'École de médecine de Nantes, est nommé membre correspondant de la Société de médecine légale de France.

— M. le docteur Legrain est chargé du service des alcooliques à l'asile de Ville-Évrard.

— Par suite de la division des services de l'asile de Villejuif, les titulaires des nouveaux services sont les docteurs Pactet et Toulouse.

— MM. les docteurs Dubuisson, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne et Denizet, directeur de l'asile de Maréville, sont élevés à la classe exceptionnelle. — MM. les docteurs Croustel, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Méen, et Paris, médecin-adjoint de l'asile de Naugeot, sont élevés à la première classe.

— Dimanche 8 août 1897, à onze heures et demie du matin, aura lieu dans le parc de l'établissement thermal d'Allevard, l'inauguration du buste élevé par souscriptions à la mémoire du docteur Niepce, ancien médecin-inspecteur des eaux d'Allevard.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barbé (de Bordji-Bouira); Kuss (de Brignoles) et Molle (d'Écos).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 4, juillet-août 1897.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr.; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Lorsque nous avons entendu M. Lannelongue faire une communication sur le traitement des hernies par la méthode sclérogène, nous pensions bien que M. Lucas-Championnière, le promoteur de la cure radicale, ne laisserait pas passer cette communication sans protester et sans rappeler les états de service de la cure radicale qu'il appelle lui-même l'une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. M. Championnière ne s'est pas contenté de défendre l'opération qui lui est chère, il a aussi vigoureusement attaqué le procédé de son collègue, comme inefficace et dangereux. Armé d'une imposante statistique portant sur plus de 600 cas, le chirurgien de Beaujon nous semble plaider une bonne cause, et malgré toute l'autorité qui s'attache au nom et aux travaux de son adversaire, il nous paraît avoir bien des chances de gagner son procès.

M. Péan, dans la discussion sur le traitement du goitre exophthalmique, estime qu'il n'y a pas lieu d'abandonner la thyroïdectomie pour l'exothyropexie, pas plus que pour la section du sympathique cervical. Il rappelle que, grâce au pincement des vaisseaux, la thyroïdectomie n'est pas une opération aussi dangereuse qu'on l'a dit. Lorsqu'on a épuisé les moyens médicaux et qu'il est reconnu que la maladie de Basedow n'est pas curable par ces moyens, c'est sans aucun doute à la thyroïdectomie qu'il faut donner la préférence. Grâce au pincement des vaisseaux et au morcellement, l'opération est possible et facile, même dans les cas les plus compliqués. D'ailleurs, ainsi que le rappelle M. Péan, la thyroïdectomie a fait ses preuves et a donné des guérisons durables.

M. Hervieux a lu un travail sur la variole aux colonies. C'est là plus encore qu'en France que la vaccine obligatoire s'impose comme le seul moyen de remédier aux ravages, non seulement de la variole, mais aussi de la variolisation. Puisse la voix de M. Hervieux se faire entendre des pouvoirs publics.

Signalons enfin un rapport de M. Le Roy de Méricourt sur un travail de M. Bureau concernant le fonctionnement des navires-hôpitaux dans les expéditions coloniales, et particulièrement au début de la campagne de Madagascar.

LA CURE RADICALE DE LA HERNIE

ET SES CONDITIONS DE SOLIDITÉ

Par M. le docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Lorsqu'il y a seize ans, M. Championnière a voulu reprendre scientifiquement la défense de la cure radicale de la hernie, il fut d'abord si mal accueilli, que le mot même de *cure radicale* fut écarté pour celui de *cure opératoire*, sous prétexte que s'il existait une possibilité de retour de la hernie, la cure ne pouvait être radicale. On était plus exigeant envers le chirurgien qu'envers le créateur, puisqu'on refusait d'admettre l'absence de la hernie tant que subsistait la possibilité de production d'une nouvelle. Cette petite chinoiserie de la nomenclature a disparu, et M. Championnière a pu produire, dès le début, de nombreux exemples permettant d'affirmer qu'après l'opération, la *hernie peut être supprimée définitivement*. Le sujet est souvent plus résistant à la formation d'une hernie qu'un grand nombre de sujets qui se présentent indemnes de toute difformité de ce genre.

Aujourd'hui que l'opération de la cure radicale est admise, on a plutôt une tendance à lui accorder trop d'indulgence. On admet trop volontiers comme bonnes des interventions opératoires qui sont trop superficielles, trop peu sérieuses; on préconise des actions qui sont manifestement trop imparfaites pour donner un résultat sérieux.

La pratique courante de la cure radicale, en faisant mieux connaître les conditions de résistance et les défectuosités des difformes, permet de juger sainement de leur valeur. M. Championnière affirme que l'expérience apprend que l'on peut aisément différencier les interventions susceptibles de guérir et celles qui ne peuvent que MASQUER la hernie. Les premières sont difficiles, laborieuses ou longues. Les dernières sont très communes.

C'est en se fondant sur l'expérience de 652 opérations, que M. Championnière expose les faits qu'il a observés.

Non seulement on a prétendu guérir la hernie par des opérations superficielles et rapides, mais on a présenté des cures radicales sans opération. M. Lannelongue a exposé une méthode d'injection au-devant du sac herniaire, faite avec du chlorure de zinc.

C'est là le cas de signaler les interventions qui MASQUENT

la hernie. Quels que soient les résultats apparents, il est matériellement impossible qu'on obtienne de la sorte la cure radicale.

Tous les chirurgiens qui se sont occupés de la cure radicale savent que toutes les opérations qui laissent subsister l'infundibulum herniaire, toutes celles qui ne réparent pas la paroi par un artifice quelconque sont des opérations sans valeur. Même si on accorde aux injections une action réelle, il est évident qu'elles ne peuvent rien ni sur l'infundibulum séreux de la hernie, ni sur les parties profondes de la paroi.

En outre, la seule observation des faits de M. Lannelongue apprend que les accidents post-opératoires sont beaucoup plus graves que ceux que l'on observe après la véritable cure radicale. Il existe de la douleur, du gonflement, de l'élévation de température, et la pratique même de l'injection exige la chloroformisation. Ajoutez à cela une action aveugle, et il sera évident pour tout homme compétent en matière de cure radicale que cette intervention est à la fois inefficace et beaucoup plus dangereuse qu'une bonne opération.

Les faits apportés à l'appui ne sauraient compter. On nous a demandé autrefois des années pour juger les nôtres. Aujourd'hui les faits de M. Lannelongue concernant les enfants datent de quelques mois, et ceux observés sur l'adulte datent de quinze jours.

M. Championnière pense qu'il est utile de mettre ces faits en relief, la haute autorité de M. Lannelongue pouvant, par une illusion regrettable, faire faire un recul passager à la chirurgie française, qui avait une grande part dans le progrès de la chirurgie herniaire.

M. Championnière pense que quelques conclusions très pratiques peuvent être retirées d'une longue expérience comme la sienne, et indiquer précisément quelles sont les conditions de résistance de la réparation.

M. Championnière apporte un tableau de :

650 hernies opérées :

556 hernies inguinales, 507 hommes, 49 femmes ;
46 hernies crurales, 13 hommes, 33 femmes ;
22 hernies ombilicales, toutes chez des femmes ;
14 hernies épigastriques, toutes chez des hommes ;
12 éventrations, 2 hommes, 10 femmes.

Sur des chiffres aussi considérables, il devient impossible de vérifier la totalité des résultats. On ne revoit les malades guéris que par hasard. On retrouve assez facilement les cas de récidive.

Au début de sa pratique, M. Championnière a fait porter des bandages aux opérés. Cela n'a pas été fait pour plus d'une vingtaine de cas, et depuis il n'a *jamais fait porter de bandage* que pour des cas très rares et suivant une indication spéciale tenant à la nature de la hernie du gros intestin.

Les opérés de cure radicale ne doivent pas porter de bandage.

Plus de cent observations bien suivies ont pu montrer la persistance de la cure radicale chez des sujets exerçant les professions les plus variées.

Des manouvriers de tous ordres ont pu reprendre leur métier. Au premier rang il faut placer des bouchers, des boulangers, des déménageurs.

Un bon nombre d'opérés refusés antérieurement pour le service militaire sont devenus soldats. M. Championnière a pu reprendre un engagé volontaire qui avait été opéré de hernie double, et qui accomplissait son service dans de bonnes conditions.

Plusieurs sont devenus officiers et montent à cheval.

A tous ceux qui se présentent à lui, M. Championnière recommande de faire de l'exercice. Il faut que la paroi puisse résister à tous les exercices nécessaires.

En dehors du monde des manouvriers M. Lucas-Championnière n'a vu la récidive que dans des cas absolument spéciaux.

Tous les sujets observés, opérés en ville, n'ont donné aucun cas de récidive. Il en a été de même pour les cas très nombreux dans lesquels des gens n'appartenant pas à la clientèle hospitalière ont été opérés à l'hôpital. Deux observations seulement de récidive ont été prises, comme on le verra.

Cependant beaucoup d'entre eux se livraient à des efforts très violents, gymnastique, armes, cheval. L'un deux tombait deux ans plus tard en montant en course et restait valide.

Ces résultats sont d'autant plus satisfaisants qu'ils renferment un grand nombre de cas qui étaient franchement mauvais et qu'en faisant une sélection des cas ou en obtenant des opérés plus de mesure dans leurs mouvements, on obtiendrait mieux encore.

M. Championnière montre du reste qu'après l'opération, en examinant la qualité et l'étendue de la cicatrice, on peut prévoir en quelque sorte les chances de retour. Ces chances sont presque nulles si on a pu accomplir les temps de l'opération.

23 observations de récidive ne présentent pas la totalité des récidives sur 650 opérés, mais certainement le très grand nombre.

Certaines étaient prévues très grosses hernies chez des gens âgés ; hernies du gros intestin empêchant l'excision complète du sac. D'autres sont dues à des excès musculaires.

Deux bouchers ont eu une récidive en soulevant un demi-bœuf.

Un homme a été attaqué et piétiné sur le ventre.

L'engraissement a paru à M. Championnière la cause la plus commune et la plus grave de la récidive. Parmi les cas de clientèle non hospitalière ce sont les seuls cas de la statistique. Deux jeunes gens, un étudiant en droit et un étudiant en médecine, ont fait en quelques mois un engraissement extraordinaire. Le premier a récidivé en six mois, le second seulement au bout de cinq ans. M. Championnière a réopéré l'un d'eux et a trouvé la paroi dans un état d'infiltration graisseuse lamentable.

M. Championnière pense que l'engraissement devrait être surveillé de très près chez ces sortes d'opérés, et qu'il y aurait lieu de faire faire à tous les opérés une gymnastique méthodique. L'usage de la bicyclette peut leur rendre les plus grands services.

Un fait très remarquable c'est que les récidives deviennent extraordinairement rares dans les trois dernières centaines d'opérés, ce qui tient sans doute à ce que le temps écoulé depuis l'opération est moindre, mais surtout à ce que l'opération est de plus en plus parfaite. C'est du reste un résultat signalé par tous les opérateurs pour toutes leurs opérations, aussi bien au point de vue des résultats qu'au point de vue de la sécurité.

La mortalité de cette opération existe. Aucune opération ne saurait être exempte, et les séries peuvent tromper,

M. Championnière a eu une série de 265 cas sans mort aucune, il pense donc avoir le droit de le dire.

Une mort par congestion pulmonaire aurait peut-être été évitée par de meilleures conditions hospitalières.

Une mort par étranglement aurait certainement été évitée si M. Championnière avait été prévenu des accidents qui durèrent plus de quatre jours.

Une petite hémorragie épiploïque emporta subitement, après trente-six heures, un cardiaque à rétrécissement mitral méconnu.

Un homme mourut au bout de trente-six heures après l'ingestion d'une énorme masse d'eau glacée. Pas d'autopsie.

Après ces quatre cas de hernie inguinale, un cas de hernie épigastrique. Le sujet, qui avait eu antérieurement des accidents intestinaux très graves, mourut au bout de neuf jours avec de la parésie intestinale. Il avait subi une laparotomie dans l'intervalle pour détruire des adhérences épiploïques. Il n'existait aucun obstacle matériel à la circulation intestinale et aucune trace d'inflammation péritonéale.

On ne peut admettre que 0,70 p. 100 représente les chances de mortalité auxquelles on expose un opéré de cure radicale. Ces chances sont encore infiniment moins dangereuses. M. Championnière estime que, si on prend un sujet jeune, au-dessous de la quarantaine, exempt de toute tare organique, les chances de mort peuvent être abaissées peut-être au-dessous de 0,20 p. 100, soit 1 sur 500, peut-être au-dessous encore. Mais ce résultat ne peut être obtenu qu'à l'aide de soins très méticuleux.

Il n'y a de cure radicale possible que par une opération très étendue modifiant la paroi et le contenu de la hernie d'une façon très complète. Plus l'opération devient complète et hardie, meilleurs sont les résultats. Les observations et les statistiques de M. Championnière le démontrent surabondamment.

Il faut rejeter carrément toutes les petites opérations, tous les petits moyens qui ne sont petits, du reste, que par leurs résultats. Les injections en particulier sont douloureuses, plus dangereuses et certainement inefficaces. Une ouverture herniaire suffirait à convaincre les plus prévenus.

Les temps indispensables de l'opération de M. Championnière sont les suivants :

Ouverture large de la hernie jusque dans l'abdomen, de façon à voir et à réparer le plus haut possible ;

Excision de tout épiploon accessible;

Destruction du sac et de son infundibulum supérieur ;

Éloignement de tout repli péritonéal de la région herniaire ;

Réparation des parois par *croisement* et non par *réunion*, par juxtaposition simple, de façon à doubler la paroi de toute la région.

Fermeture avec drainage.

On peut arriver à une réparation presque mathématique de la paroi. Mais ce ne sera jamais que par une opération très délicate et très complète. Plus la question a été étudiée, et plus ce fait est devenu évident, la démonstration que M. Championnière a faite par une expérience qui remonte à bien des années et qui comprend plusieurs centaines de cas lui paraît sans conteste possible.

LES CAPSULES SURRÉNALES (PHYSIOLOGIE)

D'APRÈS LES TRAVAUX RÉCENTS (1)

Par M. G. Rosenthal, licencié ès sciences naturelles, interne des hôpitaux de Paris.

V

Dans une autre série d'expériences, les auteurs, au lieu d'étudier la physiologie de l'organe même, étudient plus spécialement l'extrait de la glande, le suc surrénal.

Avant d'entrer dans le détail de ces expériences, disons que Brown-Séquard a retardé la mort d'animaux décapsulés par transfusion de sang normal, et que Papino (21) a noté la toxicité du sang des lapins décapsulés et leur moindre résistance à la fatigue.

D'un grand nombre d'expériences faites sur le suc surrénal, il semble résulter que l'extrait des capsules surrénales est toxique.

L'extrait de capsules surrénales se prépare [Dubois (22)] après ablation de l'organe enlevé rempli de sang, grâce à la ligature des vaisseaux périglandulaires. L'organe coupé en rondelles est mis à digérer dans quatre fois son volume de glycérine neutre à 30 ou dans deux volumes de glycérine neutre à 60.

Cependant, Cybulski, dans un article de la Gazlekovska (analysé par Trenkel), après avoir noté l'inactivité des extraits alcooliques chloroformés et éthérés, déclare avoir conféré une immunité ou une tolérance aux toxines par l'injection de doses croissantes d'extraits glycérinés et acides de l'organe. De même Abelous a vu les capsules surrénales de l'animal diminuer même *in vitro* la puissance des toxines.

Mais Dubois, Olivier et Schœfer, Gowfein, etc. ont des expériences concluantes dans le sens de la toxicité de l'extrait de l'organe.

Olivier et Scheffer (23) ont fait une série d'expériences sur le chien, le lapin, le chat et la grenouille en faisant des macérations dans l'eau, dans l'alcool et dans la glycérine avec des glandes de veau, de mouton et de chien. Ils ont noté des effets toxiques et passagers, et n'ont obtenu de mort qu'avec des doses fort élevées.

Cet effet est triple, il est vasculaire, amène une contraction des artères d'où élévation de la pression sanguine ; il est cardiaque et produit l'inhibition, il est musculaire et entraîne la diminution de la motilité avec abolition des réflexes.

Les auteurs notent que contrairement au suc surrénal, la neurine agit essentiellement sur la respiration.

Gluzinsky (24) a noté la toxicité considérable du suc surrénal.

Dubois (25), à la Société de biologie, résume une communication faite à la conférence biologique de Nancy. Il se sert d'extraits préparés avec des capsules fraîches de rats broyés avec volume égal d'eau alcoolisée et macérés vingt-quatre heures dans la glycérine.

La toxicité de l'extrait indique, selon lui, que la capsule surrénale est non pas un organe à sécrétion interne, mais un organe qui arrête et fixe les toxines, jouant ainsi un rôle analogue à celui du foie.

Cette toxicité est variable, variable d'après l'individu, variable d'après la fatigue causée par l'exercice musculaire, ou l'affaiblissement dû à des injections antérieures de toxines.

---

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 835.

Mais ce qu'il faut noter surtout dans la communication de M. Dubois, c'est la distinction entre deux substances contenues dans l'extrait : l'une insoluble dans l'alcool à 90 degrés, produit la vaso-dilatation; l'autre soluble dans l'alcool, est curarisante et amène la mort dans l'asphyxie, avec arrêt du cœur, et cette mort arrive plus rapidement si les capsules ont été enlevées à des rats surmenés, ce qui démontrerait l'accumulation des toxines dans les capsules par l'exagération du travail musculaire.

Cette distinction entre les deux substances se retrouve plus nette et mieux établie dans une note du même auteur et dans un article de Gourfein.

Gourfein (26), dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, dit avoir retiré des capsules une substance toxique soluble dans l'alcool et non destructible par la chaleur. Par injection sous-cutanée, il obtient les phénomènes suivants : chez les grenouilles, une faiblesse générale d'origine centrale, avec conservation de l'excitabilité des nerfs périphériques. La mort survient d'un quart d'heure à une heure après l'injection. Chez les mammifères, la mort succède à la dyspnée progressive. Mais si l'on pratique la respiration artificielle, la mort survient par arrêt du cœur.

Dans les *Archives de physiologie* (loc. cit.), Dubois étudie les variations de toxicité des extraits de capsules surrénales. Après avoir rappelé l'historique de la question, il rapporte ces variations à quatre causes principales.

L'état de l'animal en expérience est très important. La mort survient toujours après des symptômes paralytiques; mais la dose mortelle varie. Après surmenage, la mort survient, accompagnée de convulsions, avec une dose six fois plus petite que la dose moyenne. L'injection d'atropine diminue légèrement la dose nécessaire pour amener la mort. Après l'injection préalable de toxines, on voit se produire, soit la mort foudroyante avec convulsions, soit la mort lente avec paralysie.

La vigueur, l'âge, la liberté de l'animal augmentent la résistance.

Les diverses intoxications expérimentales auxquelles on a soumis l'animal qui fournit les glandes se font également sentir. Ainsi l'injection de poisons microbiens en trop grande quantité amène la dégénérescence subaiguë de la glande, souvent suivie de mort. Dans ce cas, le bouleversement des cylindres épithéliaux par les capillaires distendus et rompus, la multiplication et la dégénérescence des cellules nous expliquent que le sang est hypertoxique et que les capsules, détruites par l'excès de travail, ne donneront qu'un extrait inactif.

L'extrait alcoolique est devenu toxique dans les cas de surmenage.

Enfin le mode d'extraction et de préparation a son importance, car la substance médullaire est plus active que la substance corticale. Car il faut distinguer les substances solubles et insolubles dans l'alcool, et nous allons retrouver cette distinction féconde que nous annoncions tout à l'heure.

Après digestion dans la glycérine, si on fait agir l'alcool à 90 degrés, on obtient un précipité soluble dans l'eau et présentant des réactions chimiques très nettes; le précipité, loin d'être toxique, a une action thérapeutique et diminue les effets des injections de toxines. Il se compose sans doute de diastases.

L'extrait alcoolique, au contraire, est très toxique et paraît donner les réactions des alcaloïdes.

Quelques auteurs ont cherché à préciser le rôle toxique de l'extrait. Cybulsky (27) admet aussi la toxicité de l'extrait des capsules. Pour lui, l'action se fait sur les centres vasomoteurs et sur le centre du pneumogastrique, car la section du bulbe et du pneumogastrique suppriment ces effets.

Velich (28), dans le *Wiener Medic. Blätter*, étudie l'action du suc surrénal sur la circulation du sang.

L'injection de l'extrait amène la constriction des capillaires, d'où augmentation de la pression sanguine. Après la section du bulbe, après la section des nerfs splanchniques, comme après les grandes hémorragies, l'injection amène une notable dépression sanguine : ce qui tendrait à prouver le rôle d'action sur les centres.

Nous devons également signaler les expériences de Pilliet (29), pour qui la capsule jouerait un rôle de destructeur du pigment sanguin. En effet, on a pu remarquer, au cours de l'analyse des différents travaux, que les pigmentations cutanées n'étaient guère signalées par les différents auteurs, ce qui crée une différence totale entre les désordres produits et la maladie d'Addison, où la mélanodermie joue un si grand rôle. Nous avons eu du reste l'occasion de citer les observations d'autopsies d'addisoniens sans lésions des capsules.

Pilliet injecte dans le sang des nitrites alcalins ou de la métatolnilène diamine et contrôle ses expériences par l'éosine qui colore le sang normal en rose et n'a pas d'action sur le sang en voie de transformation pigmentaire.

Il observe, après destruction du sang, une surcharge pigmentaire de la substance médullaire des capsules, surcharge qui cesse lorsque la glande saturée doit être suppléée dans ce rôle par les globules blancs et les cellules connectives de la peau, dont la coloration s'altère.

Il faut reconnaître que ce rôle dans la pigmentation ne semble constituer qu'une réaction isolée à un traumatisme bien spécial et ne concorde pas avec l'absence presque absolue de symptômes cutanés notée par les autres auteurs.

VI

Il est difficile de tirer une conclusion formelle de cette revue des différents travaux. L'activité de la glande n'est plus en doute. La sphygmogénine (Fraenkel) qu'elle secrète élève la tension artérielle. Son rôle dans la destruction des toxines semble s'établir au fur et à mesure que paraissent de nouvelles expériences. Mais cette destruction se fait-elle par une sécrétion interne ou dans l'intimité de la glande, ou par l'union de ces deux processus, bien que la deuxième de ces opinions semble gagner du terrain? Des expériences nouvelles seules pourront l'établir définitivement.

Nous constaterons en terminant que, bien que les expériences des capsules surrénales ne permettent pas d'établir une théorie surrénale de la maladie d'Addison, cette conclusion ne saurait être définitive. Peut-être les pigmentations cutanéo-muqueuses de cette affection répondent-elles à une altération des organes, plus fine et plus systématisée, et que n'ont pas encore reproduite les traumatismes physiologiques (31). Ce point appelle également de nouvelles recherches (32).

Nota. — Depuis la rédaction de cet article, MM. Athanasiu et Langlois ont montré que, dans l'organisme normal, le foie paraît jouer un rôle important dans la destruction de la substance vaso-constrictive produite par les capsules (Soc. de biol., juin 1897).

RENVOIS BIBLIOGRAPHIQUES ET NOTES

HAYEM. *Rev. des sc. méd.*, 1892 à 1896. — (1) FREDERICQ et NUEL. *Traité de physiologie*; — VIAULT et JOLYET. *Traité de physiologie*. — (2) ABELOUS et LANGLOIS. *Arch. de physiol.*, 1892. — (3) *C. R. de la Soc. de biol.*, mars et avril 1896. — (4) Méthode de Benda (voir à la fin de la bibliographie). — (5) CANALIS. *Contribution à l'étude du développement et de la pathologie des capsules surrénales*. — (6) ROGER. Soc. de biol., 27 janv. 1894. — (7) PILLIET. *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, n° 19; Soc. de biol., 1er fév. 1894. — (8) LANGLOIS et CHARRIN. Soc. de biol., 1er février 1896. — (9) BERDACH. *Zur pathologie der Nebennieren*. — (10) ABELOUS et LANGLOIS. Soc. de biol., mai 1895. — (11) TESTUT. *Anatomie de l'homme*; — WIEDERSHEIM. *Anatomie comparée*. — (12) HÉDON. *Arch. de physiol.*, 1895. — (13) ABELOUS et LANGLOIS. *Arch. de physiol.*, 1892; — BROWN-SÉQUARD. Soc. de biol., avril 1893. — (14) BOINET. Soc. de biol., 1895. — (15) GOURFEIN. *Rev. méd. de la Suisse romande*, janv. 1895. — (16) RAYMOND. *Arch. de physiol.*, 1892, p. 429. — (17) Service de M. le professeur Hayem, 1895. — (18) ALBANÈSE. *Arch. ital. de biol.* — (19) BOINET. Soc. de biol., 27 avril 1895. — (20) ABELOUS et LANGLOIS. Soc. de biol., 1895; *Arch. de physiol.*, 1892, p. 269. — (21) R. PUPINO. *Riforma med.*, sept. 1892. — (22) DUBOIS. *Arch. de physiol.*, 1896. — (23) OLIVIER et SCHŒFER. *On the physiological action of extract of the suprarenal capsules*. — (24) GLUZINSKY. *Przeglad Cekaiski*, 2 mars 1895. — (25) DUBOIS. *Arch. de physiol.*, 1896. — (26) *Rev. médicale de la Suisse romande*, janvier 1895 et 1896. — (27) CYBULSKY. *Gaz. Lekanka*, in *Rev. Hayem*, vol. XLVI. — (28) VELICH. *Wien. med. Blæt.*, 1896. — (29) PILLIET. *Arch. de physiol.*, 1895. — (30) PETTIT. La glande surrénale, *Presse méd.*, déc. 1896. — (31) MATHIEU. Communication orale. — (32) BOINET. Par des cautérisations superficielles et profonde des deux capsules avec du sulfate de peroxyde de fer est parvenu (Soc. de biol., 15 mai 1897) chez le rat d'égout, à produire dans le sang du cœur, dans le foie, la rate, les reins et le tissu cellulaire sous-cutané des graines de pigment noir.

Méthode de Benda (BOLLES LEE et HENNEGUY. Technique microscopique. — Benda fixe pendant vingt-quatre à quarante-huit heures dans l'acide nitrique à 10 p. 100, puis porte les pièces sans lavage préalable dans le bichromate de potasse, solution saturée allongée de 3 volumes d'eau. On concentre de façon à arriver à avoir une solution saturée additionnée d'un seul volume d'eau.

Nouvelle méthode au sulfate de fer de Benda (in BOLLES LEE, p. 109).

Méthode de coloration des coupes v. fines à la safranine et Lichgrün ou Sœure violett (BENDA. *Verh. d. Phys. Ges. zu Berlin*, 1891). — Colorer des coupes pendant vingt-quatre heures dans de la safranine anilinée; puis colorer pendant environ cinq minutes dans une solution de 5 grammes de Lichtgrün ou Sœure violett (à prendre chez Grübler) dans 200 centimètres cubes d'alcool; déshydrater et passer par l'essence de bergamote et le toluol au baume de Canada.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la laryngite striduleuse.

Citrate de potasse	7 grammes.
Poudre d'ipéca.	15 —
Laudanum S.	xx gouttes.
Sirop simple.	15 grammes.
Eau potable q. s. p. f. . . .	120 —

M. D. S. — A donner aux enfants plus âgés une cuillerée à café toutes les deux heures. (*Journ. de méd. de Paris.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 août 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

COMMUNICATIONS

La cure radicale de la hernie et ses conditions de solidité. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, 869.)

La variole aux colonies. — M. HERVIEUX fait observer que la question de la variole, dans les colonies françaises a un double intérêt, d'abord au point de vue hygiénique, en second lieu au point de vue de la prospérité coloniale. La cause qui propage et entretient ainsi dans nos colonies le fléau variolique, est la variolisation. Il y a deux sortes de variolisation : la première, la plus ancienne, celle que prêche et défend le fanatisme musulman, c'est l'inoculation, qui domine et sévit en Tunisie, en Algérie, au Sénégal, en Cochinchine et au Tonkin ; l'autre, la variolisation par contagion que pratiquent particulièrement les noirs dans les îles de Nossi-Bé et de la Réunion, pratiques funestes qui expliquent pourquoi, contrairement à ce qui se passe dans les autres contrées du globe, la variole ne se lasse jamais de décimer les populations de nos colonies.

A cette cause perpétuelle des désastres dus à la variole, il faut joindre la défiance naturelle des indigènes pour tout ce qui leur est proposé par nos compatriotes; la répulsion pour la vaccine que les Arabes nomment *djedri l'heylek* (la variole du gouvernement), et que les noirs nomment la tisane des blancs; la croyance invétérée que la variole est une maladie nécessaire, inévitable ; puis l'apathie naturelle à tous les habitants de nos colonies. Pour combattre efficacement ces dispositions, ainsi que la variolisation, il n'existe qu'un seul remède : la vaccine obligatoire.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

M. PÉAN. La discussion pendante sur le traitement du goitre exophtalmique montre qu'un certain nombre de chirurgiens seraient disposés à abandonner la thyroïdectomie parce qu'elle est dangereuse et que l'exothyropexie elle-même, qu'ils avaient proposée pour la remplacer, est loin d'être bénigne. C'est même pour ce motif que Poncet et Jaboulay ont proposé de recourir à un nouveau mode de traitement, la section ou la résection du sympathique cervical. D'autre part, Doyen considère la thyroïdectomie comme une opération peu dangereuse, quand on fait le pincement temporaire des vaisseaux. La divergence d'opinion de ces autenrs provient sans doute de ce que les malades affectés de goitre exophtalmique ne se présentent pas toujours au chirurgien dans les mêmes conditions. Chez les uns, la maladie de Bàzedow est légère, récente, peu accusée, facilement curable par les moyens médicaux; chez les autres, elle est tellement grave, malgré le traitement médical le plus rationnel, qu'il n'est plus possible de songer à intervenir par les moyens chirurgicanx. Chez d'autres, enfin, les cas sont intermédiaires. La conduite du chirurgien doit nécessairement varier suivant que les malades se présentent à lui dans l'une ou l'autre de ces conditions.

Dans le premier cas, il ne doit pas intervenir avant que le médecin ait mis en jeu tous les moyens thérapeutiques dont il dispose.

Dans le second cas, si l'état général devient trop mauvais et si les forces du malade sont trop affaiblies, le chirurgien ne peut plus intervenir parce qu'il est appelé trop tardivement.

M. Péan cite aussi deux cas de mort subite ou rapide

avant toute intervention. Il rappelle aussi la communication faite à l'Académie par M. Tillaux.

Avant comme après cette époque, nous avons été conduit à faire la thyroïdectomie chez un grand nombre de sujets affectés de la maladie de Bazedow, dont l'existence était compromise et que les médecins se déclaraient impuissants à guérir. La plupart appartenaient au sexe féminin. Nous n'avons jamais eu que des succès. Aussi, avons-nous été surpris, en entendant, dans ces dernières années, Poncet proposer l'exothyropexie, et cette année même l'excision du sympathique pour remplacer la thyroïdectomie qui, suivant eux, serait trop dangereuse.

Peut-être les insuccès qui ont été publiés par lui et par son élève Jaboulay tiennent-ils aux difficultés qu'ils ont rencontrées au cours de l'opération, ainsi que nous l'avons observé nous-même chez un assez grand nombre de malades dont la thyroïde avait un volume, des rapports ou des modifications de structure insolites.

Nous ignorons, en effet, quel danger on pourrait faire courir au malade, si la tumeur médiane est petite et non enflammée. En pareil cas il est facile de la mettre à nu par une incision verticale, longue de 6 à 7 centimètres de l'énucléer, de l'attirer au dehors et de placer quelques-unes de nos pinces autour des vaisseaux situés dans l'enveloppe propre, et de disséquer et d'exciser rapidement les lobes hypertrophiés. L'opération est exécutée en quelques minutes, sans perte de sang, surtout si le chirurgien sait utiliser nos pinces non seulement pour l'hémostase mais encore pour la rétraction.

Lorsque le goitre est volumineux, plongeant, ce qui arrive surtout lorsqu'il est de date ancienne; ou bien s'il a été modifié par la suppuration, comme nous le voyions il y a quelques jours chez une femme de 21 ans, qui avait, depuis deux ans, un goitre exophtalmique survenu à la suite de la fièvre typhoïde; ou bien si cette suppuration a été produite par des injections interstitielles faites dans un but curatif, comme cela est trop fréquent; si cette suppuration est à la fois centrale et périphérique; à plus forte raison si elle a déterminé des adhérences fâcheuses avec les organes voisins; ou bien encore si le tissu du goitre exophtalmique est kystique, aréolaire, trop dur ou trop friable, l'opération pour être laborieuse n'exige pas beaucoup plus de temps et n'est pas plus dangereuse, si elle est exécutée suivant les règles que nous avons posées. Il nous a toujours suffi d'une incision médiane verticale, plus ou moins longue, pour mettre la tumeur à nu et pour l'enlever. Toutefois, en pareil cas, il serait téméraire, pour gagner quelques minutes, le malade étant anesthésié, de chercher à enlever la tumeur sans recourir à nos méthodes du pincement des vaisseaux et du morcellement, d'autant plus que toute perte de sang inutile entraînerait la mort chez des malades trop épuisés, et que l'arrivée subite du sang dans le champ opératoire masque, d'une façon fâcheuse, les rapports de la glande avec les organes importants qui l'entourent. Il importe d'autant plus de prendre ces précautions qu'il n'est pas rare, au cours de la thyroïdectomie, de voir se produire des accidents d'asphyxie dus à la compression de la trachée et à l'hypersécrétion des liquides laryngés et trachéaux. Tous les chirurgiens ont signalé les dangers de cette complication; nous en avons toujours eu raison en suspendant l'opération, en faisant asseoir le malade pendant quelques minutes et en extrayant, avec une éponge montée les mucosités laryngotrachéales dues au voisinage de la tumeur.

Nous sommes d'autant plus heureux des résultats que les chirurgiens obtiennent aujourd'hui, que nous ne pouvons oublier l'époque où Roux, Nélaton et Maisonneuve pratiquaient devant nous ces sortes d'opérations. Ces chirurgiens, de la plus haute valeur, brillaient par la rapidité de l'exécution, et n'avaient d'autres ressources, dans les cas graves, que l'anesthésie et la ligature des vaisseaux. La présence continue du sang dans le champ opératoire et la perte de ce liquide, pendant le temps nécessaire aux ligatures, était un obstacle sérieux au succès, surtout lorsque les malades leur étaient adressés si tardivement qu'une hémorragie de 100 à 200 grammes suffisait à tout compromettre. Aussi ces chirurgiens hésitaient-ils souvent à pratiquer ces opérations.

Nous avons pensé, lorsque notre confrère et ami Poncet proposait de remplacer cette opération par d'autres méthodes opératoires, qu'il avait surtout pour but de prévenir le myxœdème, lequel, au dire de plusieurs chirurgiens, serait fréquent dans leurs contrées. Or, il est digne de remarque que, malgré le nombre considérable de malades de la ville et de l'hôpital, auxquels nous avons enlevé la thyroïde en totalité, c'est à peine si nous avons noté deux ou trois fois cet accident, et que celui-ci a disparu spontanément après quelques mois ou quelques années sans laisser de traces. Cela prouve tout au moins que la nature du goitre et du myxœdème varie suivant le pays où ils se développent et qu'ils sont propres à certaines races.

Notre pratique ne nous permet pas d'apprécier le valeur de l'opération qui vient d'être proposée par nos distingués confrères Jaboulay et Poncet, pour le traitement du goitre exophtalmique. Nous n'avons eu qu'une fois l'occasion de faire la résection du sympathique cervical dans un cas analogue. Il s'agissait d'un épileptique que nous opérâmes il y a trois ans; à la suite de vives émotions, il avait contracté un goitre exophtalmique. En réséquant le sympathique, nous avions pour but, moins de faire disparaître la maladie de Basedow que de guérir l'épilepsie concomitante. Il est vrai de dire que, grâce à cette opération, qui, comme l'a dit avec raison Jaboulay, est sans danger, nous obtînmes une amélioration notable des deux maladies. Malheureusement, le succès ne fut pas durable, ce qui m'empêche de faire dans ce sens de nouvelles tentatives.

Je fus d'autant moins surpris de cet insuccès, que j'avais eu l'occasion, avant cette époque, d'enlever à plusieurs reprises, des thyroïdes hypertrophiées, volumineuses et plongeantes chez des épileptiques et des idiots; à la suite de l'opération, les accidents dépendant de la compression de la trachée avaient disparu, mais l'épilepsie et l'idiotisme s'étaient peu amendés.

Pour nous résumer nous dirons :

1° Que la maladie de Basedow n'est pas toujours curable par les moyens médicaux.

2° Que la thyroïdectomie ne doit être appliquée que dans les cas où ces moyens échouent et qu'elle doit être pratiquée avant que la maladie de Basedow ait épuisé les forces au point de compromettre l'existence.

3° Que cette opération est facile lorsque le goitre est petit, non enflammé, facilement énucléable, peu vasculaire.

4° Que dans ces cas simples, quelques minutes suffisent pour enlever la tumeur par une incision petite, médiane, verticale, l'énucléer et l'exciser, sans qu'il soit nécessaire de lier les vaisseaux, si l'on se sert de nos pinces qui servent à la fois à l'hémostase et à la rétraction.

5° Que dans les cas compliqués de friabilité du tissu, de suppuration des lobes, de suppuration extra-lobaire, de kystes aréolaires, nombreux, volumineux, d'adhérences anciennes, résistantes, une seule incision médiane suffit encore pour enlever le goitre; mais qu'il faut, pour abréger la durée de l'opération et pour ne pas exposer les malades affaiblis à une perte de sang inutile et dangereuse, et ne pas léser les organes voisins, recourir au pincement des vaisseaux et au morcellement de la tumeur pendant l'opération.

6° Que même dans les cas graves, la thyroïdectomie est

une opération d'une exécution facile et sans danger.

7° Que les chirurgiens ne comptent plus, tant ils sont nombreux, les cas où elle a donné des guérisons durables.

8° Que le myxœdème qu'on observe parfois à la suite est rare et passager.

9° Que l'exothyropexie, de même que la section du sympathique cervical, dont l'exécution est facile, n'ont pas encore donné un assez grand nombre de guérisons pour qu'elles puissent être opposées avantageusement à celles qu'a données la thyroïdectomie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 2 août 1897, un concours s'ouvrira le 3 février 1898, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

— A dater du 1er janvier 1898, les Universités percevront les droits suivants, dont le tarif est ainsi fixé :

Droits à acquitter par tous les étudiants : droit annuel d'immatriculation d'études, 20 francs; droit annuel de bibliothèque, 10 francs.

Le droit d'immatriculation n'est pas dû par les étudiants assujettis aux droits d'inscription.

Facultés de médecine. — Droits à acquitter par les aspirants au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pendant la période scolaire : droit trimestriel d'inscription, 30 francs; droit trimestriel de travaux pratiques, 22 fr. 50.

Facultés de médecine. — Droits à acquitter par les aspirants au doctorat pendant la période scolaire : droit trimestriel d'inscription, 30 francs; droit trimestriel de travaux pratiques, 15 francs.

Droits à acquitter par les étudiants admis dans les laboratoires de recherches : droit trimestriel, 50 à 150 francs, suivant décision du conseil de la Faculté.

Les aspirants au doctorat en médecine, aux certificats d'études des Facultés des sciences et aux titres de pharmaciens, dont les études sont terminées ou interrompues, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours d'études.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Comme, médecin en chef de la marine; Delescluses (de Saint-Pierre-Quilbignon); Ernoul (de Saint-Malo); Kremnitz, médecin traitant du prince royal de Roumanie; Lermont (de Wormhoudt); Raval (de Pleurtuits); Sourdin (d'Évron); Tholozan, médecin de feu le schah Nasser-ed-dinn.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fête de l'Assomption.* — A l'occasion de la fête de l'Assomption, les billets d'aller et retour, délivrés du 13 au 16 août 1897, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 août.

Neurosine Prunier — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 89. — SAMEDI 7 AOUT 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 7 AOUT 1897. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les abcès de la paroi abdominale antérieure; étiologie; symptômes et diagnostic.

Par G. GÉRARD, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille, interne des hôpitaux.

I

Historique. — Avant le commencement du siècle, les auteurs comprenaient sous le nom générique d'hydropisies enkystées du péritoine une série d'affections disparates et mal délimitées : abcès et phlegmons de la paroi, abcès sous-péritonéaux, péritonites circonscrites, phlegmons du ligament large, des fosses iliaques, kystes de l'ovaire, appendicites, etc. C'est ainsi qu'il ne faut accepter que sous bénéfice d'inventaire les observations rapportées par Fabrice de Hilden, le cas de van Swieten, dans les commentaires de Bœrhave, de Willis (1751), de Ledran (1), de Chomel l'ancien et Littré, de Manquet de la Motte (2). Seules les observations de Bourienne (3) méritent quelque attention.

C'est avec l'appendicite que la confusion persiste le plus longtemps. Dance (4) décrit, en réalité, l'appendicite subaiguë et certaines observations du travail tant vanté de Bernutz (5), 1850, ne se rapportent, en réalité, qu'à des appendicites.

Pour ce qui a trait aux abcès de la paroi, il nous faut citer les observations isolées de Velpeau (6), 1833 ; de Bricheteau (7), 1834 ; de Lecoupeur (8) ; au sujet de l'appendicite, les travaux, les idées successivement admises et combattues d'Albers, de Grisolle, de Ménière, Henle, Luschka, Bardeleben, Trêves, Tuffier, etc.

Tous ces mémoires, travaux, observations, encore un peu confus, contribuent cependant à éclairer la question. Et l'on voit les auteurs commencer à insister sur le diagnostic. Il faut, à ce point de vue, signaler les descriptions de Velpeau, de Boyer, de Vidal de Cassis (9), de Nélaton (10), de Chassaignac (11); l'étude de Second-Féréol sur les perforations de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites (1859), la communication de Constantin-Paul (12) à la Société anatomique (1862), l'article ABDOMEN de Bernutz (13), le mémoire de Frasier sur une variété abdominale du phlegmon du ligament large (1866), la clinique de Dolbeau (1867) et les travaux de Zenker, Virchow et de M. Hayem sur les phlegmons de la gaine du grand droit, consécutifs à la fièvre typhoïde, l'article ABDOMEN de M. Guyon (14), les thèses de Labuze (15), 1871 ; Vaussy (16), 1875 ; Poisson (17), 1877 ; Borrello (18), 1878 ; Wedrychowski (19), 1879 ; Matet (20), 1884 ; Deriencourt (21), 1886.

En dehors des monographies, les faits isolés d'Armieux (22), 1854 ; de Gosselin (23) ; de Boudet (24), 1867 ; de Dumas (25), 1867 ; de Worms (26), 1867 et 1868 ; de Bernheim (27), 1874 ; de Boinet (28), 1876 ; le travail de Heurteaux (29), 1879 ; les observations de Zuber (30), 1882 ; et, à propos d'un fait publié par Rigal, (31) les cas accumulés vers la même époque de Décès (32), Briolle (33), Girard (34), Richelot (35), Peyrot (36), 1883 ; de E. Paulin (37), Fouque (38), Tillaux (39), Froidbise (40), 1884.

A l'étranger, les observations de Toncker (41), 1877 ; Summer (42), Thompson (43), Cameron (44), 1880 ; Erich (45), 1880 ; Burton (46), 1882 ; Mazzoni (47), 1884 ; Archer (48), 1885 ; Marsigny (49), 1886 ; Miller (50), 1887 ; Zielewicz (51), 1888 ; Monteiro (52), 1889 ; Casazza (53), 1893 ; Dendy (54), 1894 ; Hulke (55), 1895 ; la thèse de Nautmann (Heidelberg, 1892).

En France, les cas de Delassus (56), 1887 ; Favier (57), 1888 ; A. Broca (58) 1891 ; Reclus (59), 1891 ; Descroizilles (60), 1892 ; le travail d'Immerwol (61), 1892 ; et la Revue générale de Commandeur (62), 1894.

II

Étiologie. — Les abcès de la paroi abdominale sont attribués aux causes les plus diverses : nous les signalerons simplement pour être complet, en insistant surtout sur l'idée de l'infection, qui correspond bien à nos connaissances actuelles et qui doit dominer toutes les autres.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Rien de saillant à signaler à propos des races, de l'âge, du sexe ou des tempéraments. Si on laisse de côté toutes les suppurations qui dépendent d'affections gynécologiques, on trouve une plus grande fré-

quence chez les hommes, vers la fin de l'adolescence et dans l'âge adulte.

On a voulu faire jouer un certain rôle aux diathèses; mais si l'on admettait l'influence du rhumatisme, par exemple, il faudrait revenir à l'idée, défendue par Bouillaud, Béhier et Hardy, battue en brèche par Grisolle, Chomel et Fischer, et qui a actuellement perdu tout intérêt, de la terminaison possible du rhumatisme musculaire par suppuration.

Causes déterminantes. — Souvent inconnues (Fouque, Favier, Paulin) ou banales, comme dans tous les cas où l'étiologie paraît obscure, on ne manque pas de faire intervenir l'impression brusque du froid, l'abus des bains de mer et le choc des vagues sur l'abdomen (? Dumas).

On a encore invoqué :

Le traumatisme; contusion du ventre par une caisse lourde (Bourienne), un montant d'échelle (Tillaux), écrasement contre un mur (Broca);

La myosite aiguë chez des sujets surmenés et mal nourris;

Les pyrexies;

Les ruptures musculaires avec épanchement sanguin, puis purulent; pour détruire cette idée, il suffit de rappeler que les hématomes suppurent rarement chez les sujets sains.

Les affections du tube digestif suivies d'adhérence des deux feuillets du péritoine et de perforation [cas de Peyrot (1)];

Les purgatifs drastiques antérieurs (Dance, Bernutz);

Les plaies superficielles;

La présence de corps étrangers au niveau de l'ombilic;

Certaines affections cutanées.

Pathogénie. — Toutes ces causes vulgaires nous ramènent toujours à l'infection et nous obligent à rechercher la porte d'entrée. Wedrychowski cite des observations d'abcès superficiels consécutifs au frottement du ceinturon ou de la cartouchière, chez de jeunes soldats. L'irritation continue détermine la formation d'une bourse séreuse qui s'enflamme et produit une sorte d'hygroma aigu.

Si l'on admet les ruptures musculaires, on comprend que des germes microbiens, existant en un point quelconque de l'organisme, sont amenés par voie sanguine ou lymphatique, jusqu'à l'hématome, qui est pour eux un excellent milieu de culture : Reclus rapporte une observation d'abcès intramusculaire du grand droit, consécutif à un érysipèle, dans lequel on trouva des streptocoques; dans ce cas, il y avait eu une rupture musculaire; mais souvent cette rupture n'existe pas.

Il faut donc ne considérer les causes que comme des déterminants accessoires et ne retenir qu'un seul fait : l'infection, qui explique bien les décharges microbiennes dans les divers points de la paroi, suivant le trajet des vaisseaux et d'après un mécanisme semblable à celui qu'on observe dans la fièvre typhoïde ou la scarlatine.

Pour les phlegmons profonds, il est un point important à considérer : on peut admettre, après Turner (2), qu'il existe une irrigation autonome du fascia transversalis et la facile communication des tissus sous-péritonéaux avec les circulations des reins, des capsules surrénales, du pancréas et du duodénum par l'entremise d'artères spéciales. Cette circulation particulière permet de comprendre la localisation des abcès dans les plans profonds de la paroi.

Les auteurs sont muets sur les variétés microbiennes qu'on rencontre dans les abcès de la paroi; il est vrai que la plupart des observations sont déjà anciennes. D'autre part, la marche de la suppuration, la description du pus (odeur, couleur, consistance), la rapidité de la guérison autorisent à admettre qu'on a affaire aux hôtes habituels des suppurations : staphylocoques et streptocoques. Il serait à désirer que de nouveaux faits vinssent éclaircir ce point de pathologie.

III

Symptomatologie. — Conformément à la répartition schématique des plans de la paroi, nous étudierons :

A. Les abcès superficiels.
B. Les abcès intramusculaires . . . . . { 1. Abcès du grand droit. 2. Phlegmons intra-musculaires.
C. Les phlegmons profonds.

A. Les abcès superficiels présentent quelques symptômes particuliers. Formés dans le tissu cellulaire, au-dessus, plus rarement au-dessous du fascia superficialis, ils offrent comme signes propres, outre les signes communs à tous les abcès chauds : tuméfaction, douleur, rougeur de la peau et élévation locale de la température, l'attitude spéciale du malade qui marche courbé en deux pour éviter le frottement des habits et mettre les muscles de la paroi dans le relâchement, et une constipation assez opiniâtre, toute mécanique, et qui tient à la douleur causée par la contraction des muscles dans les mouvements de défécation.

B. Abcès intramusculaires. — Entre les abcès superficiels et les abcès intramusculaires, on peut placer le phlegmon de Heurteaux, qui, d'après M. Richelot (1), semble être souvent d'origine tuberculeuse.

Les abcès intramusculaires, développés entre les muscles ou limités par leurs gaines aponévrotiques, empruntent leurs caractères particuliers aux aponévroses qui brident leur foyer et limitent leur extension; il n'est pas toujours facile d'y déceler la présence du pus; une fois ouverts, ils peuvent suppurer longtemps et par des fistules profondes et intarissables; van Swieten avait déjà signalé cette particularité.

1. *Abcès du grand droit de l'abdomen.* — Nous laissons de côté tous les abcès symptomatiques des maladies infectieuses, pour nous limiter à l'étude des abcès qui semblent idiopathiques.

Le siège de l'abcès du grand droit est généralement sous-ombilical, plus rarement sus-ombilical. L'abcès débute par de la gêne dans la région antéro-inférieure du grand droit et par des douleurs de la miction. L'empâtement, d'abord peu appréciable, souvent accompagné d'œdème, devient rapidement de plus en plus considérable. On observe en

(1) L'analyse des faits semble montrer qu'on a affaire à des suppurations symptomatiques; dans le même ordre d'idées, Poisson mentionne la dysenterie, les masses cancéreuses de l'intestin et de l'épiploon, les ulcérations du gros intestin, les kystes de l'ovaire, la péritonite chronique, les calculs du rein, et croit même à la formation d'abcès consécutive à la présence et à l'issue par l'ombilic de vers lombrics (Bordenave, Willis).

(2) Turner. *Brit. and for. med.-chir. Review*, janv. 1865, p. 208.

(1) Richelot. Soc. de chir., séance du 2 janv. 1895.

même temps de la rénitence dans la région pré-vésicale, de la gêne des mouvements du tronc.

La tumeur, d'un volume variable, est fixée par la contraction du muscle; elle est immobile latéralement et dans le sens vertical. Elle grandit peu à peu et peut arriver à s'étaler comme une cuirasse dans toute l'étendue du bas-ventre.

La douleur à la pression est généralement peu considérable. On ne note pas de changement de couleur à la peau. Après un temps plus ou moins long, l'abcès se développe vers la peau, sous l'ombilic et assez loin de son point d'origine.

Le pus a rarement tendance à causer des décollements profonds : il est sans odeur particulière.

2. *Abcès intramusculaires proprement dits*. — Leur mode de début est assez variable; généralement le premier symptôme qui attire l'attention des malades est la douleur; celle-ci apparaît dans la région où se formera l'abcès (fosse iliaque gauche, flanc gauche, région hypogastrique droite); elle est soit localisée, soit irradiée dans toute la cavité abdominale. On ne note au commencement de l'évolution ni rougeur, ni tuméfaction de la peau; mais le malade accuse parfois quelques frissons et une fièvre vespérale plus ou moins continue.

D'autres fois, le début est très insidieux; la miction est rare et pénible, les urines chargées, mais non albumineuses; la douleur est signalée dans le bas-ventre, d'abord vague, puis très vive, survenant à l'occasion d'un effort, occupant un point fixe, exaspéré par la pression; l'état général est en souffrance; l'appétit se perd, on trouve quelques râles dans la poitrine.

Plus rarement encore, les douleurs surviennent à intervalles irréguliers, réapparaissant un mois, deux mois après qu'on les a notées une première fois; dans des cas exceptionnels, c'est une tumeur qui apparaît, non douloureuse, même par la plus forte pression, et qu'on peut bien délimiter (Boinet, Poisson).

Peu à peu, on trouve sur l'un des côtés du ventre une saillie plus ou moins considérable; et une tumeur apparaît, rénitente, non fluctuante.

A la période d'état, on trouve les symptômes suivants :

La douleur, assez vive, contusive, est devenue plus intense et s'est localisée. Exaspérée par la toux, les efforts, la défécation, les changements de position, elle peut être assez forte pour faire garder obstinément au malade le décubitus dorsal. On ne note pas d'irradiations sciatiques ou crurales, comme dans certaines affections des organes abdominaux.

La tuméfaction est circonscrite et comme enchâssée dans la paroi; sa forme est généralement assez régulière; son volume, plus ou moins considérable, peut atteindre la grosseur de deux poings, d'une tête de fœtus, et peut être assez énorme pour arriver à soulever les fausses côtes (Poisson); sa consistance est dure à la périphérie, rénitente au centre. La percussion donne de la matité superficielle et de la sonorité profonde; ce dernier signe permet souvent d'écarter le diagnostic de tumeur dépendant d'un organe abdominal. Un dernier symptôme important : la tumeur suit les mouvements d'inspiration et d'expiration qui lui sont imprimés par la paroi; dans les contractions musculaires, elle peut changer de forme et de consistance, mais reste absolument immobile dans tous les sens.

La peau, d'abord normale, sans chaleur locale ni œdème, peut présenter une ecchymose au moment où l'abcès gagne les plans superficiels : c'est généralement à cette époque seulement qu'on peut trouver la fluctuation. L'état général est rarement très mauvais; facies un peu terreux, langue saburrale, fièvre oscillant entre 38 et 39 degrés. Constipation habituelle. Pas d'albumine dans les urines.

L'évolution peut être très rapide, mais aussi tellement lente qu'elle peut faire penser à de la tuberculose intermusculaire.

Le pus auquel on donne issue est épais, franchement phlegmoneux, sans odeur spéciale.

Dans des cas rares, on a signalé, après l'ouverture, une éraillure de l'aponévrose profonde du transverse, donnant un abcès en bouton de chemise et pouvant établir la filiation possible avec un foyer profond.

C. Phlegmons profonds. — Certains auteurs ont tendance à considérer *tous* les phlegmons sous-péritonéaux comme étant toujours secondaires à une lésion ou une perforation de l'intestin (Gauderon-Wedrychowski). Nous croyons leur opinion exagérée, et il est au moins prématuré de généraliser, sous prétexte que certaines péritonites s'évacuent au niveau de l'ombilic.

Il importe, pour être circonspect, de se rallier à l'opinion suivante : « Nous croyons que ces abcès sous-péritonéaux vrais sont rares et quand, de toutes les observations qui ont été publiées, on dégage celles qui ont trait à des affections étrangères et qui ne portent ce titre que par une erreur évidente de diagnostic, leur nombre se trouve singulièrement réduit... les phlegmons sont donc rares, et il est à croire que plus les signes diagnostiques d'avec les affections qui les simulent deviendront précis, plus on connaîtra leur manière d'être, plus leur nombre se réduira. Leur existence, en tant que phlegmons nés sur place, ne peut être mise en doute, mais nous persistons à dire qu'il faut se garder de les admettre avec une trop grande facilité » (Poisson).

Leur début se fait de diverses manières :

Le plus souvent, la santé est parfaite avant l'apparition des symptômes. D'autres fois, on note une suite assez longue d'indispositions vagues, de courbatures, de malaises généraux sans localisation douloureuse. Ordinairement, après une suite assez longue de troubles digestifs, alternatives de diarrhée et de constipation, anorexie, on voit se succéder une série de troubles gastriques ou intestinaux plus graves : diarrhée persistante, nausées, vomissements, douleurs abdominales intenses, avec fièvre vespérale affectant le type rémittent continu.

Plus ou moins rapidement apparaît une tumeur avec tous les phénomènes d'une inflammation aiguë.

Dans des cas plus rares (Tillaux, Gosselin), ce sont des névralgies intercostales coïncidant avec l'apparition d'une tumeur, peu douloureuse d'abord. Rigal pose en principe que l'affection s'installe toujours insidieusement, que les symptômes généraux tiennent à des complications et font défaut dans le cas où le phlegmon s'est présenté seul.

Cette assertion se vérifie dans quelques observations.

Période d'état. — On voit survenir comme symptôme initial un long frisson, intense; la fièvre s'exaspère, les douleurs apparaissent, si fortes, qu'elles jettent les malades dans un état d'anxiété toute particulière (Bernutz). Puis on voit se succéder les signes ordinaires de toute inflammation, avec certains caractères particuliers.

Les douleurs, d'abord vagues, se localisent et deviennent excessives, exquises, pulsatiles et lancinantes, mais souvent de peu de durée, elles sont provoquées par le frottement ou la pression du doigt, le contact des draps, exaspérées par les mouvements ou les efforts; elles font toujours penser aux douleurs de la péritonite, d'autant plus qu'elles irradient et que le malade lui-même est incapable de leur assigner un siège précis.

La tumeur, de grosseur variable, peut atteindre un volume considérable. Irrégulière et peu perceptible au début, elle s'aplatit ensuite et devient dure. Mate à la percussion, elle paraît située derrière la paroi et faire corps avec elle, elle ne disparaît pas pendant les contractions musculaires. Elle n'évolue pas rapidement; dans un cas exceptionnel (Tillaux) elle mit trois ans pour arriver à son complet développement.

La fluctuation, quand on la perçoit, est profonde et peu nette; la peau, mobile d'abord, devient vite œdémateuse, sèche, chaude et rouge; le ventre est dur, ballonné, sensible au point d'interdire toute exploration; le pouls n'a jamais les caractères du pouls de la péritonite.

L'état général est mauvais : fièvre assez forte, courbature avec céphalalgie et rachialgie, facies pâle; troubles digestifs, nausées, vomissements parfois bilieux et porracés, mais peu persistants, constipation. Couche d'albumine dans les urines.

Marche. — La résolution est des plus rares. Une fois la suppuration formée, les symptômes tendent à s'amender, la douleur diminue, la tumeur s'élargit lentement à mesure que le pus tend à gagner la peau (Denonvilliers, Darier). Dans des cas assez rares, tous les phénomènes inflammatoires locaux disparaissent.

Finalement, la tumeur se limite, devient franchement mate, la température s'élève de nouveau, un nouveau frisson éclate et le pus arrive à sourdre spontanément si l'on n'intervient pas assez vite.

Le pus n'a rien du pus séreux de la péritonite; il est épais, crémeux, grumeleux; on lui a attribué des caractères (teinte chocolat, rouge brique, odeur particulièrement fétide, présence de gaz), qui peuvent très bien appartenir à toute autre affection que le phlegmon sous-péritonéal.

Complications. — Elles sont rares, le pus ayant — malgré la faible barrière qui le sépare du péritoine — une tendance constante à gagner la peau.

On a signalé :

La mort par péritonite aiguë;

La propagation à l'intestin voisin;

L'apparition de symptômes dysentériques consécutifs s'ajoutant aux phénomènes propres du phlegmon vers le dixième jour;

La pleurésie avec épanchement abondant du même côté. Cette pleurésie par propagation est fréquente dans toutes les suppurations qui avoisinent le diaphragme : abcès du foie, abcès périnéphrétiques, kystes hydatiques, pyopneumothorax subphrénique, etc.;

L'ouverture dans une branche après dilacération du diaphragme (Bernheim);

La rupture des parois abdominales (Nélaton, Schleiter);

Des accidents à distance, tels que la parotidite consécutive (Monteiro), etc.

IV

Diagnostic. — *Les abcès sous-cutanés* se reconnaissent au peu de mobilité de la peau au niveau de la zone tuméfiée, à la rougeur précoce; il ne faut pas se laisser égarer par la douleur abdominale, l'attitude particulière du malade, la constipation, ni par la fluctuation qui est parfois si superficielle que, dans un cas, Peyrot se demanda s'il n'avait pas affaire à une anse intestinale.

Il faudra toujours rechercher la porte d'entrée de l'infection, souvent facile à découvrir.

Le phlegmon de Heurteaux sera différencié du phlegmon de la cavité de Retzius par son siège constant, sa forme remarquable, sa limite inférieure nette, sa courbe concave en haut et sa marche de haut en bas.

Les abcès intramusculaires présentent un symptôme pathognomonique : à l'état de repos, la tumeur est immobilisée dans le sens vertical, mais non latéralement. La mobilité latérale disparaît aussi quand on commande au malade de contracter ses muscles. Il faut encore se fonder sur les autres signes physiques : douleur très vive, pouvant disparaître pendant un certain temps, exagérée par les efforts, tumeur circonscrite, régulière, consistante, rénitente, à fluctuation tardive; — se rappeler qu'on observe généralement deux phases douloureuses intenses : l'une au début, l'autre à la période de suppuration, et faire le plus souvent abstraction des commémoratifs, du mode de début et des phénomènes généraux.

Dans les phlegmons profonds, le diagnostic, au début, est très difficile; on ne peut à ce moment rien tirer de symptômes généraux vagues : troubles digestifs ou nerveux. Il faut attendre l'apparition de la tumeur pour réunir les symptômes et tenter de les interpréter : dans tous les cas, le diagnostic ne pourra jamais être posé que par exclusion, et après qu'on aura éliminé toutes les affections que nous allons maintenant passer en revue.

Diagnostic différentiel. — « Avant de poser son diagnostic, dit Matet (1), le médecin devra examiner tous les organes, étudier toutes les diathèses, et ne se prononcer encore qu'après avoir su attendre prudemment pour suivre la marche de la maladie. Il se souviendra combien peut être lente la marche de ces tumeurs; combien peu de réaction générale elles présentent, et combien sont variables les formes qu'elles peuvent revêtir. »

La première question qui se pose est de savoir : *a.* si l'on a affaire à un abcès; *b.* si cet abcès est intra-pariétal ou sous-péritonéal.

a. Est-ce un abcès? En dehors des kystes hydatiques qui peuvent se développer aux dépens des muscles, certaines tumeurs malignes peuvent en imposer pour une collection purulente à évolution lente, dont la suppuration se fait tardivement. On peut à la rigueur faire une ponction exploratrice.

b. Pour savoir si l'abcès est intrapariétal, il faut s'appuyer sur la palpation et la percussion, qui donne de la matité très superficielle au-dessous de laquelle on perçoit la sonorité profonde de l'intestin. Si l'abcès vient, au contraire, du plan profond, les anses intestinales sont écartées et la matité est complète.

---

(1) Matet. Th. de Bordeaux, 1884, p. 31.

Nous allons maintenant passer en revue toutes les affections qui nous semblent susceptibles d'égarer le diagnostic des abcès de la paroi abdominale antérieure.

1. *Hyperesthésies cutanées.* — Fréquentes et rarement diagnostiquées, nous avons observé, dans le service du regretté professeur Wannebroucq, dans quel grand nombre d'affections elles apparaissent. Constituant souvent à elles seules toute la maladie, elles peuvent s'accompagner de phénomènes généraux et de fièvre. On comprend donc tout l'intérêt qui peut s'attacher à leur étude, qui d'ailleurs n'est pas encore bien faite à l'heure actuelle.

2. *Névralgies intercostales ou abdomino-génitales* et douleurs erratiques pouvant faire penser à des coliques hépatiques ou néphrétiques.

3. *Myosalgies.* — Habituelles dans la colique saturnine, elles peuvent s'accompagner de constipation et de fièvre. On pourra les reconnaître à la localisation précise de la douleur et dans toute l'étendue du muscle — grand droit, par exemple — et surtout au niveau des insertions musculaires (cartilages costaux ou côtes, pubis, arcade crurale, crête iliaque).

4. *Hématomes.* — L'épanchement sanguin pourrait donner au début de la fluctuation; mais la douleur vive et subite au moment de la rupture, le développement de la tumeur lèvent tous les doutes. L'ecchymose consécutive apparaît trop rapidement pour qu'on puisse penser à la propagation sous-cutanée d'un phlegmon profond.

5. *Tumeurs de la paroi.* — a. *Kyste hydatique.* — Il faut considérer la lenteur avec laquelle la tumeur s'est accrue, l'absence complète de phénomènes inflammatoires, le frémissement hydatique que l'on pourra rencontrer (Labuze). Dans un cas, Polaillon (1) ne put poser un diagnostic certain qu'à une seconde ponction.

b. *Lipome de la paroi.* — Rien de saillant à noter, sinon sa fréquente coïncidence au niveau de la ligne blanche avec l'épiplocèle.

c. *Fibrome de la paroi.* — Souvent situé vers l'une des fosses iliaques, indolore, mobile quand la paroi est relâchée, fixe par la contraction des muscles, non douloureux à la pression; pas de changement de coloration de la peau.

6. *Péritonites.* — a. *Péritonite aiguë.* — « Quand on se rappelle que, dans bon nombre de cas, le phlegmon sous-péritonéal débute par un frisson, s'accompagne dès le début d'une fièvre vive, souvent de constipation et de vomissements, que la douleur est irradiée, paraît générale, qu'elle est assez vive pour empêcher au début l'exploration qui, du reste, ne permettrait que bien difficilement de découvrir une tuméfaction encore profondément cachée et que rendrait encore plus difficile à trouver la contraction des muscles qui la recouvrent, on comprend qu'il faille insister sur ce diagnostic » (Poisson).

On se fondera sur la douleur plus circonscrite, à maximum d'intensité correspondant au siège différent de l'inflammation, sur la rareté relative des vomissements, la constipation moins opiniâtre, la prostration moins profonde, la chute des forces moins complète, le facies moins grippé, le pouls meilleur dans le phlegmon que dans la péritonite.

b. *Péritonite tuberculeuse.* — Les douleurs sont rarement très intenses, son évolution est lente, et les saillies intestinales qu'on peut percevoir avec la main ne rappellent en rien la consistance du « gâteau phlegmoneux » (Guyon) signalé dans les phlegmons profonds.

c. *Péritonite enkystée.* — Son diagnostic d'avec le phlegmon profond offre toujours de très sérieuses difficultés; sur quoi se fonder en effet? sur l'absence d'une tumeur? mais, au bout de quelques jours, cette tuméfaction apparaît, donne les mêmes symptômes locaux et généraux que le phlegmon profond, et comme lui dissèque la paroi pour vider son contenu à l'extérieur; souvent même, après l'ouverture, la confusion peut encore être faite.

D'après Second-Féréol, on peut reconnaître le phlegmon à son plastron superficiel souvent facile à apprécier, à sa résistance, à la fluctuation plus limitée, et après l'ouverture, à l'aspect plus franchement phlegmoneux du pus écoulé. De plus, le pus de la plupart des péritonites localisées suppurées, tend à s'évacuer par l'ombilic, et comme dans certaines formes d'ascite, repousse en avant la cicatrice ombilicale.

7. *Affections du tube intestinal.* — Nous devons signaler rapidement l'*entéralgie* remarquable par la variabilité de son siège, et l'*entérite aiguë*. Dans tous les cas, l'erreur ne pourrait exister qu'au début, et l'absence de tumeur aurait vite fixé le diagnostic.

8. *Phlegmons et abcès stercoraux.* — On recherchera, aux points où apparaissent habituellement les hernies, s'il n'existait pas auparavant une hernie, et s'il n'y a pas eu de symptômes, si faibles qu'ils fussent, d'occlusion intestinale.

9. *Hernies.* — Dans un seul cas rapporté par Wedrychowski, un abcès sous-cutané fut pris d'abord pour une hernie ombilicale étranglée.

10. *L'occlusion intestinale.* — Thompson (1880) rapporte un cas dans lequel le diagnostic fut difficile; un phlegmon profond avait été pris pour une occlusion.

11. Certaines formes d'*appendicites* présentent derrière la paroi une tuméfaction en plastron. Nous avons vu que l'erreur a souvent été faite. On établira le diagnostic, d'après le début dans la fosse iliaque droite, et par le maximum de douleur à la pression, sur une ligne allant de l'ombilic au milieu de l'arcade crurale.

12. *Les abcès du foie.* — C'est une affection propre aux climats chauds, s'accompagnant d'un état général mauvais, d'amaigrissement rapide, de fièvre vive, avec vomissements au début, anorexie, état gastrique. Ces abcès naissent dans l'hypocondre droit, où a d'abord siégé la douleur; alors même qu'ils semblent occuper la gaine du grand droit (voir l'observation de Broca), ils sont encore reliés à la région hépatique par un pédicule inflammatoire, et ils occupent un territoire beaucoup plus grand que la gaine du muscle. On s'appuiera sur la rareté des abcès du foie dans nos pays, et, l'abcès de la paroi une fois ouvert, sur la résistance et la limitation de sa poche purulente.

13. *Les phlegmons périnéphrétiques.* — Leur siège généralement postérieur, le refoulement du rein en avant, les douleurs lombaires avec propagation, l'origine souvent vésicale suivie d'infection ascendante consécutive, sont des symptômes suffisants pour ne laisser de doute que dans les cas — rares — où le pus chemine vers la partie antérieure.

14. *Les fausses tumeurs de l'abdomen* (V. Potain. *Semaine méd.*, 1896, p. 209).

15. *Les tumeurs du mésentère ou de l'épiploon.* — Caractéri-

(1) Polaillon. Soc. de méd. de Paris, 22 déc. 1883.

sées par leur situation médiane, leur mobilité dans tous les sens, la zone de sonorité en avant et au-dessous de la tumeur [Tillaux (1)]. Nous rappellerons seulement que ces tumeurs peuvent être le point de départ de phlegmons symptomatiques (Bernutz) et surtout que le cancer de l'épiploon fait souvent corps avec la paroi et forme une tumeur bosselée, irrégulière, provoquant des douleurs spéciales et de la cachexie (Gosselin).

16. *Les abcès de la rate.* — Leur symptomatologie n'est pas faite. A signaler seulement une observation de Meurs (2) (abcès enkysté de la paroi abdominale gauche, simulant un abcès de la rate).

17. *Les tumeurs intra-abdominales.* — Les phlegmons de la paroi peuvent compliquer une affection d'origine abdominale. Wedrychowski a observé un cas de ce genre dans le service de Duplay : il s'agissait d'un phlegmon sous-péritonéal suppuré, qui faisait saillie au niveau de l'ombilic; il s'était développé chez une femme porteur d'un kyste de l'ovaire.

18. *Les plegmons de la fosse iliaque.* — Caractérisés par de la douleur dans la fosse iliaque, une tumeur profonde qui peut retentir sur le membre inférieur et entraîner une raideur musculaire plus ou moins accusée, leur diagnostic avec les phlegmons profonds est surtout signalé par les auteurs du siècle dernier (Lamothe, Bourienne).

Nous avons voulu montrer par cette énumération un peu longue combien le diagnostic des abcès et phlegmons de la paroi abdominale antérieure est en général difficile. Toutes les observations que nous avons citées au début de ce travail insistent sur ce point; nous terminerons, en rapportant l'opinion que soutenait déjà Denonvilliers, et qui résume bien toutes ces difficultés : « La lenteur avec laquelle se développent vers l'extérieur les caractères propres du phlegmon et de l'abcès lorsque l'inflammation a primitivement son siège dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, peut rendre le diagnostic fort embarrassant. »

BIBLIOGRAPHIE

(1) Ledran. Consultations et observations de chirurgie. — (2) Manquet de la Motte. *Traité de chir.*, 1771. — (3) Bourienne. *Journ. de méd.-chir. pharm.*, 1775, t. XLIII, p. 64. — (4) Dance. *Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXX, p. 152. — (5) Bernutz. *Arch. gén. de méd.*, 1850, p. 129-290. — (6) Velpeau. *Gaz. méd.*, 1833. — (7) Bricheteau. *Arch. gén. de méd.*, 1839, t. VI, p. 435. — (8) Lecoupeur. Th. de Paris, 1840. — (9) Vidal de Cassis. *Pathol. externe.* — (10) Nélaton. *Traité de pathol. chir.* — (11) Chassaignac. *Traité de la suppuration*, t. II, p. 357. — (12) C.-Paul. *Bull. de la Soc. anat.*, 1862, p. 318. — (13) Bernutz. *Dict. Jaccoud*, art. abdomen, 1864. — (14) Guyon. *Dict. Dechambre*, art. abdomen. — (15) Labuze. Th. de Paris, 1871. — (16) Vaussy. Th. de Paris, 1875. — (17) Poisson. Th. de Paris, 1877. — (18) Borrello. Th. de Paris, 1878. — (19) Wedrychowski. Th. de Paris, 1879. — (20) Matet. Th. de Bordeaux, 1884. — (21) Deriencourt. Th. de Paris, 1886. — (22) Armieux. *Gaz. des hôp.*, 1854, p. 218. — (23) Gosselin. *Cliniques chirurgicales de la Charité*, t. II, 48e leçon. — (24) Boudet. *Rev. méd. de Limoges*, 1867-1868, p. 38. — (25) Dumas. *Union méd.*, 1862, t. III, p. 185. — (26) Worms. *Journ. des conn. méd. prat.*, 1868, t. XXXV, p. 52, et *Gaz. des hôp.*, 1867, p. 548. — (27) Bernheim. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1874, t. I, p. 152. — (28) Boinet. *Union méd.*, 1876, t. I, p. 816. — (29) Heurteaux. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 641. — (30) Zuber. *Rev. de méd. de Paris*, 1882, t. II, p. 928. — (31) Rigal. *Gaz. des hôp.*, 1883, p. 794. — (32) Décès. *Un. méd. et scient. du N.-E.*, Reims, 1883, t. VII, p. 36. — (33) Briolle. *Gaz. des hôp.*, 1883, p. 989. — (34) Girard. *Gaz. des hôp.*, 1883, p. 861. — (35) Richelot. *Union méd.*, 1883, p. 61. — (36) Peyrot. *Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 1017. — (37) Paulin. *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 116. — (38) Fouque. *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 315. — (39) Tillaux. *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 619. — (40) Froidbise. *Arch. méd. belges*, Bruxelles, 1884, t. XXV, p. 773. — (41) Toncker. *Gazz. med. di Roma*, 1877, t. III, p. 217. — (42) Sumner. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1880, t. CIII, p. 350. — (43) Thompson. *Med. Times and Gaz.*, London, 1880, t. I, p. 35. — (44) Cameron. *Glasgow Med. Journ.*, 1880, t. XIII, p. 235. — (45) Erich. *Maryland Med. Journ. Balt.*, 1880-1881, t. VII, p. 205. — (46) Burton. *Liverpool Med. Chir. Journ.*, 1882, p. 355. — (47) Mazzoni. *Clin. chir.*, Roma, 1884, t. VIII, p. 10. — (48) Archer. *Med. press and circ.*, London, 1885, p. 75. — (49) Marsigny. *Arch. méd. belges.* Bruxelles, 1886, p. 239. — (50) Miller. *The Lancet*, 1887, t. II, p. 211. — (51) Zielewicz. *Arch. clin. de chir.*, Berlin, 1888-1889, t. XXXVIII, p. 319. — (52) Monteiro. *Berlin. Klin. Woch.*, 1889, p. 836. — (53) Casazza. *Gazz. med. di Pavia*, 1893, t. II, p. 529. — (54) Dendy. *The Lancet*, 1894, t. II, p. 440. — (55) Hulke. *The Lancet*, 1895, t. I, p. 6. — (56) Debassus. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1887, t. II, p. 529. — (57) Favier. *Gaz. hebd.*, 1888, p. 629. — (58) Broca. *Gaz. hebd.*, 1891, p. 474. — (59) Reclus. *C.-R. du Ve Congr. de chir.*, 1891, p. 248. — (60) Descroizilles. *Gaz. des hôp.*, 1892, p. 933. — (61) Immerwol. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1892, t. X, p. 475. — (62) Commandeur. *Gaz. hebd.*, 1894, p. 323.

(1) Cf. aussi Masset. *Fibromes du mésentère*, Th. de Lille, 1894.
(2) Meurs. *Journal de l'Algérie*, 1877, p. 146.

GUÉRISON D'UN KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

A LA SUITE DE PONCTIONS ET DE L'ÉLECTROLYSE; ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE D'UNE PTOMAÏNE RETIRÉE DE SON CONTENU; EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA CICATRICE RECUEILLIE CINQ ANS PLUS TARD.

Par M. le docteur Ed. Boinet,
Professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, médecin des hôpitaux, etc.

I

X..., chargeur, âgé de trente-cinq ans, jouissant d'une bonne santé, possédant des chiens, entre à l'Hôtel-Dieu pour un kyste hydatique volumineux du foie, dont il fait remonter le début à deux ans. Une première ponction donne issue à un litre de liquide clair, transparent, eau de roche, sans crochets, ne précipitant pas par la chaleur. Le liquide se reproduit et, quinze jours plus tard, nous pratiquons, avec le docteur Gilles, l'électrolyse en enfonçant profondément trois aiguilles, en communication avec un courant de 15 à 25 milliampères venant du pôle positif. Au bout de dix jours, une seconde ponction permet de retirer 600 grammes environ d'un liquide trouble, jaune, sirupeux, laissant précipiter sous l'action de la chaleur des matières albuminoïdes, contenant des crochets, indices de la mort des hydatides et de leur nécrose aseptique, sans intervention microbienne. Ces modifications aseptiques ont donné lieu à la production d'une *toxine spéciale*, comparable à la mytilotoxine des moules vénéneuses et provenant probablement du dédoublement des matières albuminoïdes. Viron (1) avait retiré du liquide hydatique du mouton une toxalbumine très toxique, et Schlagdenhauffen avait isolé d'un kyste hydatique une substance présentant les caractères généraux des ptomaïnes : elle ne fut pas étudiée au point de vue physiologique.

(1) Viron. *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1892, p. 136.

II

Ptomaïne hydatique. — La méthode employée par Gautier pour l'extraction des ptomaïnes nous a permis de retirer de ce kyste hydatique, modifié par la ponction et l'électrolyse, des cristaux transparents prismatiques, disposés en aiguilles soyeuses, en forme de feuilles de fougère, très solubles dans l'eau, à réaction acide. Ils sont toxiques à la dose de 5 milligrammes pour la souris, de 2 à 3 centigrammes pour le cobaye, de 5 centigrammes pour le lapin, de 2 centigrammes pour la grenouille. Nous résumerons brièvement l'*action physiologique de cette ptomaïne hydatique* (1) étudiée sur douze animaux.

Circulation. — Chez la grenouille, elle ralentit les battements du cœur, qui, vers la fin de l'expérience, sont trois fois moins nombreux qu'au début; elle diminue l'énergie systolique et, sur les tracés, la ligne d'ascension est oblique, peu élevée, le plateau est horizontal, très étendu; puis le cœur faiblit, s'arrête pendant quelques secondes, donne de rares pulsations avortées; enfin, l'arrêt définitif se produit en diastole et, à ce moment, l'animal peut faire encore quelques bonds et peut avoir des convulsions passagères agoniques. C'est donc un poison diastolique du cœur. Cette action est moins nette chez le cobaye et le lapin, qui, après une accélération passagère, présentent du ralentissement, de la faiblesse des battements cardiaques. Ces données permettent d'expliquer, en partie, le collapsus qui a été signalé par Humphry, Terrillon, Barailhé, Finsen dans l'intoxication hydatique. Du reste, l'injection dans les veines du chien du liquide hydatique, recueilli chez le malade de Humphry, a déterminé un abaissement considérable de la pression sanguine et un ralentissement précédé d'une accélération passagère des pulsations cardiaques.

Motilité. — La souris, le lapin, le cobaye, la grenouille présentent quelques mouvements convulsifs passagers au début de l'expérience et immédiatement avant la mort; mais les troubles moteurs prédominants sont : la parésie, la difficulté de la marche, la titubation, puis une paralysie plus complète et plus accentuée dans le train postérieur. Les animaux à sang chaud ont de la somnolence, de la prostration; un lapin, qui avait reçu 2 centigrammes de cette toxine dans le péritoine, paraissait être sous l'action d'un narcotique. La *sensibilité* est fort émoussée.

Respiration. — Au début, le nombre des respirations s'accélère et augmente momentanément d'un quart environ, pour diminuer assez rapidement dans une égale proportion; puis l'inspiration devient moins fréquente, plus difficile, plus embarrassée; vers la fin, elle est rare, pénible, prolongée; les poumons sont fortement congestionnés. Du reste, l'intoxication hydatique a produit, chez l'homme, des accidents dyspnéiques (Bussard, Debove), et une congestion intense des poumons (Galliard) analogues.

Température. — Elle s'élève momentanément de 1 degré sous l'influence d'une injection intraveineuse ou intrapéritonéale faite au lapin; Korach avait aussi constaté que l'injection de liquide hydatique donnait la fièvre à cet animal. A la période de collapsus, la température baisse de quelques degrés; elle était tombée à 34°5, en quelques minutes, chez un de nos lapins qui avait reçu 5 centigrammes de cette ptomaïne dans les veines de l'oreille.

(1) Boinet. *Marseille méd.*, 1892, p. 803; Congr. de Rome, 1895, et in Th. de Carier, Montpellier, juillet 1897.

III

Après l'évacuation de ce liquide sirupeux, contenant cette ptomaïne, le kyste hydatique de notre malade s'affaissa, le foie se rétracta au niveau du rebord des fausses côtes : le malade put travailler pendant deux ans; à cette époque, il présentait des signes de tuberculose pulmonaire au début; la guérison du kyste restait toujours complète. Cette tuberculose pulmonaire fut traitée par des injections de sérum de chèvre (1) immunisée avec de la tuberculine; elle évolua lentement, pendant trois ans, et le malade mourut de phtisie subaiguë.

Ce traitement sérothérapique a simplement retardé la marche de la tuberculose; car, *à l'autopsie*, les deux poumons étaient infiltrés de tubercules et de noyaux de bronchopneumonie tuberculeuse.

Sur la surface du foie, au niveau du point correspondant au siège du hyste hydatique, on voit une cicatrice fibreuse, déprimée, large d'un travers de doigt, longue de 4 à 5 centimètres; elle est dure, résistante, crie sous le scalpel; elle a 1 centimètre d'épaisseur et se continue avec une poche fibreuse, dont la cavité linéaire avait une longueur de 3 centimètres et contenait un magma caséeux, blanchâtre, assez consistant, comparable à du fromage blanc. Le résidu de ce kyste hydatique avait à peine le volume d'une grosse noix. L'examen histologique de cette paroi fibreuse montrait, au niveau de sa face interne, une série de petits bourgeons, bien délimités, composés de tissu fibreux, reposant sur de minces traînées de petites cellules embryonnaires : audessous d'elle, on constate de nombreuses couches parallèles de lames fibreuses peu vascularisées dans leur profondeur, plus riches en vaisseaux vers la périphérie. La capsule de Glisson est épaissie et plissée au niveau de la cicatrice déprimée de ce kyste. Le tissu hépatique avoisinant est infiltré de tractus fibreux émanant de la cicatrice; ils circonscrivent dans leurs mailles des îlots de cellules hépatiques, d'autant plus étendus que l'on s'éloigne de la paroi kystique.

Conclusions. — Cette observation nous a paru intéressante à divers points de vue : 1° elle montre que les ponctions simples et l'électropuncture positive peuvent amener la guérison de kystes hydatiques volumineux du foie; 2° sous cette influence, les hydatides peuvent subir des modifications aseptiques et régressives donnant lieu à la production d'une ptomaïne, cristallisant en forme de feuilles de fougère, analogue à la mytilotoxine des moules : son étude physiologique prouve qu'elle agit surtout comme un poison diastolique du cœur : elle détermine, chez les animaux, les symptômes que l'on observe dans le collapsus qui est provoqué, chez l'homme, par l'intoxication hydatique.

DE LA DILATATION DES BRONCHES CHEZ LES ENFANTS

Par le docteur Nicolas Sotiroff.

La dilatation des bronches est une maladie relativement rare chez les enfants; c'est une des raisons pour lesquelles elle n'a pas été étudiée beaucoup par les auteurs.

(1) Boinet. Congr. de méd. int. de Lyon, 1894, p. 538, et Soc. de biol. 6 juillet 1895.

Cette affection s'établit à la suite des bronchites répétées ou d'une broncho-pneumonie, qui sont elles-mêmes des complications de la coqueluche, de la rougeole, de la grippe, etc.

Dans quelques cas, cette affection est la conséquence du séjour prolongé d'un corps étranger dans les bronches, point qui n'a pas été assez relevé par les auteurs. Cette cause étiologique ne paraît pas influer d'une façon spéciale sur la marche et le pronostic de la maladie.

Quand un corps étranger a pénétré dans les voies bronchiques, il s'établit d'ordinaire une tolérance de plus ou moins longue durée, et c'est seulement plus tard qu'on peut constater les symptômes de la bronchectasie.

Les lésions sont limitées d'ordinaire aux bronches d'un seul poumon; dans les cas, bien rares, où elles sont bilatérales, elles prédominent toujours d'un côté.

Le diagnostic de cette affection est souvent fort difficile. Quand les signes cavitaires existent, ils peuvent faire penser à la tuberculose; dans ce cas, l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, et le contraste qui existe entre les signes physiques, indiquant des lésions très avancées, et l'état général qui reste bon, seront les principaux éléments en faveur de la dilatation des bronches. Il faut encore penser à la pleurésie chronique, la gangrène pulmonaire, l'ouverture d'un abcès du poumon, etc.

Le traitement doit être médical dans la généralité des cas; mais si l'haleine et les crachats deviennent fétides, et si l'état général devient inquiétant, la question d'une intervention chirurgicale peut se poser. Dans la plupart des cas où l'on a tenté la pneumotomie, cette opération n'a pas donné de bons résultats et même, dans quelques cas, elle a occasionné la mort. Ces mauvais résultats sont dus à ce que la percussion, l'auscultation et même la ponction exploratrice ne sont pas toujours suffisantes pour nous fournir des indications précises sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale, chez un enfant atteint de bronchectasie : on ferait donc bien de ne pas opérer dans ces cas, sans avoir eu recours à la radiographie.

Les enfants atteints de dilatation des bronches peuvent non seulement être assez améliorés pour mener une existence très supportable pendant des années, mais ils semblent pouvoir être guéris complètement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juillet 1897. — Présidence de M. Delens.

COMMUNICATIONS

Sur l'amputation sous-périostée. — M. Ollier (de Lyon) fait une rectification à propos d'une communication faite il y a quelque temps. Dans le cas auquel a fait allusion M. Nélaton, M. Ollier a pratiqué non pas une résection sous-périostée du coude, mais une résection sous-périostée de la hanche. Il s'agissait d'une femme de 43 ans atteinte d'une tuberculose de la hanche. Or, après la résection sous-périostée, il s'est produit un moignon activement mobile, fort, résistant, solide, à tel point que la malade pouvait avec son membre soulever un poids de 15 kilos. Ce fait prouve que, même chez un individu assez âgé, il se reforme de l'os solide après la résection sous-périostée.

RAPPORTS

Fistule vésico-utérine. — M. Ricard lit un rapport sur un travail du docteur Latouche, d'Autun. (Sera publié.)

Compression du nerf cubital d'origine traumatique; paralysie de la main; libération du nerf; guérison. — M. Routier fait un rapport sur une observation de M. Jullié (de l'hôpital militaire de Versailles).

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans qui fit une chute sur le bord tranchant d'une faucille. Il se produisit une plaie au niveau de la région épitrochléenne gauche, qui intéressa légèrement le nerf cubital. Au bout de deux ans, la main gauche faiblit.

M. Jullié nota une paralysie de la main gauche dans le territoire du nerf cubital. Les rameaux sensitifs et moteurs étaient intéressés. Il y avait la griffe cubitale. Dans la gouttière du nerf cubital, on notait une petite tumeur dure dans le trajet du nerf.

M. Jullié opéra le malade : le nerf était étranglé dans une masse dure, fibreuse, cicatricielle.

Le malade guérit rapidement après la libération du nerf et la résection du petit fibrome comprimant le nerf.

Un cas de tumeur sublinguale. — M. Broca fait un rapport sur une observation de M. Braquehaye (de Bordeaux), au sujet d'une tumeur sublinguale chez un tout jeune enfant. Cette tumeur était due à une hypertrophie simple des glandes sublinguales, sans dégénérescence néoplasique.

L'enfant, quoique athrepsique, a survécu à l'opération.

Cette observation est intéressante, car ces tumeurs constituées par la simple hypertrophie des glandes sont rares.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

M. Quenu dit que la communication de M. Richelot vise la plus grande partie de la gynécologie; on y compare les résultats des opérations économiques sur les annexes et ceux des opérations radicales. De plus, la seconde question à débattre est celle du mode opératoire à employer pour enlever l'utérus complètement.

Enfin la dernière question est un point de technique. M. Quenu se borne à la technique de l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes. En somme, chaque chirurgien a sa technique et est éclectique.

Pour sa part, il adopte en général l'hystérectomie par le procédé américain de Kelly.

Autrefois, il employait un procédé spécial; après ouverture du cul-de-sac postérieur, il incisait le cul-de-sac antérieur en se guidant sur un doigt introduit dans le vagin. Mais cette technique est déplorable, car le vagin n'est jamais aseptique; on infecte donc forcément le doigt. En effet, le vagin est impossible à désinfecter, d'autant que dans les cas de fibromes le vagin est allongé, agrandi, partant plus difficile à nettoyer.

Le procédé de Doyen est parfait; celui de Kelly est excellent aussi. L'important c'est de ne pas introduire le doigt dans le vagin.

M. Nélaton. M. Segond admet, pour l'hystérectomie totale abdominale, deux procédés : celui de Doyen qui est le procédé de choix, et celui de Kelly qui est le procédé d'exception.

Il veut appeler l'attention sur un seul point : presque tout le monde ici préconise le drainage par le vagin. M. Doyen, lui, ferme le vagin et le péritoine. M. Nélaton associe les deux choses : il laisse le vagin ouvert et y met un drainage; et il ferme par-dessus, en bourse, le péritoine pelvien. De cette façon, les liquides peuvent s'écouler, mais le péritoine pelvien est fermé.

Il a opéré 16 cas par l'hystérectomie abdominale totale et a eu 3 morts. Il a employé le procédé de Doyen.

Dans le premier cas de mort il s'est agi d'une erreur de

diagnostic : il pensait à un sarcome de l'ovaire, or il s'agissait en réalité d'un énorme utérus entouré d'ascite.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une femme cachectique ayant un fibrome énorme qui avait subi la dégénérescence cancéreuse. Cette femme est morte par septicémie gazeuse consécutive à une piqûre mal faite par la garde-malade.

En somme, dans les trois cas de mort, pas une fois la mort n'est imputable au procédé opératoire lui-même.

M. ROUTIER, au point de vue de l'hystérectomie abdominale totale appliquée au traitement des suppurations des annexes, croit que cette opération n'est pas nécessaire dans tous les cas. Très souvent, il suffit, après l'ablation des annexes, de faire le drainage vaginal à travers le cul-de-sac postérieur. Il fait en somme le drainage rétro-utérin. Il ne croit pas en effet que l'infection péritonéale venue du vagin soit fréquente.

Quelquefois, au cours des laparotomies faites pour pyosalpinx, on peut être amené à faire *par nécessité* une hystérectomie abdominale totale. Mais cette hystérectomie n'est qu'une opération de nécessité, quand par exemple l'utérus est très saignant ou fortement infecté. Quand on est obligé de faire cette hystérectomie, les suites opératoires sont en général bonnes.

Au point de vue de la technique, M. Routier suit un procédé spécial qui est une modification du procédé américain. Mais, au lieu de faire de multiples ligatures sur l'étage inférieur, il fait une ligature élastique en masse de toute la partie inférieure du ligament large. Et il draine par le vagin.

Les suites éloignées, après les opérations pour suppurations annexielles, sont aussi bonnes, qu'on ait ou qu'on n'ait pas enlevé l'utérus.

Donc, en somme, il faut être éclectique : ne pas enlever l'utérus dans tous les cas de laparotomie pour suppuration des annexes; ne pas avoir une seule méthode opératoire.

PRÉSENTATIONS

Luxation ancienne de la hanche. — M. WALTHER présente un malade qu'il a opéré par le procédé que son collègue Ricard a fait connaître, procédé qui consiste à faire une arthrotomie large, à refaire la cavité cotyloïde comblée, modeler la tête et le col fémoral sur cette cavité et l'y réintégrer. M. Walther a suivi la technique de M. Ricard. Malheureusement une suppuration assez abondante n'a pu être évitée et a retardé la guérison. Quoi qu'il en soit, le malade, aujourd'hui guéri, a un membre solide, mobile. Le raccourcissement inévitable peut être corrigé par un talon surélevé.

M. RICARD fait remarquer l'excellence du résultat obtenu. Toutefois la suppuration a eu pour conséquence une plus grande raideur de l'articulation reconstituée. M. Ricard rappelle le malade qu'il a présenté dix-huit mois après l'opération, et chez lequel le résultat fonctionnel était parfait.

MM. QUÉNU et REYNIER ayant prétendu avoir pratiqué cette opération avant M. Ricard, M. NÉLATON fait remarquer à ses collègues qu'ils ont purement et simplement pratiqué une résection de la hanche et non point fait l'opération modelante qui est la caractéristique du procédé de M. Ricard. Il termine en disant qu'il a examiné avec grand soin le malade présenté par M. Ricard et que le résultat était des plus remarquables.

Désarticulation tibio-calcanéenne par le procédé de Ricard. — M. ROUTIER présente une malade à laquelle il a pratiqué, pour une tuberculose de l'avant-pied, une désarticulation par le procédé de Ricard. On peut voir dès maintenant l'excellent résultat obtenu. L'opération date de quinze jours à peine, et la malade peut déjà se soutenir sur son moignon.

Tumeur érectile. — M. SCHWARTZ présente une femme qui avait été atteinte d'une vaste tumeur érectile de la face du côté gauche.

M. Schwartz a guéri cette malade par l'électrolyse.

Fracture sus-malléolaire. — M. RÉCLUS présente un malade porteur d'un appareil ambulatoire modifié. Il s'agit d'une fracture susmalléolaire.

Fracture du maxillaire inférieur. — M. ROBERT présente un malade atteint d'une fracture du maxillaire inférieur auquel il a appliqué une prothèse métallique.

Ostéosarcome. — M. BERGER présente une malade chez laquelle il a fait la résection totale de l'omoplate pour un ostéosarcome.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'ophtalmologie (1), par le docteur E. FUCHS, professeur ordinaire d'ophtalmologie à l'Université de Vienne. Deuxième édition française traduite sur la cinquième édition allemande, par les docteurs C. LACOMPTE et L. LEPLAT.

Le manuel d'ophtalmologie de Fuchs est un livre simple et pratique, écrit par un savant. L'érudition et la science de l'auteur ne l'ont pas entraîné à surcharger son œuvre de détails anatomo-pathologiques et bactériologiques. Son expérience de clinicien ne l'a pas davantage fait se restreindre à un simple exposé des données empiriques, sous le prétexte, quelquefois invoqué par les ignorants, que les recherches scientifiques pures n'ont rien à voir avec la pratique médicale. Esprit essentiellement pondéré, ayant en outre l'expérience de l'enseignement, le professeur Fuchs a su réunir dans les proportions les plus heureuses les données pratiques et les notions scientifiques qui sont la base des sciences médicales et la condition essentielle de leurs progrès. Plus qu'aucun autre, il a su faire un livre clair, pratique, au courant de la science dans ce qu'elle a de bien démontré. Son manuel a rendu et rendra encore les plus grands services à l'enseignement de l'ophtalmologie.

Anatomie pathologique. Cœur. Vaisseaux. Poumons (2), par Maurice LETULLE.

Ce n'est point un traité que l'auteur présente aujourd'hui au public. Bouleversée par la révolution pastorienne, l'anatomie pathologique vient d'entrer dans une période de transition où elle doit de nouveau faire subir à la pathologie une foule de remaniements définitifs qui sont loin d'être terminés. L'heure d'un grand traité ne semble donc pas encore prochaine.

Le volume aujourd'hui publié et qui traite des lésions du cœur, des vaisseaux, des bronches et des poumons, reflète de longues années d'enseignement et résume nombre de travaux entrepris depuis bientôt vingt ans à l'hôpital et au laboratoire.

M. Letulle écrit avec clarté et conviction; il regrette d'avoir à constater l'état d'esprit des étudiants et des jeunes médecins à qui les lésions macroscopiques les plus classiques sont étrangères et auxquels l'idée seule de l'histologie pathologique cause une incompréhensible répulsion.

---

(1) In-8°, avec 221 fig. Prix : 25 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.
(2) In-8°. Prix : 22 francs. — Paris, G. Carré et Naud.

Il est regrettable, dit M. Letulle, que les étudiants s'éloignent du laboratoire, « convaincus qu'ils sont, bien à tort, que la médecine clinique n'a rien à faire avec l'anatomie pathologique, science pure, inutile au praticien. »

M. Letulle pense que la pathologie ne peut être comprise de l'élève qu'à l'aide des innombrables documents fournis par l'autopsie.

Les questions traitées dans le livre que nous présentons à nos lecteurs ont été choisies parmi les plus pratiques, parmi celles qui se rapportent aux sujets qu'un médecin n'a plus le droit d'ignorer. M. Letulle a tenu à donner exactement l'état de la science sur tel point donné, développant les notions indiscutablement acquises et signalant les desiderata.

Son œuvre, remarquable à plus d'un titre, est absolument personnelle ; toute indication bibliographique a été radicalement supprimée : 102 figures, dont 31 en couleurs, ont été exécutées d'après ses collections. Elles sont le complément indispensable d'un ouvrage de cette nature.

Pathologie et traitement de la luxation congénitale de la hanche (1), par le docteur Lorenz, traduit par J. Cottet.

Cette intéressante question de thérapeutique orthopédique semble vouloir une fois encore sortir de l'oubli où elle était depuis longtemps plongée.

On connaît tout le soin que Lorenz, professeur à l'Université de Vienne, a mis à étudier et à démontrer les causes véritables des difficultés de la réduction dans le traitement sanglant des luxations congénitales de la hanche, d'après la méthode de Hoffa. On trouvera tout au long, exposées dans ce livre, la méthode opératoire et les observations de Lorenz. Ces observations étaient au nombre de 100 au moment de la publication du livre ; elles atteindraient maintenant 230. Ce sont là des documents précieux pour les chirurgiens orthopédistes.

Malheureusement la chirurgie évolue vite aujourd'hui, et Lorenz lui-même vient de faire un retour en faveur du traitement purement orthopédique et non sanglant. De sorte que l'éditeur de la publication actuelle fera bien de compléter son œuvre en y faisant ajouter la traduction des dernières publications de Lorenz.

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu (2), par S. Duplay.

Le docteur Cazin, chef de clinique, et le docteur Clado viennent de publier les leçons cliniques professées à l'Hôtel-Dieu par leur maître, M. Duplay, pendant l'année 1896.

La première leçon est consacrée à l'histoire de la chaire de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Les leçons suivantes traitent de quelques questions de pathologie générale : la méthode antiseptique et la clinique ; les plaies des nerfs et la suture nerveuse ; les fractures spontanées. Les vingt-cinq leçons suivantes sont rangées par organes ; elles traitent toutes de questions intéressantes soit par leur actualité, soit par l'importance même du sujet qu'elles étudient.

Signalons le diagnostic et le traitement de la scoliose, la cure radicale des hernies, l'inévitable appendicite, les rétrécissements du rectum, l'hydronéphrose, le rein mobile, le traitement du cancer utérin inopérable, la péri-arthrite scapulo-humérale, le genu valgum, le pied-plat, le mal perforant, l'ongle incarné, etc.

Nous ne pouvons entrer dans l'analyse détaillée de toutes ces leçons ; mais, envisageant d'ensemble la façon dont M. Duplay a compris son enseignement, nous pouvons dire qu'une chose nous a frappé à la lecture de ce livre, c'est la façon dont M. Duplay a élargi le cadre de l'enseignement clinique en l'adaptant aux progrès accomplis dans les différentes branches de l'art médical. C'est ainsi que le professeur de l'Hôtel-Dieu, mettant au service de la clinique les notions fournies par l'anatomie pathologique, la bactériologie et l'expérimentation, retraçant, à propos du cas choisi, l'histoire complète de la maladie, ses différentes modalités, arrive à rassembler, dans chacune de ses leçons, toutes les notions essentielles sur chacun des points étudiés.

Cette façon d'envisager une question dans son ensemble, à propos d'un cas clinique, nous paraît constituer une des grandes originalités des leçons recueillies par les élèves du professeur Duplay.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, G. Carré et Naud.

(2) In-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Masson et Cie.

L'hygiène du neurasthénique (1), par A. Proust, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, et Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L'hygiène, qui suffirait à prévenir la neurasthénie si elle était rigoureusement appliquée, suffit aussi le plus souvent à la guérir, quand la neurasthénie est susceptible de guérison. Sans vouloir proscrire la thérapeutique médicamenteuse, les auteurs ne craignent pas de dire que l'on a fait aux candidats neurasthéniques ou à ceux arrivés plus de mal avec les « drogues » qu'on ne leur a rendu de services. Nombreux sont les méfaits des médications dites toniques et reconstituantes, des hypnotiques variés, bref des produits pharmaceutiques dont sont surchargés les traitements plus ou moins bien avisés qui sont entrés dans la pratique journalière. Une bonne hygiène morale et physique, un régime alimentaire bien conçu, des conseils et des encouragements suggestifs font d'habitude plus pour le neurasthénique qu'une polypharmacie souvent inutile et quelquefois nuisible. C'est dire assez l'intérêt de ce livre à cette heure où, à la faveur des progrès de la civilisation, et du surcroît d'activité cérébrale qu'elle entraîne, les névroses sous toutes leurs formes sont devenues si communes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'ouverture du concours (chirurgie et accouchements) pour les prix à décerner en 1897 à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices, aura lieu le jeudi 16 décembre 1897, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — Mlle Sabathé, sage-femme de première classe, est nommée sage-femme adjointe à la clinique d'accouchements.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur Bax, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, chargé d'un cours de clinique médicale, est nommé professeur de clinique médicale.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Mandereau, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'anatomie.

(1) In-16 (Bibl. d'hyg. thérap.), cart. toile, tr. rouges. Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

M. Prieur, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est nommé professeur d'histologie.

M. Saillard, professeur de clinique externe, est nommé, sur sa demande et par permutation, professeur de pathologie externe.

M. Chapoy, professeur de pathologie externe, est nommé, sur sa demande et par permutation, professeur de clinique externe.

— M. le docteur Papillault (Ferdinand-Georges), est nommé préparateur au laboratoire d'anthropologie de l'École pratique des Hautes-Études (3e section), en remplacement de M. Schudzinski, décédé.

— Des médailles d'honneur ont été accordées aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours des maladies épidémiques ou contagieuses :

Médailles d'argent : Mme Gilles (sœur Sainte-Basile), dix-sept ans de services à l'Hôtel-Dieu de Rouen ; — Mme Gaschon (sœur Basilic), dix-huit ans de services à l'hospice mixte de Bourg.

Médailles de bronze : MM. Lequesne, infirmier à l'hôpital militaire Saint-Martin ; — Mirey, infirmier à l'hospice mixte de Rouen ; — Langlais, caporal à la 4e section d'infirmiers, à l'hospice mixte du Mans ; — Catonnet et Touchard, infirmiers à l'hospice mixte de Poitiers ; — Dufau, infirmier à l'hôpital militaire de Bayonne ; — Chamboissier, infirmier à l'hôpital militaire d'Aïn-Draham ; — Cotte, infirmier à Médénine.

— La deuxième conférence internationale concernant les services sanitaires et l'hygiène des chemins de fer et de la navigation, aura lieu les 6, 7 et 8 septembre prochain, à Bruxelles, dans la salle du palais des Académies, sous la présidence d'honneur du ministre de l'Agriculture et des Travaux publics de Belgique.

Les fonctionnaires et médecins officiels des chemins de fer étrangers, désignés nominativement par leur administration, peuvent obtenir, pour se rendre à la conférence, des billets de libre parcours sur le réseau de l'État belge.

Les adhésions doivent être adressées au secrétaire général, M. le docteur J. de Lantsheere, oculiste agréé des chemins de fer belges, rue de l'Association, 56, à Bruxelles.

La cotisation est fixée à 5 francs.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages circulaires à itinéraire facultatif. Carnets individuels et carnets collectifs.* — Il est délivré, pendant toute l'année, des carnets de voyages circulaires, avec itinéraire facultatif sur les sept grands réseaux français permettant aux voyageurs d'effectuer, à prix réduits, en 1re, 2e et 3e classe, sur le seul réseau P.-L.-M., de nombreuses combinaisons de voyages circulaires avec itinéraire tracé à leur gré. Ces carnets sont individuels ou collectifs.

Validité. — La durée de validité des carnets varie de trente à soixante jours, suivant l'importance du parcours. Cette durée de validité peut être, à deux reprises, prolongée de moitié, moyennant un supplément de 10 p. 100 du prix total du carnet pour chaque prolongation.

Les demandes de carnets peuvent être adressées aux chefs de toutes les gares des réseaux participants ; elles doivent leur parvenir cinq jours au moins avant la date du départ. Pour certaines grandes gares, le délai de demande est réduit à trois jours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, 17, rue Cassette

N° 90. — MARDI 10 AOUT 1897. 70e ANNÉE. MARDI 10 AOUT 1897. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 9 août 1897.

LE SECRET PROFESSIONNEL

La loi du 30 novembre 1892 oblige le médecin traitant à dénoncer à l'autorité municipale les maladies contagieuses qu'il est appelé à soigner. Le médecin doit indiquer la maladie par un numéro.

En octobre 1895, un médecin d'Arpajon dénonça au maire cinq cas de diphtérie survenus dans sa clientèle. Un conseiller municipal obtint, sous menace d'interpellation, la communication des bulletins du secrétaire de la mairie. L'interpellation eut cependant lieu, et le diagnostic du médecin fut critiqué. Le médecin porta plainte.

Le tribunal de Corbeil acquitta le secrétaire de mairie, par ce motif que la loi de 1892 avait levé l'obligation du secret en matière de maladie contagieuse.

La cour de Paris confirma, le secrétaire ne pouvant refuser une communication exigée par un conseil municipal dans un intérêt de salubrité.

Aucune de ces raisons n'a trouvé grâce devant la Cour de cassation. La Cour suprême a jugé que le secrétaire de la mairie, confident du maire, intermédiaire forcé entre le public et le maire, était dépositaire du secret par état ou profession; que le caractère secret des déclarations épidémiques n'était pas douteux; que, par la loi du 30 novembre 1892, le secret du médecin avait été levé exceptionnellement dans l'intérêt supérieur de la santé publique, mais que le texte et l'esprit de la loi concouraient à démontrer que le secret révélé par le médecin aux autorités, dans des conditions déterminées, reste un secret dont la divulgation à d'autres qu'à ces autorités est interdite.

La Cour de Rouen, devant qui la cause avait été renvoyée, s'est rangée à la doctrine de la Cour suprême. Elle a condamné à l'amende le secrétaire de mairie.

CLINIQUE INFANTILE

Un cas d'absence du rectum. Échec de la périnéotomie postérieure, colotomie iliaque, bon fonctionnement de l'anus ventral pendant trois semaines, puis anus sacré par la méthode de Kraske, guérison opératoire, décès le onzième jour.

Par M. J. Brault,
Médecin-major de l'armée, professeur à l'École de médecine d'Alger.

Je n'ai pas à reproduire ici l'historique des méthodes de traitement usitées depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, ce soin a été pris par de nombreux auteurs; je me borne donc à relater ce que j'ai pu faire dans un cas particulièrement difficile, qu'il m'a été donné d'observer et de traiter.

Voici l'observation résumée :

Georgette M..., née le 31 janvier 1897. Accouchement normal. Enfant chétive, paraît bien conformée à la sage-femme.

Ce n'est que deux jours plus tard que les parents réclament la consultation d'un médecin. La petite fille n'a pas eu de selle. Notre confrère fait le diagnostic d'imperforation rectale et l'envoie à la clinique des enfants le 3 février au matin. C'est là que nous la trouvons à notre arrivée.

L'enfant, je l'ai dit très chétive, pousse une faible plainte continue, elle est épuisée. Les téguments, les conjonctives, présentent une teinte subictérique, le ventre est très ballonné, surdistendu. Les anses intestinales se dessinent nettement sous la paroi.

A un examen superficiel l'anus paraît bien conformé, c'est ce qui a fait la méprise de la sage-femme et des parents.

Quand on vient au contraire à déplisser et à explorer minutieusement l'orifice, l'on voit immédiatement que l'invagination s'arrête environ à 5 ou 6 millimètres de profondeur. Si l'on tâte le terrain à ce niveau, l'on ne sent rien comme ampoule, bien que le « dé » anal qui coiffe le doigt soit des plus dépressibles. Il en est de même plus en arrière.

Précautions prises, j'incise largement depuis l'anus jusqu'au delà du coccyx, je ne trouve absolument rien encore, le fameux fil conducteur n'existe pas et rien ne bombe dans la profondeur au-devant du sacrum, le long duquel je m'engage très haut avec le doigt.

La petite fille, ne l'oublions pas, est presque mourante; après avoir avisé les parents de la déconvenue qui m'arrive, je me décide, avec leur consentement difficilement arraché, à pratiquer un anus contre nature à gauche, au lieu d'élection.

Je n'insiste pas sur les détails de cette petite opération,

qui est menée à bien en quelques minutes, malgré l'exiguïté du sujet qui, je l'avoue, me déroute un peu. Bien entendu, ne voyant là qu'une opération palliative destinée à gagner du temps et à me permettre une recherche ultérieure dans des conditions plus favorables, je pratique la fixation de l'S iliaque par le procédé recommandé par M. Chaput, en évitant toute coudure de l'intestin. Les sutures faites à la soie tinrent bon et les suites furent très simples. Pendant trois semaines l'anus fonctionna normalement.

Malheureusement, la mère, sur les conseils de la sage-femme, dès la consultation de notre confrère, avait fait « passer » son lait, et nous dûmes alimenter l'enfant au biberon.

Ce n'est pas tout, dès lors je fus en butte aux sollicitations incessantes des parents, du père notamment; on ne voulait pas d'un enfant infirme, l'on réclamait avec insistance de nouvelles recherches. Au bout de trois semaines j'eus le tort de céder.

L'enfant avait repris de la mine, malgré son alimentation défectueuse, je me laissai aller et le 23 février je fis une nouvelle incision postérieure, mais cette fois je sacrifiai tout le tiers inférieur du sacrum à gauche, comme dans un Kraske.

L'hémorragie en nappe fut peu abondante et la plaie bien éclairée ne montrait rien qui pût passer pour être l'ampoule, ce ne fut que très haut que je trouvai, en fin de compte, le cul-de-sac terminus de l'intestin.

Par ma longue plaie ano-sacrée, j'avais sous les yeux un long boudin rougeâtre, formé par le vagin et continué par l'utérus à la partie supérieure. Tout en haut et derrière, l'intestin finissait en bec de sifflet.

Je l'attaquai à sa pointe extrême, une sonde Béniqué (1) de petit calibre, introduite par l'anus ventral m'assurait que j'étais bien en face du cul-de-sac intestinal. Nouvelle fixation de l'intestin aux lèvres profondes de la plaie, ouverture et suture de la muqueuse à la peau. J'ajouterai une remarque, le cul-de-sac était très haut et affleurait seulement la partie moyenne du sacrum, malgré cela nous n'avons pas rencontré en arrière les couches indiquées par M. Commandeur : plan fibreux et péritoine.

Les choses allèrent au mieux tout d'abord : malgré sa faible vitalité l'enfant, un peu prostré le premier jour, parut réagir dans la semaine qui suivit l'opération. Pas de fièvre, pas d'infection, toutefois quelques points superficiels, constamment baignés par les matières fécales, coupent les tissus en plusieurs points. Par contre, l'anus iliaque s'oblitère progressivement.

J'avais projeté de remonter un peu plus tard l'anus périnéal qui paraissait bien doublé d'un sphincter à la hauteur de l'anus sacré. Pour ce faire, j'aurais pratiqué une autoplastie en V sur le périnée antérieur.

Je n'eus pas le temps de mettre ce projet à exécution. En effet, vers le neuvième jour après la seconde intervention, la petite se mit à maigrir tout à coup; tout allait toujours très bien localement, mais l'état général ne laissait plus aucun doute, la partie pour moi était irrémédiablement perdue, et le soir du onzième jour l'enfant, devenue tout à fait languissante, succombait à l'athrepsie. Je le répète, il n'y avait pas la moindre trace de complication infectieuse et depuis la veille l'anus iliaque était totalement fermé.

Tout d'abord, je tiens à dire un mot de déontologie. Sans aucun doute, lorsqu'on est obligé de recourir à un anus iliaque, l'on doit prévenir la famille, comme le recommande M. le professeur Tillaux dans ses cliniques, mais il faut savoir plaider la cause de l'enfant. Si l'on dit d'emblée à la famille qu'il s'agit pour toute la vie d'une infirmité incurable, beaucoup de parents se refuseront à l'intervention. Ce n'est pas ainsi que les choses doivent être présentées.

(1) M. Chaput a fait de même dans un cas semblable.

Comme on le voit dans notre observation, l'anus iliaque peut être un procédé d'attente, parce que l'enfant est trop faible pour supporter une longue intervention, un Kraske, par exemple; vous allez au plus pressé, mais non sans espoir de retour, l'infirmité ne sera donc pas fatalement permanente et incurable. En outre, beaucoup succombent malgré l'anus, mais la mort est bien autrement douce que celle qui n'arrive qu'après de longues heures de souffrance, au milieu des affres des coliques de miserere.

La règle immuable en thérapeutique est de traiter les autres comme l'on voudrait être traité soi-même; supposez un adulte atteint d'occlusion, il ne manquerait pas de dire : Délivrez-moi, rendez-moi plutôt infirme, mais tentez quelque chose (1). C'est bien aussi ce que veulent dire les plaintes de l'enfant, voilà ce qu'il faut représenter à la famille, il faut dire aux parents : Vous courez quelques risques de garder un enfant infirme, mais si vous me refusez ce que je vous propose, non seulement vous condamnez irrévocablement votre enfant, mais encore vous le condamnez à une mort affreuse.

Après cela si vous vous heurtez à un refus catégorique, vous aurez la conscience d'avoir fait tout votre devoir.

J'arrive maintenant à la discussion de mon intervention.

Dès 1852, Verneuil nous a fait réaliser un progrès notable en réséquant le coccyx. Mais ce n'est pas suffisant lorsqu'il y a une absence complète du rectum, comme cela se présentait dans notre cas (2).

En pareille occurrence, deux voies ont été préconisées : la voie sacrée et la voie abdominale.

Au mois de juillet 1894, dans les *Archives provinciales de chirurgie*, M. P. Delagenière conseille d'aller à la recherche de l'ampoule par le ventre pour la fixer ensuite au périnée.

Mais, comme le dit Commandeur, ce n'est pas là une opération que l'on peut faire d'emblée, il faut commencer par la voie périnéale. M. Delagenière cite quatre observations, trois ont trait à des absences complètes du rectum. Dans tous ces cas, il y a eu incision préalable du côté du périnée et les petits malades ont tous succombé du troisième au neuvième jour. Certes, la mort peut être attribuée à des affections intercurrentes; néanmoins, il me semble que c'est trop demander à un nouveau-né que de lui faire subir, dans une même séance, d'abord une recherche extérieure, puis une recherche abdominale, pour venir fixer en fin de compte l'intestin au périnée.

La découverte de l'ampoule par la voie préconisée, ne doit pas être d'ailleurs bien commode et les investigations ne sont pas sans danger, dans notre cas on ne sentait qu'avec peine où se terminait l'intestin; de plus les anses intestinales surdistendues et le liquide intrapéritonéal empêchaient d'y voir et de manœuvrer avec certitude.

La voie périnéale généralement suivie en remontant au besoin jusque dans la région sacrée est le chemin tout indiqué. Par là, vous pouvez graduer votre intervention suivant les difficultés et aller, comme échelle de gravité, depuis l'incision simple jusqu'au Kraske, en passant par la résec-

(1) J'ai opéré plusieurs malades atteints d'étranglement interne; tous réclamaient à grands cris l'intervention.

(2) J'entends, bien entendu, le rectum tel que le comprennent les anatomistes actuels depuis Trèves.

tion du coccyx. Ce n'est cependant ni la sécurité, ni la certitude, il s'en faut beaucoup; en effet, l'on doit compter avec les forces du petit patient qui n'est pas toujours en état de supporter une grosse intervention se prolongeant jusque dans la région sacrée; d'autre part, tout en réséquant la partie inférieure du sacrum, on peut très bien, comme cela est arrivé à M. le professeur Fochier, ne rien trouver du tout. Sans qu'il soit besoin d'invoquer un plan fibreux et un autre plan séreux venant cacher l'ampoule, lorsque l'intestin se termine en bec de sifflet, il n'est pas facile de s'y reconnaître.

Au moment de la deuxième intervention, sans la sonde introduite de haut en bas dans l'intestin, il nous eût été bien difficile, malgré la largeur de notre brèche ano-sacrée, de repérer l'extrémité cherchée pour y appliquer des sutures en bonne place.

Dans l'observation que je viens de relater, après une recherche périnéale menée aussi haut que possible, je me suis contenté de faire un anus iliaque qui a bien fonctionné pendant trois semaines. Malgré les conditions défectueuses où se trouvait l'enfant nourri au biberon, les forces étaient revenues. Jusque-là, j'avais agi avec toute la prudence désirable, c'est alors que, véritablement harcelé par la famille, je me suis un peu trop hâté. Pour moi, si je me retrouvais en face d'un cas semblable, ce n'est pas trois semaines que j'attendrais, mais au moins trois mois. Les nouveau-nés supportent mal les longues opérations, la moindre perte de sang (et l'on en perd toujours un peu dans un Kraske) les met à mal, c'est un point qu'il ne faut pas oublier en dépit des statistiques consolantes (1).

Je dois m'accuser d'une autre faute que je ne commettrai plus à l'avenir : pressé d'en finir avec l'anus ventral, j'ai ouvert d'emblée l'intestin dans ma deuxième opération. Une autre fois je laisserai fonctionner la bouche iliaque le temps nécessaire pour la prise des sutures, j'éviterai ainsi de voir lâcher une partie de mes points. Malgré ces quelques fautes il est bien probable que notre petite fille qui a succombé à l'athrepsie aurait pu survivre, si elle avait été nourrie au sein, c'est là je crois une question capitale pour arriver à un succès définitif.

En résumé, s'il nous était permis de poser quelques conclusions à la suite de cette observation, nous dirions : La voie périnéo-sacrée constitue le procédé de choix pour la recherche du bout inférieur dans le cas d'absence du rectum.

Quand on opère tardivement, alors que les forces de l'enfant périclitent et que la recherche périnéo-coccygienne est restée infructueuse, l'anus iliaque est préférable au Kraske. Dans ces circonstances, et dans les cas où l'intervention primitive par la région sacrée reste inefficace, l'ouverture intestinale peut être d'un grand secours pour préciser les recherches lors d'une seconde opération, et cela grâce au cathétérisme rétrograde.

Cette intervention secondaire doit être séparée de la première par un intervalle de plusieurs mois; l'enfant doit être nourri au sein.

(1) Dans son remarquable mémoire, notre collègue et ami, le docteur Sieur, cite six interventions avec six succès opératoires (*Arch. prov. de chir.*, mars 1897).

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (1)

Par le docteur J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

V

Cette chirurgie d'urgence des affections péritonéales graves se présente donc sous des couleurs très sombres, puisque, sur 18 cas, j'ai eu 15 morts et seulement 3 guérisons. C'est dans l'effroyable proportion de 83,33 p. 100 que les malades ont succombé. Avec un peu de bonheur, j'aurais pu, surtout dans mes deux dernières séries, avoir peut-être un ou deux succès de plus, ce qui aurait fait tomber le taux de ma mortalité à 77,84 et même à 72,2 p. 100. C'est encore un chiffre terrible, mais dont il convient d'examiner les causes. Il en est une qui domine toutes les autres et sur laquelle j'ai déjà insisté au cours des observations précédentes : c'est l'*intensité des phénomènes infectieux* au moment même de l'opération.

Lorsque les malades sont absolument infectés, comme il arrive dans la plupart des cas de perforation intestinale, appendiculaire ou gastrique qui ne sont pas opérés immédiatement après l'accident, ou tout au plus dans les premières heures qui suivent, l'opération ne saurait les empêcher de mourir et, la plupart du temps, elle hâte le dénouement. Il faut bien se rendre compte que, dans ces cas d'intoxication suraiguë, la vie des malades ne tient pour ainsi dire qu'à un fil, si bien qu'il n'est pas rare, même en dehors de toute intervention, de les voir mourir brusquement, sans agonie véritable, sans perte de connaissance, sans affaiblissement progressif, subitement enlevés et comme foudroyés par l'absorption massive des toxines qui s'accumulent dans leur péritoine.

Dans ces conditions, il est évident que le moindre choc peut suffire à amener la mort et, dans l'immense majorité des cas, une intervention chirurgicale, même rapide, est plus que suffisante pour le produire.

Les malades qui ne sont pas infectés, ou qui le sont fort peu, supportent au contraire parfaitement bien la laparotomie, hors les cas assez rares où, après un traumatisme, par exemple, la dépression nerveuse est vraiment excessive. Les laparotomies que l'on fait dans ces conditions d'asepsie péritonéale sont absolument comparables aux laparotomies que l'on fait quotidiennement pour des affections annexielles ou utérines et qui sont devenues d'une bénignité presque absolue.

C'est donc, en règle générale, l'intensité de l'infection péritonéale au moment de l'intervention qui en fixera le pronostic. C'est là une vérité qui me paraît incontestable, et dont l'importance pratique est extrême. Il est, en effet, de toute évidence qu'on aura d'autant plus de chances de guérir les malades qu'on les opérera dans un état d'infection moins avancé, c'est-à-dire plus près du début de leur mal. La temporisation risque de leur être fatale et, plus l'opération sera précoce, plus elle aura chance de réussir. Ce sont là des vérités qui semblent aujourd'hui admises de tous, et cependant, en pratique, il est certain qu'on est loin de s'y conformer toujours. Il est certain que les laparotomies précoces sont relativement rares, souvent, il est vrai, parce que les malades n'arrivent qu'assez tard sous les yeux du chirurgien, mais souvent aussi, parce que celui-ci,

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 815.

trouvant les phénomènes trop peu graves, temporise et perd un temps précieux.

Et c'est là la preuve que les indications opératoires sont des plus délicates. Il n'est d'ailleurs pas possible de les préciser d'une façon même approximative. Elles varient à l'infini, non seulement avec les malades, mais encore avec le chirurgien, et tel malade sera laparotomisé par un chirurgien pour lequel un de ses confrères ne croira pas devoir intervenir. Il y a dans ces décisions difficiles et souvent discutables une question d'expérience, de tempérament, de tendances personnelles sur lesquelles je ne puis insister, mais qui ont, en réalité, une importance capitale et une influence dominante.

Quoi qu'il en soit, je veux exposer, telles que je les comprends, les indications opératoires qui doivent guider le chirurgien dans ces interventions d'urgence.

Il est avant tout une question qui, de toute évidence, domine, ou plutôt devrait dominer les indications opératoires. C'est la question de diagnostic. Du diagnostic exact de l'affection primitive doit découler immédiatement la conduite à tenir. Il est bien clair que si l'on peut, par exemple, reconnaître une perforation intestinale, l'intervention s'imposera, aussi rapide, aussi immédiate que possible. Il en est de même si l'on peut reconnaître, avec quelque certitude, une rupture salpingienne, une occlusion intestinale ou toute autre affection intrapéritonéale justiciable d'un traitement chirurgical actif.

Malheureusement, dans la pratique, il n'en est point ainsi, et, dans la plupart des cas, on se trouve en présence d'un diagnostic des plus douteux. On a pu s'en rendre compte à la lecture des observations ci-dessus.

Dans la plupart des cas, le diagnostic est non seulement douteux, il est impossible. Voilà le fait : au lit du malade, on constate l'existence d'une affection péritonéale plus ou moins grave. On peut faire des suppositions et hasarder des hypothèses sur sa nature et sur son origine, mais le plus souvent il est impossible de rien affirmer. Et, dans ces conditions, que le diagnostic soit exact, qu'il soit probable, ou qu'il soit faux, la conduite à tenir est absolument la même. Comme rien ne peut faire connaître exactement la nature du mal et qu'il vaut mieux, pour se renseigner, ne pas attendre que le malade soit mort, il faut agir, et agir vite.

C'est donc, ainsi que je l'ai dit plus haut, la gravité de la situation qui doit servir de critérium. Hors quelques cas où le diagnostic est possible et même facile, c'est la gravité de l'état général, et c'est cette gravité seule qui constitue la véritable indication opératoire. Je le dis, parce que cela est. Lorsque l'état du malade semble assez bon, lorsqu'il souffre peu, n'a ni vomissements, ni ballonnement, ni anxiété respiratoire, ni aucun phénomène inquiétant, il ne vient à l'idée de personne de lui ouvrir le ventre. On s'abstient et on a raison, quitte à agir ensuite, si l'on voit survenir inopinément quelque complication imprévue.

Lors, au contraire, que l'état du malade semble grave et même inquiétant, lorsqu'il se plaint de vives douleurs, lors surtout que ces douleurs sont localisées et exagérées par la pression en un même point, lorsque son ventre se ballonne, lorsque les vomissements apparaissent, que le visage s'altère, que le pouls disparaît, alors on intervient et on intervient précisément parce que l'état semble grave. Il n'y a pas d'autre règle. En l'absence d'un diagnostic précis, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, c'est la gravité seule du mal, je dirai même sa gravité apparente, qui commande l'intervention.

D'autre part, si la gravité apparente du mal commande l'intervention, il est, au contraire, des cas où elle l'interdit. Ce sont ceux dans lesquels le malade est évidemment trop bas pour qu'une intervention quelconque puisse faire autre chose que le tuer. Ce sont ceux qui correspondent aux cas les plus graves d'infection suraiguë. Il n'y a point de signe certain qui permette de reconnaître les limites qu'il n'est pas permis de dépasser sans provoquer presque à coup sûr un dénouement fatal plus ou moins rapproché. Mais il est cependant un ensemble de symptômes dont la réunion permet d'affirmer l'excessive gravité du mal et la mort à brève échéance.

L'aspect général du malade suffit souvent à un œil un peu exercé pour reconnaître les cas désespérés. Lorsqu'on a vu ces malades à l'œil enfoncé dans l'orbite, cerclé de noir, au nez pincé, aux lèvres tremblantes et cyanosées, à la face anxieuse et couverte d'une sueur froide, à la respiration haletante et pénible, à la parole entrecoupée, au pouls précipité et à peine sensible, aux extrémités glacées, il n'est pas besoin d'en savoir davantage pour reconnaître un cas redoutable et porter un pronostic presque fatal.

Parmi ces divers signes il en est qui ont une signification particulièrement grave. A mon avis, la rapidité et la petitesse du pouls, la cyanose de la face et surtout le refroidissement des extrémités sont les phénomènes qui marquent de la façon la plus certaine les cas désespérés.

Lorsque le refroidissement gagne la racine des membres, comme dans l'observation III, par exemple, c'est que la circulation périphérique ne se fait plus, c'est que le cœur est impuissant à faire franchir à l'ondée sanguine l'immense réseau des capillaires éloignés, c'est que l'intoxication est profonde, irrémédiable, la mort prochaine et imminente.

Les indications qu'on peut tirer de la température sont, au contraire, vagues et incertaines. Parfois la fièvre est vive, le plus souvent elle est modérée; quelquefois la température est normale, il est même possible, dans certains cas qui ne sont pas les moins graves, que le malade soit en hypothermie : on sait, en effet, que l'abaissement de la température est l'indice d'une toxémie redoutable, et qu'on l'observe assez fréquemment dans les infections péritonéales.

La discordance entre la température centrale et la température périphérique est aussi du plus mauvais augure. Dans l'observation III, qui m'a particulièrement frappé, les quatre membres étaient glacés pendant que la température vaginale dépassait 40 degrés. Cela ne peut se concevoir qu'avec un arrêt presque absolu de la circulation périphérique, indice d'un cœur défaillant.

Il est à remarquer que, dans un grand nombre de ces cas très graves, les phénomènes cérébraux sont presque nuls, la lucidité est complète et l'intelligence absolument intacte.

En dehors de ces signes généraux et qui peuvent se rencontrer dans toutes les affections graves de la cavité péritonéale, mais qui ne sont que des phénomènes d'intoxication massive, il peut y avoir des symptômes locaux, ballonnement du ventre, douleur vive, vomissements porracés ou fécaloïdes, sur lesquels je n'insiste pas, mais dont l'examen pourra avoir une grande valeur au point de vue du diagnostic possible de l'origine des accidents, et de la marche à suivre pendant l'opération.

Ces cas désespérés sont décourageants, et une mort rapide survient si souvent à la suite de l'opération, que je comprends, en face d'eux, toutes les hésitations. Les morts sur la table d'opération ne sont elles-mêmes pas très rares, et ces résultats lamentables ne sont pas faits pour pousser à l'intervention ceux qui les ont vus se produire. Et cependant, en dehors des cas absolument désespérés, et où il est évident que la mort est imminente, je crois, quels que soient les désagréments qui puissent survenir, je crois qu'il faut intervenir. Les cas sont en effet rares, mais ils existent, de malades opérés sans espoir et guéris contre toute attente. Un grand nombre de chirurgiens en ont à leur actif. Moi-même je n'espérais point sauver les malades dont j'ai rapporté l'histoire dans les observations XIII et XIV. Or, comme on ne sait pas d'avance quels sont ceux qui guériront et ceux qui ne guériront pas, comme après tout on peut quelquefois se tromper dans l'appréciation de la gravité des symptômes, mieux vaut se tromper à son préjudice qu'au préjudice du malade et faire une opération nuisible, qui ne fait qu'avancer de quelques heures une mort inévitable, que ne pas faire une opération qui peut paraître téméraire, qui peut même paraître folle, et sauver malgré tout un malade frappé à mort.

Je crois donc, pour me résumer, que, dans les cas très graves, le devoir du chirurgien est de ne s'abstenir que lorsqu'il est absolument évident que le malade va mourir. S'il y a le moindre doute et le moindre espoir de répit, il faut opérer hardiment, dût-on risquer la douloureuse et tragique aventure de voir succomber le malade sur la table d'opération.

Voilà donc une règle bien claire. Dans les cas graves, il faut intervenir, dans les cas bénins, ou qui semblent tels, il faut attendre et observer, quitte à prendre au besoin le couteau au premier signe d'aggravation inquiétante.

Malheureusement, dans la pratique, les choses ne sont pas toujours aussi tranchées, et nombreux sont les cas indécis qui semblent d'une gravité moyenne, et devant lesquels il est bien permis d'hésiter.

Il ne faut pas oublier, en effet, que bien souvent, surtout dans les premières heures qui suivent le début des accidents, les phénomènes généraux sont relativement modérés et ne correspondent pas du tout à la gravité des lésions. Ils ne prennent une tournure inquiétante que lorsque l'infection est en pleine évolution, et qu'il est déjà bien tard pour intervenir efficacement. C'est donc tout à fait au début qu'on aura des chances sérieuses de faire une opération efficace, et c'est précisément dans ces cas qu'il est permis d'hésiter, parce qu'on se trouve encore en présence de phénomènes relativement bénins et qui ne semblent pas commander une intervention. Il y a là une sorte de cercle vicieux, un problème insoluble, ou du moins difficile à résoudre. C'est ici que le diagnostic, s'il était facile ou possible, serait du plus grand secours et pourrait dicter au chirurgien la conduite qu'il doit tenir.

Il est bien évident qu'une douleur extrêmement vive et bien localisée, consécutive à un coup de pied de cheval, par exemple, sera une indication précieuse et qui, en l'absence de phénomènes généraux n'ayant pas eu le temps de se développer, pourra suffire à commander une intervention.

Il en est de même si, après un traumatisme quelconque, des signes d'hémorragie grave viennent à se manifester, ou si l'on a des raisons sérieuses de penser à la rupture de quelque grossesse tubaire. On interviendra encore, et dès le début, si l'on voit nettement du ballonnement du ventre, des vomissements, quelques signes généraux suivre de près l'apparition d'une douleur très vive au niveau de la fosse iliaque droite. On aura chance alors de se trouver en présence d'une perforation appendiculaire, qui compromettra d'autant plus la vie du malade que l'hésitation à l'opérer sera plus longue.

Et je pourrais citer ainsi beaucoup d'exemples analogues, dans lesquels il est possible de faire un diagnostic un peu précis et d'opérer en conséquence. Malheureusement, ce diagnostic est bien souvent douteux, et dans les cas difficiles qui sont la grande majorité, c'est encore la gravité relative de l'état général qui décide de l'intervention. Il est bien rare, en effet, que quelques phénomènes généraux ne se soient pas déjà développés au moment où le chirurgien est appelé à voir le malade, et c'est évidemment à cette circonstance presque fatale qu'il faut attribuer la médiocrité des résultats obtenus. Plus les chirurgiens s'enhardiront, plus ils prendront l'habitude d'opérer de bonne heure et meilleurs seront les résultats. Dans le doute, il ne me semble ni légitime, ni prudent de conseiller l'abstention. Dans le doute, au contraire, il faut aller voir.

Il n'est personne aujourd'hui qui ne reconnaisse la légitimité et l'utilité de la laparotomie exploratrice pour les affections abdominales à évolution lente et d'un caractère douteux. Pourquoi la laparotomie exploratrice ne serait-elle pas aussi légitime dans les cas d'urgence qui sont, eux, à évolution rapide et dans lesquels chaque heure que l'on perd apporte une chance de mort ? L'opération ne tue que les malades qui seraient morts par la seule évolution de leurs lésions, et il est presque permis de poser ici ce dilemme : Ou les malades n'ont que des lésions intrapéritonéales insignifiantes, sans infection, sans rupture, sans perforation et l'opération ne pourra leur faire grand mal ; ou ils ont des lésions graves, ne présentant aucune chance de guérison spontanée, et l'opération qui peut les guérir et qui, lorsqu'elle est précoce, les guérit souvent, ne fera, si elle échoue, qu'avancer leur mort de quelques heures.

Je crois donc qu'il est légitime de s'enhardir de plus en en plus, et que, dans tous les cas douteux, il faut *intervenir systématiquement*. Ce n'est que dans les cas qui paraîtront tout à fait bénins qu'il faudra s'abstenir, tout en surveillant de très près le malade. Il faut d'ailleurs reconnaître que, dans les cas où il y a des lésions intrapéritonéales sérieuses, il est bien rare qu'il n'y ait pas, dès le début, quelque signe, douleur vive et subite, vomissements, facies grippé, etc., qui permette de soupçonner l'importance du mal.

Mais s'il faut s'enhardir encore et ne pas craindre d'opérer, non seulement dans les cas graves, mais encore dans les cas qui paraissent simplement sérieux, il faut s'arranger pour que, si par hasard le malade ne présente, à l'examen direct, aucune lésion grave, l'opération inutile qu'on lui a fait subir ne risque pas de compromettre sa vie. Il faut que la laparotomie qu'on a cru devoir pratiquer ne complique pas son affection de phénomènes de choc, qui pourraient singulièrement aggraver la situation.

Il est certain que, sur un malade déjà atteint et déprimé, soit par une affection abdominale quelconque, soit par un traumatisme sans lésion viscérale, mais assez sérieux pour avoir provoqué les phénomènes de dépression générale qui font juger la situation assez grave pour intervenir, une laparotomie compliquée ne sera pas sans aggraver son état et sans risquer même d'amener un dénouement mortel. Une anesthésie générale, une exploration abdominale complète

sont choses graves, dans ces conditions, et il faut les éviter. Il faut que l'exploration à laquelle on se livrera reste bénigne, tout en étant suffisante. A cette condition seulement on évitera de nuire aux quelques malades chez lesquels la laparotomie exploratrice permet de constater qu'une opération était inutile, et qu'il eût mieux valu s'abstenir.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale (1), par R. Pichevin, chef des travaux gynécologiques à la Clinique chirurgicale de Necker.

Cet ouvrage, illustré de 28 figures originales, comprend deux parties bien distinctes.

La première traite à fond tout ce qui a trait à l'historique de l'hystérectomie vaginale. Dans une *période ancienne*, qui semble remonter au IIe siècle de notre ère, on commence par proclamer la possibilité de l'opération, puis on pratique quelques résections de l'utérus que l'on qualifie d'ablation totale, tout en constatant chez les opérées qui ont la chance de survivre, la conservation des règles et de la faculté de concevoir.

La *période moderne* naît avec la première hystérectomie dûment constatée. Paletto de Milan, le 13 avril 1812, semble bien avoir enlevé la totalité de l'utérus, mais sans le vouloir et alors qu'il comptait se borner à l'amputation du col. « C'est à Sauter (1822) qu'il faut en grande partie rapporter l'honneur d'avoir exécuté méthodiquement et en toute connaissance de cause l'hystérectomie vaginale. » Il en pose nettement les indications et contre-indications en cas de cancer et mène à bien une hystérectomie sans hémostase, ce qui est, en somme, le dernier terme de l'américanisme moderne. Après lui, Siebold, Holscher, Blundell, s'inspirant plus ou moins de son procédé et ne cherchant toujours pas à éviter l'hémorragie, pratiquent l'opération 7 fois avec 6 morts. Récamier lui fait faire un progrès considérable en insistant sur l'utilité de l'abaissement de l'utérus et surtout sur la nécessité de l'hémostase. Mettant ces principes en pratique, il obtient un succès « qui eut un très grand et très légitime retentissement en France et à l'étranger... et provoqua une véritable levée de bistouris sur l'utérus carcinomateux ». Mais cet enthousiasme, sans l'aide de l'antisepsie, et malgré les efforts de Tarrol, Clément, Roux, etc., ne pouvait engendrer que des revers et des déboires sans nombre.

Vint alors cette « époque de condamnation et de réprobation » qui devait se prolonger jusqu'en 1878.

Reprise, dès ce moment, en Allemagne, avec le bénéfice des découvertes de Pasteur, par Czerny tout d'abord, puis par Billroth, Schreder, A. Martin, Olshausen, l'hystérectomie vaginale n'est guère tentée en France qu'en 1882 par Demons et Péan. Les deux opérateurs agissent isolément, et il semble « que la tentative de l'un n'a pas eu pour résultat de provoquer la première opération pratiquée par l'autre ». Mais voici que s'ouvre l'ère des *revendications de priorité*, et ces « débats confus » qui viennent troubler, parfois égayer tous nos comices régionaux ou internationaux, sans bénéfice aucun pour la science, ni même, souvent, pour les opérateurs, M. Pichevin les tranche d'un mot : « *Les questions de priorité ne doivent être jugées que sur des pièces publiques et authentiques.* » Voici, par exemple, comment se juge en se basant sur la date des communications et publications, la question de l'*hémostase*, d'après les documents recueillis par M. Pichevin : le pincement *définitif* des ligaments larges, *après section préalable*, *indiqué*, à titre *d'élection*, par Spencer Wells, en 1882, a été *réalisé*, pour la première fois, à titre d'*expédient*, par Bœckel en 1884. Le pincement *préventif et définitif*, *réalisé* pour la première fois, *combiné aux sutures et à titre occasionnel*, par le Dentu (4 novembre 1885), — *avec ou sans sutures*, et également à titre *occasionnel* par Péan (6 juillet 1886), — a été *indiqué* à titre *exclusif et systématique* par Richelot le 18 novembre 1885 et réalisé, pour la première fois, par lui, suivant ces principes, le 13 juillet 1886. S'agit-il d'autres détails de technique et des indications opératoires? La lumière est encore facile à faire. C'est à Péan que revient incontestablement l'honneur « d'avoir le premier montré les avantages de la voie vaginale dans le traitement des fibromes et des affections annexielles. La technique opératoire qu'il a donnée est originale. Le morcellement est son œuvre... Cependant des perfectionnements importants sont dus à d'autres chirurgiens français et en particulier à Doyen, qui a été un ouvrier de la première heure. »

Ceci étant posé, on ne peut s'empêcher de reporter la lecture à cette période pré-antiseptique si consciencieusement fouillée par M. Pichevin. On y verra qu'en réalité le *pincement définitif* des ligaments larges revient à Récamier ; il aurait, en effet, *embrassé le ligament coupé avec une lame de plomb recourbée comme une pince qu'il aurait serrée et laissée en place.* « Qu'importe, dit M. Pichevin, que l'instrument proposé fût grossier et imparfait, il n'en est pas moins vrai que Récamier est le premier à avoir recouru au pincement des vaisseaux. On peut même dire qu'il posa, dans leur ensemble, les règles de l'hystérectomie vaginale, telle qu'elle se pratiqua plus tard de 1879 à 1892, avec quelques modifications insignifiantes. » S'il ne détient pas le record de la rapidité, du moins accepterait-on souvent de ne pas dépasser le temps de sa première opération, qui ne dura pas moins de vingt minutes. Que si l'on veut tenter l'*hystérectomie sans hémostase*, en repoussant les procédés sommaires des antiques matrones pour écouter le dernier cri du progrès, ne peut-on rapprocher ce crochet américain dont parlait dernièrement M. Pozzi à la Société de chirurgie, du bistouri ébréché dont se servit Récamier pour sectionner la partie supérieure des ligaments larges ? A côté de Récamier, rappelons le nom de Sauter, qui semble avoir imaginé la bascule de l'utérus en avant ; de Blundell, qui fit la bascule en arrière ; de Siebold qui, dès 1824, conseillait les incisions libératrices du périnée, dernièrement reprises par M. Chaput ; de Lizars (1828) qui, voulant faire mieux, fendit sur la ligne médiane, rectum, vagin et périnée, dans le simple but de faciliter ses manœuvres. Il est vrai que sa malade mourut, ainsi que bien d'autres, mais on s'étonnerait du contraire en un temps où l'on opérait avec des instruments rudimentaires, sans anesthésie et sans asepsie.

En somme, nous conseillons la lecture de cet historique si bien étudié, à tous ceux de nos chirurgiens modernes que passionnent les luttes de priorité ; peut-être y trouveront-ils matière à se mettre d'accord, en rendant justice à la haute intelligence, aux conceptions vraiment originales et à l'audace raisonnée d'un bon nombre de leurs devanciers. C'est du moins ce à quoi les invite ce mot de Tarral mis en vedette par l'auteur : « L'érudition est indispensable aux chirurgiens, car elle les empêche de s'égarer à chaque instant. »

Dans la deuxième partie de son ouvrage, M. Pichevin traite de la technique de l'hystérectomie vaginale. Après une vue d'ensemble sur l'hémostase, le morcellement, les soins préopératoires... il décrit, avec une grande précision, les différents procédés en cours, en les envisageant successivement dans les cas de métrite, adénome, cancer, de salpingo-ovarite, de fibromes, d'inversion utérine totale, de prolapsus. A signaler particulièrement les chapitres relatifs

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Maloine.

à l'hémostase complémentaire, aux soins et accidents consécutifs, au choix des procédés d'hystérectomie : Contrairement à M. Segond, M. Pichevin estime que la saisie des ligaments larges, au début de l'opération, expose beaucoup plus au pincement des uretères et à l'hémorragie, et il en donne des raisons assez convaincantes. Il préfère de beaucoup commencer systématiquement à la façon de Doyen, et si l'utérus, retenu par des adhérences, ne peut s'extérioriser, continuer suivant la méthode de Péan... Mais tout est à lire pour qui veut se mettre au courant de la question ou combler quelques lacunes plus ou moins conscientes. « Qu'ils soient nés sur les bords de la Sprée ou sur les rives de la Seine », j'ai confiance que les gynécologues, jeunes ou vieux, sauront rendre justice à un livre où l'on trouve tout à la fois une érudition féconde et sûre, une évidente loyauté, un style alerte et d'une clarté toute française, enfin un grand luxe de détails pratiques, qui témoignent hautement de l'expérience propre de l'auteur et de la peine qu'il s'est donnée pour mettre à profit celle des autres.

Dr P. PETIT.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la pharyngite sèche.

Acide phénique	4 grammes.
Teinture d'iode	3 centigrammes.
— d'aloès	4 —
— d'opium	X gouttes.
Glycérine q. s. p. f. . . .	30 grammes.

D. S. — A prescrire en spray répété plusieurs fois par jour. (*Journ. de méd. de Paris.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sont délégués au Congrès international de Moscou :

Paris : MM. Th. Anger, Barthélemy, Bourquelot, Bucquoy, Charpentier, Chauffard, Gariel, Gaucher, Gilbert-Ballet, Gouguenheim, Hallopeau, Hayem, Joffroy, Lannelongue, Le Dentu, Lucas-Championnière, Just Lucas-Championnière, Menières, P. Michaux, Potain, Pozzi, Riche, Tillaux, Tuffier, Vallin, Varnier, L. Vignes, Widal.

Bordeaux : MM. Bergonié, Boursier, Demons, Moure, de Nabias, Pitres, Régis, Sabrazès, Viault.

Lyon : MM. Lacassagne, Ollier, Pierret, Poncet, Soulier.

Lille : MM. Ausset, Baudry, Charmeil, Debierre, Lemoine.

Montpellier : MM. Baumel, Carrière, Delezenne, Ducamp, Estor, Forgue, Gilis, Grasset, Hédon, Mairet, Mourret, Puech, Truc.

Nancy : Bernheim, Étienne, Frœlich, Gross, Guilloz, Haushalter, Herrgott, Heydenreich, Jacques, Meyer, Petit, Spillmann.

Toulouse : MM. Biarnès, Mossé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dreyer-Dufer (de Paris) et Melquioud (de Marseille).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17 RUE CASSETTE


DRAGÉES
de Proto-iodure de fer inaltérable
DE
F. GILLE
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX
CI-DEVANT PHARMACIEN 35, RUE DE SÈVRES PARIS
Entrepôt Gal : 45, Rue Vauvilliers, Paris.
DÉPOT DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES


VÉRITABLES
GRAINS
de Santé
du docteur
FRANCK

N° 91. — JEUDI 12 AOUT 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 12 AOUT 1897. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est une de ces séances de vacances dans lesquelles les membres de l'Académie, d'ailleurs presque tous absents, laissent la parole aux auteurs étrangers à la compagnie. M. Brault, professeur à l'École de médecine d'Alger, dont nous avons publié dans le dernier numéro une intéressante observation, a adressé un travail sur les paralysies ascendantes à rétrocession consécutives à des injections streptococciques. Il relate trois observations de ce genre, et il a admet qu'il s'agit, dans ces cas, de localisations médullaires d'origine streptococcique, à forme atténuée, accidents très analogues à ceux qui ont été observés chez l'homme au cours des vaccinations antirabiques. Ces faits sont donc à rapprocher de ceux qui ont été récemment communiqués à l'Académie par M. Rendu.

M. Reynier a montré une série de radiographies destinées à faciliter l'étude de la topographie cranio-encéphalique.

Signalons, enfin, deux intéressantes communications, l'une de M. Valude sur le tubercule de la conjonctive et de la sclérotique, l'autre de M. Chipault sur la fixation apophysaire directe et opératoire dans la réduction des gibbosités du mal de Pott. On trouvera plus loin ces deux communications.

LUXATION RÉCIDIVANTE DE LA ROTULE

Par le docteur M.-A. Martin,
Médecin-major de première classe, chef des salles militaires de l'hospice mixte de Toul.

L'observation suivante, bien qu'elle ne présente rien d'absolument exceptionnel, nous a paru offrir cependant un certain intérêt, parce qu'elle nous a permis d'étudier en quoi consistent au juste les troubles fonctionnels que peut entraîner une luxation récidivante de la rotule.

Au mois de juillet 1892, le nommé B... (E.), vingt et un ans, soldat de la classe 1895, incorporé dans un régiment d'artillerie, au mois de novembre 1896 ; profession charretier, ramenait à l'écurie un cheval traînant un de ces rouleaux dont on se sert pour écraser les mottes de terre dans les champs, lorsque, au moment de franchir la porte, le cheval accéléra brusquement son allure et son conducteur, n'ayant pas eu le temps de se garer, eut la cuisse gauche fortement serrée entre un des montants de la porte et le bord du rouleau.

Une vive douleur dans la cuisse, irradiant vers le genou, entraîna la chute du blessé, qui ne se rendit pas un compte bien exact de ses sensations; il exprime cependant ce qu'il lui sembla se produire, en disant qu'il eut la cuisse tordue sur le genou. On le releva et il put faire quelques pas, soutenu sous les bras par deux aides. On constata que le rouleau avait largement déchiré le pantalon vers la partie moyenne et postérieure de la cuisse sur laquelle il avait laissé des traces de son passage sous la forme d'éraflures superficielles de la peau. En même temps, le genou était devenu immédiatement le siège d'un gonflement très accusé et d'une vive douleur, exagérée par la moindre pression et les mouvements. Il ne semble pas que la rotule fût déplacée, et en admettant qu'elle l'ait été, ce qui est possible, elle s'était réduite spontanément, car il ne fut fait aucune tentative pour la remettre en place.

A la suite de cet accident, le blessé dut garder le lit pendant quinze jours. On lui appliqua des sangsues sur le genou, puis un vésicatoire et de la teinture d'iode. Les éraflures de la cuisse furent guéries au bout de quelques jours; le genou présenta des teintes ecchymotiques, et malgré le traitement prescrit et le repos, le gonflement persista, ainsi que la douleur, qui cependant diminua. Au bout de quinze jours, il fut possible au malade de se lever, mais il ne put encore marcher et dut se contenter de rester assis, la jambe étendue sur une chaise. Ce n'est qu'au bout de deux mois qu'il commença à faire quelques pas, non sans beaucoup souffrir, et il ne put commencer à reprendre son travail que trois mois environ après l'accident. Depuis ce temps, il a pu vaquer à ses occupations, tout en continuant à ressentir des douleurs et en boitant un peu; en outre, une nouvelle complication n'a pas tardé à venir rendre sa situation plus pénible.

Vers le mois de décembre de la même année, pendant qu'il montait un escalier en portant un sac de grains, au moment où il s'enlevait sur la jambe gauche, il ressentit une douleur très violente dans le genou et éprouva en même temps la sensation que quelque chose se déplaçait dans son articulation. La douleur fut telle qu'elle le fit tomber; elle se prolongea toute la journée, avec des alternatives de rémission et d'exacerbation, et rendit impossible tout mouvement. Le genou, qui avait peu à peu diminué notablement, gonfla de nouveau; une forte ecchymose se montra à sa

surface. Le blessé consulta un rebouteur qui, après quelques manœuvres, lui appliqua un bandage qu'il garda une dizaine de jours. Voyant qu'au bout de ce temps le gonflement persistait, il s'adressa à un médecin qui prescrivit un vésicatoire, puis des badigeonnages iodés, et petit à petit, le genou reprit la même apparence qu'avant cet accident.

Malheureusement, à partir de ce moment, les mêmes symptômes se reproduisaient fréquemment, en général, à l'occasion d'un effort et quand le membre inférieur devenait le siège de fortes contractions musculaires; mais la douleur, toujours très vive, était beaucoup moins persistante qu'au début et, en outre, l'épanchement articulaire cessa de se reproduire, de sorte que le blessé ne se trouva plus arrêté dans son travail journalier.

Depuis son arrivée au régiment, B... n'a pour ainsi dire pas fait de service. Il est tombé malade presque immédiatement après son incorporation, est entré à l'hôpital pour bronchite, a été envoyé en convalescence et, quand il a essayé de faire ses classes à cheval, il a bientôt dû y renoncer, par suite des troubles fonctionnels qu'il ressentait dans son genou et qui ont nécessité sa mise à la réforme.

Voici, en effet, ce qui s'est passé.

Quand il a commencé à monter à cheval, il montait d'abord sans étrier, et bien que la pression qu'il devait exercer avec le genou gauche pour se maintenir en équilibre fût douloureuse, il pouvait encore s'en tirer à la rigueur, mais du jour où il essaya de monter en étriers, les accidents signalés ci-dessus se reproduisirent; le pied prenant un point d'appui sur l'étrier, la contraction musculaire entraînait le déplacement de la rotule. C'est ce qui l'obligea à se faire porter malade et à appeler l'attention sur son infirmité, dont jusqu'alors il n'avait pas cru devoir parler, et c'est dans ces conditions que je fus appelé à le visiter.

Le membre inférieur gauche présente une légère atrophie, peu sensible cependant à la mensuration, qui ne donne guère plus de 1 centimètre et demi de différence entre les deux membres, plus sensible à la vue qui permet de constater une diminution des saillies musculaires du triceps, surtout du vaste interne. A la partie médiane et postérieure de la cuisse, on aperçoit de légères traces blanches allongées transversalement qui sont les vestiges de l'ancienne blessure de cette région. Le genou gauche ne présente aucune trace d'épanchement et les reliefs aussi bien que les dépressions y sont aussi accentués que du côté opposé. Le membre étant dans l'extension, on remarque que la rotule paraît déjetée un peu en dehors et que, tandis que celle du côté droit regarde le plan antérieur du membre, celle du côté gauche est inclinée en dehors. Si l'on fléchit lentement le membre, on voit tout d'un coup la rotule glisser par un ressaut brusque sur le condyle externe et venir se placer bien au milieu entre les deux condyles, et si l'on répète la même expérience en posant la main sur le genou, on perçoit très nettement la sensation d'un déplacement brusque de cet os, et il devient évident que, dans l'extension, la rotule, reportée en dehors, repose sur le condyle externe par son arête médiane et que, dans la flexion, cette arête vient se replacer dans sa situation normale, entre les deux condyles. Si, au lieu d'opérer la flexion du membre avec ménagements et avec lenteur, on l'opère brusquement, la main appliquée sur le genou perçoit des craquements rugueux que l'on peut même entendre à distance, et il arrive parfois que l'on sente tout d'un coup la rotule abandonner complètement le condyle externe qu'elle contourne en dehors, pour revenir d'elle-même à sa place primitive. Tout cela se passe avec une extrême rapidité, mais l'on peut, néanmoins, se rendre compte des diverses phases du fait, qui sont bien celles que j'indique, à savoir : abandon complet des surfaces articulaires par la rotule qui, au lieu de se porter en dedans vers la gorge fémorale, se porte en dehors, puis au-dessus du condyle externe, qu'elle contourne ainsi pour reprendre d'elle-même sa position initiale. Le malade ressent alors une violente douleur; aussi, avons-nous dû nous montrer très réservé dans nos explorations, qui ont cependant été suffisantes pour nous permettre de contrôler exactement ce qui précède.

Lorsqu'on fléchit la cuisse sur le bassin en maintenant la jambe dans l'extension, et en ayant soin de faire relâcher le triceps, on refoule facilement la rotule en dehors, de façon à sentir la presque totalité de sa surface articulaire, et la douleur ressentie par le patient est le seul obstacle à la luxation complète qu'il serait aisé de produire si l'on n'était retenu par la crainte de provoquer des souffrances inutiles.

Pour compléter ce qui concerne l'examen de l'articulation, j'ajoute que la rotule n'est pas augmentée de volume, que le condyle externe du fémur forme une légère saillie et que le palper ne permet de constater aucune trace de solution de continuité de la capsule articulaire. Quant aux mouvements, ils ont conservé toute leur amplitude, sauf une légère limitation dans la flexion. On ne peut imprimer de mouvements de latéralité à l'articulation. Le membre est facilement élevé et maintenu dans l'extension, mais se fatigue plus vite dans cette position que le membre opposé; on se rend bien compte dans cette attitude de la diminution de volume du vaste interne.

On conçoit que la répétition fréquente des accidents ci-dessus constitue une véritable infirmité. A chaque instant, ce malheureux est exposé à être surpris au milieu de son travail, sans compter les souffrances et la gêne continuelle qu'il éprouve. Ces souffrances sont redoublées chaque fois que la rotule se déplace et cela arrive souvent, d'autant plus souvent que le genre de travail auquel il se livre nécessite plus d'efforts. C'est alors tous les deux ou trois jours ou même tous les jours que cela se répète.

Aussi cette observation nous a-t-elle paru présenter un certain intérêt, ne serait-ce que pour préciser le degré de gêne fonctionnelle qui peut découler de ces luxations récidivantes de la rotule. Un point reste obscur dans l'étiologie, c'est le mécanisme de la lésion. Il est certain que le genou n'a subi aucun traumatisme direct; la partie moyenne de la cuisse a été seule intéressée, et il est probable qu'elle a été tordue en quelque sorte par le passage du rouleau, tandis que la jambe, arcboutée contre le montant de la porte, restait fixée sur place; la torsion de la cuisse a amené la déchirure de l'aileron interne de la rotule.

Y a-t-il un traitement à faire dans les cas de ce genre? Constatons d'abord que le port de la genouillère élastique est tout à fait insuffisant et n'empêche pas le déplacement de se reproduire; notre malade en a fait l'expérience et y a renoncé.

Reste l'intervention chirurgicale. Plusieurs modes d'intervention ont été proposés. Lucas-Championnière a fait une opération complexe, ainsi résumée : « Mise à nu du condyle interne, par une incision verticale de 10 centimètres environ, passant en dehors de la rotule; évidement, à l'aide du ciseau et du maillet, de ce condyle, de façon à creuser dans sa substance, en empiétant même un peu sur le cartilage, une fosse profonde dans laquelle on loge la rotule; suture perdue au catgut du tendon du droit antérieur, des tissus fibreux prérotuliens et du ligament rotulien, avec les tissus fibreux de la région interne du genou. Drain pénétrant dans l'angle inférieur de la plaie. Sutures superficielles et profondes. Immobilisation de la jointure pendant une dizaine de jours. »

Le Dentu a proposé et pratiqué la méthode de plissement articulaire, consistant, comme le nom l'indique, à suturer ensemble les deux feuillets d'un pli constitué aux dépens de la capsule relâchée. On pourrait, dans le même ordre d'idées, essayer de faire au genou l'opération que Mikulicz a pratiquée dernièrement pour une luxation récidivante de l'épaule : fendre la partie de la capsule relâchée et faire chevaucher l'une sur l'autre les lèvres de l'incision en doublant ainsi la capsule articulaire.

Ces opérations donnent-elles des résultats durables? C'est une question sur laquelle nous ne saurions nous prononcer, mais il est permis de concevoir quelques doutes à ce sujet, quand on considère que le déplacement de la rotule n'est pas tout chez ces malades, mais qu'à la longue, toutes les parties voisines, surfaces articulaires, liens fibreux, muscles eux-mêmes sont modifiés. Les os ont contracté de nouveaux rapports; certains liens fibreux se sont allongés, d'autres raccourcis; les muscles, ayant subi des atrophies partielles, n'ont plus le même mode d'action. Il s'agit donc de reconstituer tout un ensemble d'organes et de leur imprimer de nouvelles fonctions pour lesquelles ils ont cessé d'être adaptés. Les opérations signalées ci-dessus permettent-elles d'atteindre ce but et cela d'une façon durable?

Nous le répétons, la solution de cette question ne nous a pas paru suffisamment précise pour nous décider à intervenir chirurgicalement, tout en reconnaissant qu'une infirmité, aussi sérieuse que celle que nous avons essayé de décrire, est bien de nature à justifier toutes les entreprises chirurgicales rationnelles.

TROUBLES FONCTIONNELS RÉFLEXES

D'ORIGINE PÉRITONÉALE, OBSERVÉS PENDANT L'ÉVISCÉRATION D'ANIMAUX PROFONDÉMENT ANESTHÉSIÉS (1)

Par MM. L. GUINARD et L. TIXIER.

Depuis les recherches de Goltz, Lallemand, Brown-Séquard, Vulpian, François Franck, etc., il est établi que le péritoine peut être le point de départ d'une série de réflexes, agissant sur le cœur et la respiration; Tarchanoff a démontré que, lors de l'inflammation de cette séreuse, ces réflexes sont exagérés. Plus récemment, Stapfer étudiait les relations de la circulation abdominale avec les mouvements du cœur. Tout spécialement, à propos des accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépatiques, des hypothèses ingénieuses ont été émises et des expériences démonstratives ont été exécutées par MM. Potain, Teissier, Arloing et Morel, etc.

Le but de nos recherches, sur le même sujet, a été de provoquer, expérimentalement, et d'enregistrer certains phénomènes réflexes d'origine péritonéale, produits dans des conditions se rapprochant, autant que possible, de la clinique, afin d'avoir quelques renseignements sur les phénomènes physiologiques qui accompagnent ou créent cet état pathologique bien connu des chirurgiens sous le nom de *shock*.

Nous avons, pour cela, chez des chiens profondément anesthésiés à l'éther, au chloroforme ou au chloral, pratiqué des éviscérations totales, de trente minutes de durée environ, pendant lesquelles, à des intervalles plus ou moins rapprochés, nous faisions subir à l'intestin des traumatismes variés : dévidement, simple pincement, manipulations douces ou brutales, et enfin réintégration. Nous inscrivions, à l'aide d'appareils graphiques appropriés, les modifications de la pression artérielle, du pouls, du cœur et de la respiration. Dans les dix expériences réalisées, les résultats ont été remarquables par leur constance et leur netteté : ils peuvent donc être considérés comme bien acquis. Nous les résumerons d'abord dans les quelques propositions suivantes :

I. RÉFLEXES CIRCULATOIRES. — a. *Action sur la pression artérielle.* — Ce sont les phénomènes les plus accusés. D'une manière constante, les irritations péritonéales, chez l'animal anesthésié, ont pour effet d'amener une chute de la pression. Les plus grands écarts ont été de 36 millimètres; la moyenne étant de 10 millimètres environ.

b. *Action sur le cœur.* — Le cœur est habituellement ralenti et, au cardiographe, on constate que ses pulsations sont parfois affaiblies. L'étude sphygmographique du pouls carotidien vérifie aussi le ralentissement cardiaque par des différences, en moins, de 24 à 26 pulsations; les pulsations ont également moins d'amplitude.

II. RÉFLEXES RESPIRATOIRES. — L'accélération de la respiration accompagne toujours les grandes excitations du péritoine chez les animaux anesthésiés; on peut compter jusqu'à 20 respirations en plus par minute.

Si l'on entre dans l'exposé de quelques détails dignes d'intérêt, on remarque d'abord que les troubles de la pression artérielle ne présentent pas les mêmes caractères chez les chiens sains et chez les chiens dont le péritoine a subi un traumatisme antérieur et est plus ou moins malade.

Chez les chiens sains, les réflexes sont plus tardifs, plus difficiles à provoquer, surtout au début. Au moment où l'on pratique l'éviscération, on ne note aucune modification; c'est seulement dix ou quinze minutes, en moyenne, depuis la sortie de la masse intestinale, que les irritations péritonéales amènent la chute de la pression. D'ailleurs, généralement, plus l'éviscération dure, plus sensible est le péritoine et plus intenses sont les réflexes.

Chez les chiens malades, dont le péritoine a été rendu plus irritable par un traumatisme antérieur, les choses se passent un peu différemment. Dès qu'on pratique l'éviscération, on voit la pression faiblir et, dès le début de l'opération, les dévidements, les manipulations se révèlent par des chutes de la tension artérielle qui persistent longtemps. Par contre, quand l'état péritonéal est trop grave, la pression reste uniformément faible et les excitations ont peu ou pas d'effet.

On peut observer des différences analogues dans l'étude des autres réflexes cardiaques et respiratoires.

Il nous paraît important de faire remarquer que les divers troubles fonctionnels réflexes que nous avons observés sont indépendants les uns des autres, de telle sorte que, par exemple, les modifications de la pression peuvent se produire sans troubles respiratoires, et *vice versa*. Bien qu'ayant même origine, ils ne sont donc pas entièrement subordonnés les uns aux autres.

Les conclusions à tirer de nos expériences sont doubles :

Au point de vue *physiologique* d'abord, il y a, dans nos recherches sur le chien, une vérification complète, peut-être meilleure que les autres, des essais antérieurs ci-devant rapportés, notamment des expériences de Golz, Vulpian, Tarchanoff, sur les réflexes d'origine abdominale.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Il nous paraît intéressant aussi d'avoir constaté que, chez les chiens profondément anesthésiés, les impressions sensitives provenant du péritoine se traduisent par des réflexes vaso-moteurs aussi constants et aussi faciles à vérifier que ceux que nous avons vus : indépendamment et sans préjudice des autres modifications du cœur et de la respiration.

Au point de vue *chirurgical*, nos conclusions seront les suivantes :

1° L'état de shock se révèle par des signes physiologiques qui, enregistrés, correspondent exactement aux symptômes connus en clinique.

2° L'éviscération réalise des conditions très favorables à la production du shock.

3° Chez les individus dont le péritoine n'est pas enflammé, l'éviscération peut être exécutée sans danger, à condition que le cœur soit sain. Elle ne doit pas être prolongée au-delà de quinze minutes.

4° Chez les individus dont le péritoine est malade (péritonisme, péritonite, occlusion intestinale) l'éviscération est dangereuse, par l'acuité des réflexes dont elle est le point de départ.

NÉCESSITÉ DE LA FIXATION APOPHYSAIRE DIRECTE

POUR LA GUÉRISON DURABLE DES DÉVIATIONS VERTÉBRALES RÉDUITES.

Par A. Chipault,
Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

Dès le début de mes recherches sur la réduction en un temps de déviations vertébrales, pottiques et scoliotiques, j'insistai sur l'absolue nécessité qu'il y avait, pour que cette réduction fût durable, de maintenir le rachis dans sa position nouvelle à l'aide d'une fixation directe des apophyses épineuses.

Il me semblait illogique d'espérer qu'un appareil de contention, quel qu'il fût, pût s'opposer à la reproduction d'une difformité dont il avait été incapable d'empêcher l'apparition aux premières phases du mal, alors que les lésions existantes étaient nécessairement moindres.

Aujourd'hui, tout me donne raison. Regnault, tout d'abord, démontre, devant la Société anatomique, que mal de Pott et scolioses, abandonnés à eux-mêmes, guérissent par ankylose des parties postérieures des vertèbres, et que la fixation métallique des apophyses ne fait dès lors que devancer, de la façon la plus logique, leur mode naturel de guérison. Ménard, ensuite, ici même et à la Société de chirurgie, apporte une série de pièces anatomiques qui, tout en confirmant l'innocuité de la réduction relativement à la moelle et aux organes périrachidiens, montrent que cette réduction, en produisant à la face antérieure de la colonne vertébrale un vide parfois énorme, nécessite, pour que la position obtenue se maintienne, la fixation directe du rachis réduit : conséquence pratique qui, je me hâte de l'ajouter, n'a pas été formulée par le distingué chirurgien des hôpitaux de Berck, mais qui n'en ressort pas moins, avec une parfaite évidence, de son importante étude expérimentale. Enfin, dans ces derniers temps, de multiples récidives de déviations vertébrales réduites et non fixées, récidives les unes déjà publiées, telles celles de Vincent, de Lyon, les autres qui ne tarderont pas à l'être, sont venues et viennent tous les jours démontrer la légitimité de mes craintes et la rigoureuse nécessité de la fixation apophysaire.

Du reste, de tous les côtés, l'attention des chirurgiens semble se porter sur elle.

Je crois donc devoir signaler les perfectionnements que j'ai, depuis quelques mois, apportés à ma technique fixatrice primitive. Celle-ci consistait, je le rappelle, dans le laçage au gros fil d'argent des apophyses : laçage satisfaisant, dont je me contenterais encore à l'occasion, mais que le peu de malléabilité du fil métallique rend parfois difficile à exécuter ; aussi lui ai-je substitué l'application plus simple et plus sûre de griffes préparées d'avance.

Ces griffes sont de quatre modèles : deux pour les déviations latérales, deux autres pour les déviations antéro-postérieures, chacune de ces séries comprenant un modèle rigide, utilisable dans les cas où la déviation a pu être complètement réduite, et un modèle souple, applicable aux déviations dont la réduction a dû, provisoirement ou définitivement être partielle.

Décrivons-les successivement :

1° *Griffes à scoliose.* — Les griffes à scoliose, destinées à exercer une pression transversale sur la crête apophysaire, sont unilatérales.

a. La griffe scoliotique rigide est composée de deux crochets, prolongés chacun par une solide bande métallique, perforée à intervalles réguliers ; le crochet supérieur et le crochet inférieur sont introduits dans l'espace inter-apophysaire sus-jacent et dans l'espace inter-apophysaire sous-jacent à la série des apophyses qu'on veut immobiliser, puis les bandes rabattues, la bande supérieure en dedans de l'inférieure : elles s'imbriquent sur une étendue variable, le jeu de l'appareil étant largement suffisant pour qu'avec une seule griffe le chirurgien puisse parer à toutes les éventualités. Cette imbrication bien établie et bien parallèle, il ne reste plus qu'à river les deux bandes l'une à l'autre à l'aide de la série de vis jointes à la griffe : rien n'est plus simple, avec le manche spécial construit à cet effet.

b. La griffe scoliotique souple est, comme la précédente, composée de deux crochets : le crochet inférieur est à manche court et recourbé, le crochet supérieur est continué par une chaîne plate et solide. Le crochet inférieur est introduit et son manche rabattu parallèlement à la crête apophysaire ; puis, le crochet supérieur ayant été placé à son tour, sa chaîne tendue à plat sur le flanc de cette crête vient se fixer au manche du crochet inférieur par l'un de ses anneaux. Les anneaux qui dépassent en nombre variable suivant la longueur de la déviation latérale sont, sans inconvénient, abandonnés dans la plaie.

2° *Griffes à cyphose.* — Les griffes à cyphose exerçant leur action concentrice dans le sens postéro-antérieur, doivent, contrairement aux précédentes, être bilatérales : nécessité qui, jointe à l'utilité de conserver intacts les ligaments interapophysaires, a entraîné, pour leur fabrication, des difficultés multiples.

a. La griffe cyphotique rigide comprend deux crochets et deux bandes. Les crochets, en forme de bât, à partie moyenne striée, à extrémités aplaties et perforées, sont enfoncés transversalement au-dessus et au-dessous des apophyses sus et sous-jacentes à la gibbosité réduite : leur partie moyenne porte alors sur le dos des apophyses où elle s'agrippe ; leurs extrémités font saillie de chaque côté du plan apophysaire. Il n'y a plus qu'à fixer la supérieure et l'inférieure de gauche, puis la supérieure et l'inférieure

de droite, à l'aide des bandes métalliques qui sont munies, à distance régulière, de boutons en saillie ; on glisse dans les perforations ceux qui leur correspondent ; les boutons intermédiaires peuvent être, si on le désire, réunis deux à deux à travers la crête ligamento-apophysaire qui les sépare, à l'aide d'entretoises consolidant, par leurs travées transversales, le cadre contenteur.

b. La griffe cyphotique souple présente, avec la précédente, de nombreuses analogies. Les crochets, dont les dimensions et la courbe sont identiques, ont une extrémité perforante, rappelant la pointe à chas ouvert de certaines aiguilles et une autre extrémité simplement recourbée ; à l'une et à l'autre peuvent s'adapter des chaînes plates, qui réunissent les extrémités correspondantes des crochets supérieur et inférieur. Le cadre rectangulaire souple ainsi constitué peut être consolidé, comme le cadre rigide, par des entretoises transversales.

Toutes ces griffes, griffes à scoliose et griffes à cyphose, sont d'une extrême simplicité d'application : je n'exagère pas en disant qu'il faut plus de temps pour les décrire que pour les placer.

Elles assurent au rachis réduit une solidité à toute épreuve. J'ai, sur des sujets atteints de déviations vertébrales de nature diverse, fixé, après réduction cadavérique de la déviation, la colonne vertébrale, à l'aide de l'une ou de l'autre : il devient alors impossible, à l'homme le plus vigoureux, de la dévier à nouveau ; dynanométriquement mesurée, la résistance à la flexion du rachis, malade mais fixé, est devenue à peu près double de la résistance d'un rachis normal. C'est vous dire que la sécurité thérapeutique donnée par ce mode de fixation apophysaire est véritablement absolue.

Il me semble qu'on pourrait, d'autre part, lui faire deux objections auxquelles je tiens à répondre à l'avance :

1° Les griffes métalliques contentrices, pourrait-on me dire, ne seront pas tolérées par les tissus. Dès l'abord, j'avais la conviction que leur asepsie parfaite serait suffisante pour qu'il en fût autrement. Dans les cas où je les ai utilisées, j'ai confié le soin de cette asepsie à mon excellent ami Robert : je n'ai jamais eu le moindre incident, le moindre phénomène d'intolérance ; mieux encore, des radiographies post-opératoires m'ont assuré que, derrière la plaie cicatrisée, la griffe employée, toujours en place, continuait à assurer la fixation parfaite de la rectitude obtenue.

2° Les griffes métalliques contentrices, pourrait-on me dire encore, s'opposeront au développement de la partie du rachis sur laquelle elles sont fixées. C'est là une objection que je me suis posée dès le début de mes recherches sur les fixations apophysaires : quelque cinquante mensurations, dont le détail fera de ma part l'objet d'un mémoire ultérieur, me permettent d'y répondre de la manière la plus catégorique. La partie du rachis qui a été atteinte de l'ostéite spéciale et peu connue de la scoliose ou des lésions tuberculeuses du mal de Pott, ne contribue plus au développement en longueur de la colonne vertébrale ; en redressant cette partie malade, puis en la fixant dans cette position réduite, on lui donne en une fois une étendue longitudinale qu'elle n'aurait jamais atteinte d'elle-même.

La fixation apophysaire, directe et opératoire, élément essentiel, élément indispensable de la thérapeutique rationnelle des déviations vertébrales, est donc sans difficultés ni dangers opératoires et sans inconvénients ultérieurs ; elle seule rend légitime cette thérapeutique : je l'ai toujours dit, je suis heureux de pouvoir le répéter, en constatant que l'idée de sa nécessité gagne tous les jours du terrain et en précisant, dès maintenant, à son sujet, ce qui est acquis et ce qui m'appartient.

SUR LA NÉPHRITE AIGUE BÉNIGNE
CHEZ LES ENFANTS

Par le docteur Louis Dupeu.

La néphrite aiguë est beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Elle reconnaît pour causes toutes les maladies infectieuses, en particulier la scarlatine et la diphtérie. Une place importante doit être faite à l'angine et à l'amygdalite qui servent de porte d'entrée à l'infection secondaire. La fièvre ganglionnaire agit de même. Il existe également une néphrite aiguë primitive et une néphrite d'auto-intoxication. Le froid ne joue qu'un rôle secondaire.

La néphrite aiguë débute dans le décours des maladies infectieuses ; exception doit être faite pour celle qui accompagne la fièvre ganglionnaire, cette dernière survenant ordinairement en pleine période fébrile. La durée varie entre quelques jours et plusieurs semaines, quelquefois même un ou deux mois. Le plus souvent la guérison est obtenue rapidement en une quinzaine de jours.

Les symptômes sont l'albuminurie, l'œdème (bouffisure des paupières), l'oligurie, la présence de cylindres et de cellules dans l'urine, parfois l'hématurie. L'œdème de la face est généralement un signe de début ; l'anasarque est assez rare.

Le diagnostic est facile : il peut être basé sur la rétractilité de l'albumine, sur la présence des cylindres dans l'urine. Le procédé de MM. Achard et Castaigne pourrait être utilement appliqué dans les cas où l'albumine fait défaut, et dans les cas où elle constitue le seul symptôme.

Le traitement comprend le régime lacté, les purgatifs drastiques et les ventouses scarifiées. Les lavements froids peuvent être efficacement employés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 août 1897. — Présidence de M. Caventou.

RAPPORT

Les différents verres à lunettes. — M. Javal fait un rapport sur des recherches qu'ont faites MM. Druault et Tscherning, au sujet des verres de lunettes à la baryte. Les conclusions de ce travail sont que ces verres sont plutôt inférieurs aux verres ordinaires.

Leur indice est, il est vrai, plus élevé que celui des verres du commerce. Il en résulte, quelle que soit la force des verres, une différence de courbure d'environ 8 p. 100, ce qui est tout à fait insignifiant.

En revanche, au lieu d'être 0,02 comme dans le crown, la dispersion est de 0,031, c'est-à-dire moitié en plus, ce qui a pour inconvénient, dans le cas de verres convexes, d'augmenter le chromatisme de l'œil plus que ne font les plus mauvais verres du commerce ; mais c'est un inconvénient léger, en présence du chiffre considérable de l'aberration chromatique de l'œil humain.

MM. Drault et Tscherning exposent que si l'on veut achromatiser les yeux myopes, il faut prendre des *flint*, et encore la correction ne serait-elle pas complète pour des yeux d'une myopie inférieure à 20 dioptries.

Enfin ils démontrent, par un calcul simple, que les verres en question ne présentent aucun avantage pour la vision indirecte.

Les verres à la baryte ne sont pas plus durs que les verres ordinaires. Ils sont un peu plus transparents, ce qui ne présente aucun avantage.

COMMUNICATIONS

Paralysies ascendantes streptococciques à rétrocession. — M. BRAULT (d'Alger) communique trois observations de paralysie ascendante à forme subaiguë, du type Landouzy-Déjerine, consécutives à diverses infections streptococciques.

Dans le premier cas, à la suite d'une excoriation au pied, est survenu de la fièvre, des étourdissements, des fourmillements qui, des membres inférieurs, ont gagné ensuite les membres supérieurs; la parésie a mis six semaines pour arriver à son état culminant; la période d'état a duré deux semaines, avec atrophie musculaire des membres, douleurs à la pression, abolition de la contractilité faradique et avec troubles oculaires, diplopie, inégalité pupillaire, abaissement de la commissure labiale et déviation de la langue; puis les phénomènes paralytiques se sont rapidement amendés.

Dans les deux derniers cas, les nerfs craniens ont été respectés; il s'agit de deux jeunes hommes également atteints d'excoriations et d'abcès lymphangitiques, dont le pus a donné des cultures de streptocoques purs, peu virulents. Dans les deux cas, l'affection a duré environ un mois, débutant par des fourmillements, de la parésie et de l'atrophie des membres inférieurs, avec abolition des réflexes patellaires, gagnant ensuite les membres supérieurs, puis rétrocédant peu à peu.

Recherches sur la topographie cranio-encéphalique au moyen de la radiographie. — M. REYNIER, en son nom et au nom de M. Glover, fait connaître le résultat de leurs recherches sur ce sujet. Voici les conclusions auxquelles ils sont arrivés :

1° Il est possible d'étudier en se plaçant au point de vue chirurgical, la topographie anatomique cranio-encéphalique par les méthodes radio-photographiques, en tenant compte des quelques inconvénients qui incombent à ces méthodes. Nous voulons parler des très légères déformations de l'image. Par ces méthodes radio-photographiques, il y a possibilité d'apercevoir le cerveau au travers de la paroi du crâne; de plus, fait important pour s'orienter dans l'étude de la topographie anatomique cranio-cérébrale, il paraît possible de superposer, sur le cliché photographique, la silhouette des sutures craniennes sur la silhouette des scissures qui séparent entre elles les circonvolutions cérébrales.

2° On peut fixer les rapports immédiats des tissus veineux de la dure-mère et du sinus latéral en particulier, avec la paroi cranienne chez l'enfant et chez l'adulte. Les injections des sinus veineux de la dure-mère, faites à l'aide du liquide solidifiable et contenant en suspension des substances métalliques, ainsi que quelques autres procédés artificiels, nous ont permis de voir très nettement ces sinus à travers la paroi osseuse.

3° Nous avons aussi pu étudier, sur des pièces sèches, l'étendue et la forme si variables des vacuoles et des cellules osseuses de l'apophyse mastoïde, des sinus maxillaires, frontaux, sphénoïdaux, et des cellules ethmoïdales.

4° Enfin, nous avons facilement obtenu, sur des pièces recouvertes de leurs parties molles, la silhouette opaque et triangulaire de la base d'implantation du rocher sur l'écaille temporale, ainsi que la silhouette des trois étages de la base cranienne, dans ses rapports exacts avec la paroi cranienne extérieure.

Tubercule de la conjonctive et de la sclérotique; extirpation d'une portion de la paroi oculaire; guérison. — M. VALUDE. A l'heure actuelle, on tend de plus en plus à s'écarter de la pratique ancienne qui consistait à énucléer les yeux atteints de tuberculose, même localisée. La plupart des oculistes aujourd'hui traitent même les tubercules de l'iris par l'excision du foyer malade.

J'ai observé un cas où l'intervention, plus hardie, a porté sur la paroi scléroticale elle-même et où une véritable trépanation de la coque oculaire a été faite par moi avec un succès complet.

Il s'agissait d'un enfant de trois ans, atteint de lupus à la joue, et qui, à la faveur d'un pansement recouvrant à la fois la joue malade et l'œil, subit une inoculation à la conjonctive oculaire. Un nodule tuberculeux se développa sur la conjonctive bulbaire, à 4 ou 5 millimètres en dehors du limbe scléro-cornéen. Après avoir endormi l'enfant pour faire l'abrasion de ce tubercule, je passai un couteau fin à sa base et je remarquai que la sclérotique, en tant que paroi fibreuse, avait complètement disparu au milieu du nodule tuberculeux; le vitreum apparaissait dans l'orifice ainsi pratiqué et les bords de cet orifice eux-mêmes étaient infiltrés de tubercule. J'en fis l'abrasion complète et je réunis, par des sutures, les lèvres de cette ouverture scléroticale ronde, figurant une véritable trépanation.

La guérison se fit avec une extrême simplicité, et l'œil, d'abord déformé par les sutures, reprit en peu de jours sa forme ordinaire. Les milieux sont restés clairs, et on distingue très nettement tous les détails du fond de l'œil.

Depuis six mois que l'opération a été faite, le résultat de cette opération s'est maintenu favorable, et il n'y a aucune trace de récidive à ce niveau.

Ce fait, outre qu'il offre l'exemple intéressant d'une inoculation à la conjonctive bulbaire, est la preuve que des opérations importantes d'exérèse peuvent être pratiquées, non pas seulement sur l'iris, mais même sur la coque fibreuse et vasculaire de l'œil.

En effet, dans cette sorte de trépanation que j'ai exécutée, j'ai enlevé une rondelle de sclérotique, ainsi que la partie attenante de la pars ciliaris retinæ, et la guérison s'est cependant poursuivie avec la plus grande facilité.

Bien entendu, il ne s'agit ici que d'arrêter le développement du tubercule dans l'organe de la vision, car le petit malade présente ailleurs de multiples foyers de pullulation tuberculeuse; il n'en est que plus intéressant de voir qu'une ablation du foyer oculaire suffit et réussit à limiter son extension en ce point.

Nécessité de la fixation apophysaire directe pour la guérison durable des déviations vertébrales réduites. — M. A. CHIPAULT (de Paris) fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 900.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 août 1897, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Balbaud.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Raffaëlli.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Viancin.

— Au cours de son voyage en Savoie, M. le Président de la République a remis une médaille d'argent à M. Reverdy, étudiant en médecine, médecin auxiliaire au 11e bataillon de chasseurs.

— Un laboratoire de médecine expérimentale vient d'être créé au Collège de France : M. le docteur Charrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, en est nommé directeur.

— Le jeudi 18 novembre 1897, un concours aura lieu à l'hospice général de Rouen, à trois heures et demie, pour la nomination d'un médecin-adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général, avant le 3 novembre.

— *Hôpital Necker. — Service de M. le professeur Le Dentu.* — Pendant les vacances, M. Mauclaire, chef de clinique, fera à neuf heures et demie, à l'amphithéâtre : le mardi, une leçon de pathologie externe; le vendredi, une leçon de diagnostic chirurgical.

— A la dernière réunion de la Chambre médicale de Vienne, on a adopté le tarif suivant d'honoraires :

Une visite de jour, 3 gulden — environ 6 francs ;

Une visite du soir, 4 gulden — 8 francs;

Une visite de nuit (sans voiture), 6 gulden — 12 francs;

Une consultation, 10 gulden — 20 francs ;

Une visite à une heure déterminée par le malade, 5 gulden — 10 francs ;

Pour chaque malade vu en sus dans la même famille, 1 gulden — 2 francs;

Les visites doivent être payées immédiatement. (*Méd. mod.*)

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursions* organisées avec le concours de l'agence des « Voyages économiques ».

1° *Excursion en Suisse et en Savoie.* — Départ de Paris le 1er septembre. — Retour le 10 septembre.

Itinéraire : Paris, Genève, Taninges, Samoëns, Sixt, Genève, Cluses, Chamonix, Montanvert (la Mer de glace), les Fontaines d'Ugines, Albertville, Grenoble, la Grande Chartreuse, Aix-les-Bains, le Lac du Bourget, Paris.

Prix : 1re classe, 325 fr.; 2e classe, 285 fr.

Excursion en Dauphiné et en Savoie. — Départ de Paris le 7 septembre. — Retour le 17 septembre.

Itinéraire : Paris, Lyon, Grenoble, la Grande Chartreuse, le Bourg d'Oisans, La Grave, le Col du Lautaret, Briançon, le Col du Mont-Genèvre, Oulx, le Mont-Cenis, Modane, Chambéry, Aix-les-Bains, Paris.

Prix : 1re classe, 320 fr.; 2e classe, 290 fr.

3° *Excursion en Suisse et en Savoie.* — Départ de Paris le 18 septembre. — Retour le 28 septembre.

Itinéraire : Paris, Genève, Taninges, Samoëns, Sixt, Saint-Jean-d'Aulph, le Lac de Montriond, Morzine, Thonon-les-Bains, Lausanne, Montreux, le Château de Chillon, Vernayaz, Martigny, Chamonix, Montanvert, Cluses, Genève, Paris.

Prix : 1re classe, 335 fr.; 2e classe, 300 fr.

Les prix indiqués ci-dessus comprennent les billets de chemins de fer, le logement, la nourriture, les transports en bateaux et en voitures, sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 10, rue Auber, et 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

ARGENTAMINE — (Solution d'Ethylène-diamine d'argent, correspondant à une solution de nitrate d'argent au dixième) de **beaucoup supérieure aux solutions de nitrate d'argent** jusqu'ici couramment employées.

CHLORALAMIDE — Hypnotique entièrement exempt de danger.

CHLORHYDRATE D'EUCAÏNE — **Nouveau succédané de la Cocaïne,** beaucoup moins cher que cette dernière.

Le Chlorhydrate d'Eucaïne a été l'objet de nombreux essais physiologiques et thérapeutiques; il est absolument inoffensif à doses physiologiques et provoque une anesthésie rapide et complète. — Se servir de solutions aqueuses au dixième.

GLUTOL DU Dr SCHLEICH — Excellent topique pour les plaies les plus diverses.

LÉVULOSE — **Succédané du Sucre de canne; aliment précieux pour les diabétiques.**

Se trouvent dans toutes les Pharmacies.

HÉMONEUROL COGNET

Combinaison granulée nouvelle

Oxyhémoglobine, Kolanine, Glycérophosphate de Chaux

RÉGÉNÉRATEUR ORGANIQUE, RÉPARATEUR DES GLOBULES SANGUINS NUTRIMENT DES SUBSTANCES NERVEUSE ET OSSEUSE

Anémie, Chlorose, Neurasthénie, Lymphatisme, Tuberculoses, Maladies osseuses, Cachexies, Rachitisme, Scrofules, Albuminurie, Phosphaturie, Névralgies.

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, Paris, et toutes Pharmacies.

BROMIDIA HYPNOTIQUE ANTINEVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage de spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous.

Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de **BROMIDIA**. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque **BATTLE'S BROMIDIA**

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES :

ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, 5, *rue de la Paix, PARIS*

Prix : 5 fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les médecins sur demande.* — Prix : 5 fr.

LACTOPHÉNINE

ANTIPYRÉTIQUE — ANTINÉVRALGIQUE

Effet thérapeutique spécial dans la Fièvre typhoïde

La Lactophénine est un dérivé de la *Paraphénétidine* et ressemble par sa composition chimique à la *Phénacétine* avec cette différence que le radical *Acétique* est remplacé par le radical *Lactique.*

« La **LACTOPHÉNINE** *est exempte des effets secondaires nuisibles « des autres antipyrétiques (phénacétine, antipyrine, antifébrine, etc.), et a « l'avantage d'agir très vite et d'être bien tolérée par les malades qui « ne peuvent supporter les autres médicaments. La dose moyenne est de « 1g50 par jour en 2 fois. Dose maxima : 3 grammes. »*

Rapport de M. le Dr LANDOWSKY à la Société de médecine. Expériences faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. le Profr Proust.

Exiger le cachet **MIDY.** — **La LACTOPHÉNINE** *est vendue chez tous les Droguistes, en boîtes de 25 gr. seulement.*

THAPSIA
TOILES VÉSICANTES

SPARADRAPS — ONGUENTS — POMMADES — EMPLATRES

DESNOIX, *DESNOIX & DEBUCHY,* Succrs

17, Rue Vieille-du-Temple, PARIS.

TOUS LES OBJETS DE PANSEMENTS

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

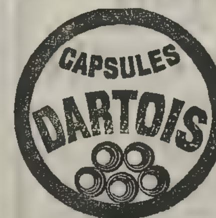
Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 6 cuillerées par jour. Boul. Haussmann, 41, Paris et Pharm.



Excellents effets contre

PHTISIE

et autres Tuberculoses
BRONCHITES, CATARRHES
Chaque capsule contient :
0gr 05 *véritable* **Créosote de HÊTRE**
Huile de foie de morue Q. S.
2 ou 3 à chaque repas
Le flacon 3 fr.
105, Rue de Rennes, PARIS
et toutes les Pharmacies.
Exiger le timbre de l'Etat.

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.

MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et tles phies.



MAGNÉSIE ROY

A. ROY, Phien de 1re Classe, PARIS-Auteuil, et Phies.

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer,**

Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

N° 93. — MARDI 17 AOUT 1897. 70e ANNÉE. MARDI 17 AOUT 1897. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr. »	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SUR LES INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES DE L'ENFANCE

Par M. H. BARBIER, médecin des hôpitaux.

I. *Zur Kenntniss der Gastroenteritis im Sauglingsalter*; 1 Mittheilung : « Intoxication », par M. le professeur CZERNY (1). — II. *Ibidem*; 2 Mittheilung : « Ammoniakausscheidung », par M. le docteur KELLER, assistant (2). — III. *Stoffwechselversuche an dyspeptischen Sauglingen*, par MM. Jérôme LANGE et Nic. BEREND (3). — IV. *Eiweiss-Stoffwechsel des Neugeboren und des Sauglings*, par M. J. GROSZ (4).

I

La question de ce qu'on appelle les infections gastro-intestinales, ou les intoxications gastro-intestinales chez l'enfant, est loin d'être résolue. On peut se demander même si elle est bien posée pour l'étude, chacun des observateurs qui aborde celle-ci au point de vue expérimental ou théorique, l'envisageant d'une façon étroite par où elle l'intéresse, faisant jouer à des microbes qu'on ne connaît pas bien, et à des toxines qu'on ne connaît pas, un rôle prépondérant et unique dans l'apparition des phénomènes pathologiques. Je crois, en particulier, que c'est s'exposer à de singuliers mécomptes, aussi bien au point de vue de la pathologie générale que de la pratique, que de se représenter ou de vouloir représenter les accidents intestinaux de l'enfance, comme une simple infection du tube digestif; et de dire par exemple : Il y a dans l'intestin du bacterium coli virulent, qui sécrète une toxine, celle-ci absorbée occasionne les accidents qu'on observe. On ne saurait trop s'élever, à mon sens, contre ces formules trop simplistes, elles ne sont pas conformes aux faits de la pathologie humaine d'abord, elles conduisent de plus à des conceptions thérapeutiques incomplètes, parce que, pour ce qu'elles expriment une part de la vérité, elles ne l'expriment pas tout entière.

En réalité, les choses sont plus complexes. Et elles le sont en raison de ces faits : 1° que, dans ce qu'on peut appeler les entérites de l'enfance, le processus bactérien se fait d'abord non dans l'organisme et au dépens de matériaux empruntés à l'organisme, mais dans un milieu artificiel : les substances ingérées qui déjà avant leur usage alimentaire peuvent renfermer des substances toxiques;

2° Qu'à ces substances ingérées s'ajoutent, à mesure qu'on descend plus bas dans le tube digestif, les produits de sécrétion glandulaire de l'estomac, des glandes duodénales, du pancréas, du foie;

3° Que ces sécrétions ne sont pas inactives, mais déterminent elles-mêmes des modifications de la matière ingérée, de telle façon que ce n'est plus sur des aliments normaux que les bactéries vont agir, mais sur des aliments fermentés;

4° Que les modifications de cet acte de fermentation sont peu connues au point de vue physiologique, toxicologique et nutritif;

5° Que l'intestin n'est pas un simple canal de passage pour les aliments, mais le lieu d'absorption par excellence des sucs digestifs;

6° Que ceux-ci vont pour ainsi dire s'épurer dans le foie, qui joue encore, comme on le sait, le rôle d'arrêt des poisons et d'élaboration définitive des résidus de la nutrition.

Nous ne suivrons pas plus loin la matière alimentaire. Aussi bien avons-nous jusqu'ici assez d'aperçus sur la pathologie intestinale de l'enfance. A chacun d'eux correspondent des investigations à faire.

L'observation clinique nous a depuis longtemps appris que la période dite infectieuse de ces troubles intestinaux est précédée plus ou moins longtemps de désordres dits dyspeptiques. En quoi consistent ceux-ci, quelles en sont les causes? comment celles-ci agissent-elles sur les sécrétions, sur leur qualité, sur leur quantité; sur la motricité intestinale, sur l'absorption? Les résidus intestinaux, dans ces cas, de quelle nature sont-ils? Sont-ils plus toxiques, le sont-ils moins qu'à l'état normal? Autant de questions pour lesquelles, sans méconnaître la valeur des travaux faits jusqu'à ce jour, il n'y a pas de réponse précise, scientifique.

La question se complique encore bien davantage

(1) Contribution à l'étude de la gastro-entérite des nourrissons, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIV Band, 1 Heft., 5 fév. 1897. — 1er mémoire : « Intoxication. »

(2) *Ibidem*. — 2e mémoire : « Élimination de l'ammoniaque. »

(3) Recherches sur l'assimilation chez les enfants dyspeptiques, *Ibidem*, 3 and 4 Heft., 21 mai 1897.

(4) Assimilation de l'albumine chez les nourrissons et chez les nouveau-nés, *Ibidem*.

la notion infection intervient. Quelle est l'action des bactéries pathogènes incriminées — bacterium coli, protées, bacille pyocyanique, etc. — sur les substances ayant subi l'action des sucs digestifs, quelle, sur les sécrétions digestives elles-mêmes? Dans quel sens et comment agissent sur l'infection, par transformation déviée ou nulle de la matière digestive, les troubles fonctionnels sécrétoires dont nous parlions plus haut à propos de la dyspepsie?

Une fois l'infection produite et passée, quelles sont les lésions intestinales; quelles ont été et quelles sont, à l'état de *séquelle*, les perturbations produites dans les qualités d'absorption du tube digestif? etc. Autant de questions du plus haut intérêt qui mériteraient une étude approfondie et scientifique.

Enfin, pour aller jusqu'au bout de notre exposé, on peut entrevoir le rôle important que joue le foie. A la période dyspeptique, comment se comportera-t-il fonctionnellement et anatomiquement, vis-à-vis des produits qui lui viennent du tube digestif? A la période d'infection, dans quelles limites agit-il comme destructeur de poisons, dans quelle proportion ces produits toxiques intestinaux altèrent-ils ses fonctions et sa structure? On comprend facilement de quelle importance sont ces différents problèmes, non seulement pendant la période d'état des troubles intestinaux, mais encore quand ils sont manifestement éteints, lorsqu'il s'agit de se rendre compte de certains troubles de la nutrition générale qui leur subsistent, et qui conduisent les convalescents à une cachexie plus ou moins grave. Il y a là tout un champ de recherches à explorer, malgré que l'esprit des chercheurs soit déjà orienté de ce côté.

D'après ce rapide exposé, qui peut être considéré comme un programme de recherches sur quelques points desquelles j'ai déjà recueilli quelques documents sommaires, on peut voir quelle est la complexité des phénomènes pathologiques. En résumé, il faut étudier chacune des périodes ou chacun des actes morbides au point de vue clinique, toxicologique, fonctionnel, anatomique, enfin bactériologique.

Les travaux qui sont mentionnés en tête de cet article apportent précisément des documents importants à l'étude qui nous occupe.

II

Parmi les causes d'intoxication qui peuvent provoquer les accidents qui relèvent de la gastro-entérite, Czerny (I) s'attache principalement dans son mémoire à la suralimentation lactée, naturelle ou artificielle, entourée comme il convient de toutes les précautions hygiéniques désirables.

Les enfants, dit-il, nourris dans ces conditions, présentent « un sommeil troublé, de l'agitation, de la pâleur, des téguments, de la faiblesse musculaire, des gaz et des selles odorantes, de l'anorexie », les symptômes s'atténuant ou disparaissant lorsqu'on diminue les tétées. Czerny se demande si dans cette suralimentation il ne se produit pas, sous l'influence des sucs digestifs au dépens des matières albuminoïdes du lait, des poisons en excès, dont l'organisme de l'enfant ne peut se débarrasser parallèlement. Je ferai remarquer en passant que les symptômes cités plus haut correspondent assez bien à ce qui se passe quand il y a en dehors de tout agent pathogène proprement dit, dans le tube digestif, de simples phénomènes de putréfaction ou de fermentations anormales. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il y a toujours, dans ces cas de suralimentation, une stagnation variable du contenu intestinal. Or, les phénomènes, qu'on observe dans les cas analogues à ceux dont parle l'auteur, ne peuvent-ils pas être, pour une part, simplement la conséquence de ces fermentations? C'est ce qu'il me semble résulter, à mon sens, de ses premières expériences. Il fait une digestion artificielle de lait stérilisé, qu'il injecte dans les veines du lapin, et il observe que la solution filtrée n'est jamais toxique, *à moins que le mélange n'ait subi un commencement de putréfaction.* Lorsqu'on empêche celle-ci dans l'expérience, au moyen du chloroforme, *jamais l'extrait de la digestion pancréatique n'est toxique.* Cette expérience d'ailleurs, qui fait la part uniquement de la digestion pancréatique, me paraît incapable de résoudre d'une façon définitive la question posée, toujours dans l'hypothèse d'une intoxication prise à la lettre.

Dans une deuxième série d'expériences, Czerny cherche si dans ces cas ce ne sont pas les bactéries intestinales qui provoquent, au dépens du lait, la substance toxique qu'il cherche. Pour ce faire, il ensemence du lait avec des matières fécales, recueillies au niveau de l'anus et provenant d'enfants atteints de gastro-entérites graves sans faire de cultures pures. Il observe alors, d'abord, que le lait ensemencé se coagule, et que ni le coagulum, ni le liquide injectés de la même façon que plus haut au lapin, ne sont toxiques, et ensuite que jamais le lait ne présente de phénomènes de putréfaction d'où il conclut que *ce qui dans l'intestin se putrifie, ce n'est pas le lait!* « *wass in Darme der kranken Kindern der Faulniss auheimsfallt, ist nicht die Milch.* Les objections ne manquent pas à de pareilles interprétations. Il en est une qui prime tout, c'est la suivante : ce n'est pas sur du lait intact que les bactéries agissent dans l'intestin, mais sur du lait dont les substances albuminoïdes ont été modifiées ou morcelées chimiquement par les sucs digestifs : et c'est au dépens de produits de désintégration déjà de ces substances que des produits toxiques, s'il y en a, ont pris naissance dans l'intestin. C'est pour cela peut-être que les agents de la putréfaction n'ont pu se développer dans l'expérience, car on peut admettre qu'ils existaient dans les selles ensemencées, puisque dans le bouillon elles provoquaient nettement une putréfaction intense. Mais les substances protéiques du bouillon, probablement des peptones, sont précisément dans les conditions dont nous parlions plus haut, et qui ne sont pas celles, chimiquement, d'une solution à 3 p. 100 de caséine sucrée avec du sucre de lait essayée par l'auteur.

Mais si ce n'est pas au dépens du lait que se produisent dans l'intestin les phénomènes de putréfaction, au dépens de quoi se font-ils? Des produits de sécrétion des glandes intestinales, répond Czerny. Or, même avec la notion clinique que les phénomènes de putréfaction ne cessent pas toujours même après la suppression du lait, ce n'est là qu'une hypothèse, plausible il est vrai.

Pour compléter ses recherches, Czerny recherche la toxicité des selles d'enfants atteints de troubles digestifs divers. Stérilisé par le chloroforme ou par la chaleur, l'extrait aqueux inoculé aux lapins reste inactif. Ici mes expériences personnelles, encore trop incomplètes pour être publiées, sont en opposition avec celles de Czerny. Dans certaines diarrhées, les selles, inoculées par le procédé employé par M. Bouchard pour les urines, se sont montrées dans mes expériences d'une toxicité telle, que l'extrait, cor-

respondant à 2 grammes de selle au plus, tuait en quelques secondes un lapin de forte taille avec des convulsions.

En somme, d'après Czerny, il ne se produit dans l'intestin, chez les malades suralimentés, aucune substance toxique. C'est donc dans le lait seul qu'il faut chercher la cause des accidents, et en éliminant comme inoffensifs l'eau, le sucre de lait, la graisse, les sels, l'auteur ne retient que les matières albuminoïdes. Et c'est ici, qu'apparaît l'originalité de sa théorie. La digestion d'un excès de matières albuminoïdes, telles qu'elles se trouvent en particulier dans le lait de vache par rapport au lait de femme, amènent la formation en excès de produits acides, qui, pour leur neutralisation dans l'organisme, diminuent l'alcalinité du sang et des tissus. Or ce fait produit des troubles profonds dans la structure et dans le fonctionnement des organes. Le foie surtout en est un des plus vivement atteints, au point de donner aux malades l'aspect de l'athrepsie (atrophie). Ils ne peuvent plus supporter dans leur alimentation la dose d'albumine que supportent les enfants sains, on est obligé de la diminuer au grand détriment de l'accroissement de l'enfant.

Toutes ces conditions réunies ont pour conséquence importante la moindre résistance de l'intestin et de l'organisme aux différents micro-organismes pathogènes.

III

Le travail de M. Keller (II) n'est qu'un complément du précédent; il est consacré à l'*élimination de l'ammoniaque* par les urines des malades, élimination en rapport direct, toujours d'après son maître Czerny, avec la fermentation d'acide en excès, et avec les altérations du foie. Il y a d'abord un fait, dit-il, c'est que, chez les enfants qui sont malades du tube digestif, la quantité des urines émises par rapport à la quantité de lait absorbée est la plupart du temps plus petite que chez les enfants bien portants et que dans dix cas sur onze observés, la quantité d'ammoniaque éliminée par les urines est également beaucoup plus considérable qu'à l'état normal : or, précisément, on trouve chez ces malades, indépendamment d'une formation exagérée d'acides, une dégénérescence graisseuse du foie. C'est dans les cas où cette lésion est le plus prononcée qu'on observe surtout pendant la vie, dans les urines, la plus grande quantité d'ammoniaque. Dans l'unique cas, où celle-ci était normale, le foie ne présentait pas d'altération. Il y a lieu de penser également, d'après Keller, que la dégénérescence graisseuse du foie est dans la dépendance de l'excès des acides qui sont formés dans le tube digestif.

Il est certain que la notion d'intégrité ou non du foie dans les infections gastro-intestinales doit avoir une grande importance non seulement au point de vue de la défense de l'organisme contre les toxines microbiennes ou de fermentation, mais encore au point de vue de l'assimilation et de la nutrition générale des malades. Dans la période aiguë de la maladie, on peut dire qu'il y a deux stades capitaux dans l'évolution des accidents : le premier dans lequel le foie est fonctionnellement intact ou suffisant, et le second dans lequel cet organe, lésé par les toxines ou par les microbes, est insuffisant. C'est alors que commence la période dangereuse d'intoxication, surtout si le rein lui-même n'est pas à la hauteur de sa tâche. Ces troubles hépatiques persistent certainement après la phase d'état du mal, et doivent avoir une grande importance dans les troubles nutritifs de ce qu'on appelle les infections intestinales chroniques et qui mériteraient mieux le nom de cachexie intestino-hépatique.

III

M. J. Grosz s'est attaché, dans son travail, à déterminer le rapport qui existe entre les ingesta et les substances éliminées : selles, urines, azote. Les résultats auxquels il est arrivé comportent certainement un grand intérêt.

Recueillant au moyen d'un appareil spécial et séparément les urines et les selles de vingt-quatre heures, il a réuni dans un tableau (tableau I) le résultat de 26 observations portant sur 15 malades. Les quantités les plus faibles de selles, $3^{gr}5$, $4^{gr}55$, etc., ont été recueillies chez des enfants faibles, buvant mal, se développant mal ou perdant du poids : au contraire, les plus fortes dans les conditions inverses. Il en est de même des quantités d'urines émises qui ont varié de 85 jusqu'à 430 centimètres cubes; les quantités les plus considérables ont toujours été observées chez les enfants qui se développent le mieux. Chez les dyspeptiques, la quantité des selles a varié de $18^{gr}9$ à $54^{gr}55$, sans relation d'ailleurs avec des modifications correspondantes du poids de l'enfant, mais elle a toujours été supérieure à celle des enfants sains. Il en est de même quand on dose l'azote des selles dyspeptiques et des selles d'enfants sains (tableau II); on peut donc admettre, avec Grosz, que les enfants ayant une digestion normale utilisent mieux l'albumine du lait que ceux qui ont des troubles dyspeptiques. Si l'on dose parallèlement l'azote des urines A^u, on obtient, en l'opposant à l'azote des selles Az^s, un rapport $\frac{Az^u}{Az^s}$, c'est-à-dire un coefficient (N. quotient) qui varie chez les sujets sains et chez les dyspeptiques.

Chez les enfants bien portants, Az^u varie entre 0^g119 et 0^g357 ; Az^s entre 0^g079 et 0^g185, d'où N. quotient varie entre 1^g23 et 2^g23, en moyenne, 1^g64. Au contraire, chez les dyspeptiques, Az^u varie entre 0^g148 et 0^g309 ; Az^s entre 0^g146 et 0^g283, d'où N. quotient varie de 0^g78 à 1^g19, en moyenne 1^g11. On remarquera qu'il existe une plus grande différence entre Az^u et Az^s chez les enfants bien portants que chez les enfants dyspeptiques, Az^s diminuant beaucoup, et que, dans certains cas, ces deux quantités s'égalent. De telle façon qu'on peut poser en règle que, dans la dyspepsie, la teneur des selles (Az^s) en azote est plus grande et que la valeur $\frac{Az^u}{Az^s}$ est plus petite que chez les enfants bien portants.

La détermination de ce coefficient peut être utile dans la pratique, par exemple quand on a à fixer l'alimentation d'un enfant nourri par sa mère, dont on ne peut analyser le lait, ou pour apprécier l'importance des troubles digestifs qu'il peut offrir dans le cours d'une alimentation artificielle.

La détermination de ces deux données Az^u et Az^s a permis également à l'auteur de fixer dans quelles proportions l'azote est utilisée : 1° chez les enfants nourris au sein; 2° chez les enfants nourris au lait de vache, après détermination de la teneur en azote de ces laits, et de la quantité absorbée. Or les enfants assimilent beaucoup mieux le lait maternel, car ils utilisent en moyenne 90 p. 100 des substances azotées, tandis qu'ils n'utilisent que 87 p. 100 de l'albumine du lait de vache. Dans tous les cas, l'augmentation de poids reste parfaite. Aussi l'auteur est-il d'avis

qu'un enfant bien portant n'a pas besoin d'une quantité d'aliments aussi grande que celle qu'on lui offre en général, qu'il soit nourri au sein ou artificiellement, et qu'il ne faut donner à téter aux enfants que toutes les trois ou quatre heures, sinon on les suralimente, on surcharge l'intestin, dont les fonctions digestives deviennent insuffisantes; une partie de l'albumine est rejetée sans avoir été transformée, et on amène la stagnation des matières intestinales avec toutes ses conséquences.

On remarquera, par ce qui précède, que l'augmentation de poids de l'enfant ne peut donner que des renseignements imparfaits sur l'état de la nutrition et sur le fonctionnement digestif de l'enfant. La question est plus complexe.

IV

Le travail de MM. Lange et Bérend, basé sur l'analyse très complète de quatre cas, les conduit également à la connaissance de faits pratiques intéressants.

1° *Quantité de nourriture nécessaire.* — Les auteurs semblent partager l'opinion qui paraît générale en Allemagne sur ce point, c'est que les enfants sont trop nourris. D'après eux, un enfant de six mois, allaité artificiellement, a suffisamment avec 900 centimètres cubes de lait par vingt-quatre heures. Il est bon d'en rapprocher les chiffres suivants fournis par Feer qui donne pour un enfant de douze à quinze jours une moyenne de 650 grammes, et par Von Cruse, de 540 grammes, pour un enfant de dix à trente jours.

2° *Rapport de la quantité d'urine et de lait.* — Les auteurs, chez les enfants dyspeptiques nourris au biberon, estiment que la quantité d'eau urinaire représente 54 p. 100 de l'eau du lait. Il est intéressant de remarquer que chez les enfants nourris au sein, elle paraît plus considérable : 73 p. 100 (les auteurs), 68 p. 100 (Camerer). Ce fait est à rapprocher de ce que nous avons vu plus haut à propos du travail de M. Grosz.

3° *Quantité de selles par jour.* — Un fait frappe surtout dans les tableaux que donnent les auteurs, c'est que les selles sont beaucoup plus copieuses chez les enfants soumis à l'alimentation artificielle que chez l'enfant nourri au sein (Obs. IV) : 23 grammes en moyenne contre 3g69, *environ six fois davantage!* (Même observation plus haut de Grosz pour les selles des dyspeptiques.)

Les trois premiers enfants mis en observation, par une analyse comparée de la teneur en azote du lait ingéré et des selles, et nourris artificiellement, ont montré qu'ils n'avaient utilisé que 77, 79, 61 p. 100 de l'azote du lait : le quatrième (au sein), 86 p. 100. Et les selles renfermaient pour les trois premiers, 3,4; 4,4 et 7 p. 100 d'azote; 4,8 p. 100 pour le quatrième. Les selles qui en renfermaient 7 p. 100 provenaient du troisième enfant atteint d'une dyspepsie gastro-intestinale très grave.

Quant à la graisse, la même analyse comparative a montré que ces enfants n'en absorbaient que 75,2, 86,5 et 78 p. 100 de celle que contenait le lait.

4° Au point de vue de la *nutrition générale*, il est bon de remarquer également que ces enfants ont pris une quantité de lait journalière représentant un chiffre x d'azote, et qu'on ne retrouve pas dans les urines ni dans les selles une quantité équivalente, mais inférieure d'azote. C'est ce que Camerer a appelé le déficit d'azote.

Ainsi je prends par exemple l'enfant III.

C'est un enfant de six mois pesant 4770 grammes au début de l'expérience, qui a duré trois jours.

Il a pris pendant ces trois jours 3397 grammes ou 3299 centimètres cubes de lait; il a rendu 1210 centimètres cubes d'urine et 64 grammes de selles (poids de selles desséchées).

Or son *acquit* se compose :

Pour le lait { 11,5474 d'azote ou en albumine 72g18.
85,1307 de graisse.
12,2747 de sels.

Ses *pertes* se composent :

Pour les urines : 4,7176 d'azote, en albumine 29,49.
Pour les selles : 4,4199 d'azote, en albumine 27,62.

Total : 9,1375 — 57,11.

Différence : en azote, 2,4099.
— en albumine, 15gr07.

L'enfant a donc, en somme, en trois jours, assimilé ou gardé 2gr4099 d'azote ou 15gr07 d'albumine. Si l'on fait abstraction d'une perte possible mais négligeable par le poumon et par la peau, il faut admettre que l'organisme de l'enfant a retenu cette quantité d'azote, bien que le poids du corps de l'enfant ait diminué pendant la durée de l'expérience. Cet azote, à quoi a-t-il servi? Probablement, comme le pensent les auteurs, à la formation de la substance de nouveaux éléments cellulaires.

En résumé, ce qui paraît résulter de ces travaux, c'est que les enfants digèrent et utilisent mieux le lait maternel que le lait de vache, et qu'en général la quantité de lait qu'on leur accorde est trop grande, puisque toute l'albumine et toute la graisse ne sont pas utilisées. Chez les enfants dyspeptiques, cet écart entre les substances ingérées et les substances utilisées est encore plus grand, et chez ceux-ci les selles sont plus copieuses et renferment plus de substances azotées non utilisées, soit d'une façon absolue, soit par comparaison avec l'azote éliminé par les urines. La diminution de la quantité d'urine émise chez les enfants nourris au biberon et chez les dyspeptiques est encore un fait à signaler et à retenir.

Il me paraît qu'on peut tirer déjà quelques conclusions pratiques de ces recherches, en ce qui concerne l'alimentation en général, et plus particulièrement l'alimentation des dyspeptiques.

DE L'URO-DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par le docteur Adrien Mercier.

Puisque la granulie, la méningite, la pneumonie et même le rhumatisme articulaire aigu peuvent offrir la symptomatologie complète de la fièvre typhoïde, il est important pour le clinicien de ne négliger aucun des éléments de diagnostic qui sont à sa portée. Sans doute, le séro-diagnostic a pris une importance considérable et méritée dans la différenciation des maladies à forme typhoïde, mais, comme M. Widal l'a dit lui-même au Congrès de Nancy, si dans la grande majorité des cas on peut compter sur la séro-réaction dans les premiers jours, il est des cas où cette réaction peut être retardée et même faire défaut durant tout le cours d'une dothiénentérie.

Il est donc du plus grand intérêt, dans les cas douteux, d'interroger les urines.

1° Diminution de l'urée ou tout au moins maintien de l'urée à son taux normal dans la fièvre typhoïde à son début, augmentation de l'urée dans la pneumonie, la méningite, la granulie, le rhumatisme articulaire aigu à forme typhoïde.

2° Par l'action de l'acide nitrique, apparition dans les urines des typhiques, et des typhiques seulement, des trois disques superposés : indican, albumine, acide urique sont les résultats obtenus.

Nous n'entendons pas dire que l'uro-diagnostic, pas plus que le séro-diagnostic, soit infaillible ni même constant. Il y aurait évidemment un grand intérêt à ce que tout changement dans l'urine d'un ou de plusieurs de ses principes traduisît certaines modifications de l'organisme d'une manière aussi constante qu'un changement de proportion des globules du sang traduit, par exemple, la leucémie. Il n'en est pas ainsi. L'urologie n'est qu'un instrument d'exploration. Les renseignements qu'elle donne n'ont qu'une valeur intrinsèque assez restreinte si on les envisage isolément. Il serait aussi absurde d'établir un diagnostic sur un caractère urologique isolé que de se fonder sur une modification de la température et du pouls. Mais, au contraire, si on réunit les signes urologiques à tous les autres signes, ils prennent une utilité incontestable.

En un mot, quand on hésite entre une fièvre typhoïde et une granulie, par exemple, l'urologie de ces affections n'est point assez parfaite pour que l'examen des urines puisse trancher la question ; mais cet examen, si les signes cliniques s'y prêtent, permettra de tirer des présomptions qui feront interroger plus scrupuleusement les autres symptômes et bien souvent d'éclaircir les doutes, d'éclairer complètement le diagnostic.

REVUE DE LA PRESSE

Constatation et traitement des accidents nerveux consécutifs au choc traumatique. — Les différents troubles nerveux vagues étiquetés neurasthénie, hypocondrie, hystérie, que l'on peut observer à la suite d'un traumatisme accompagné de choc violent, ont été récemment l'objet d'une étude instructive de Strümpell qui s'attache à faire ressortir les difficultés d'examen et de thérapeutique offertes par de pareils malades.

L'auteur insiste sur la nécessité de *détourner l'attention d'un malade de ce genre lorsqu'on pratique l'examen de ses divers organes*. Veut-on, par exemple, se rendre compte de la sensibilité de son rachis à la pression, il importe de faire semblant de l'ausculter en même temps. C'est le seul moyen, selon lui, d'acquérir une notion exacte de l'intensité des symptômes présentés. Il n'attache en pareil cas aucune valeur aux troubles de la sensibilité non plus qu'à la mensuration du champ visuel ou aux modifications dans le rythme ou la fréquence du pouls et de la respiration. L'analgésie et l'anesthésie ne donneront de renseignements que dans les cas tout à fait rares d'épanchement sanguin à l'intérieur de la moelle.

Quand on veut traiter ces malades, il importe de les déterminer à prendre une occupation quelconque, afin de secouer leur apathie, de réveiller leur énergie et leur volonté en revenant constamment à la charge, et de commencer le traitement aux premières manifestations de la maladie, c'est la meilleure garantie du succès. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, n° 32, p. 812, 1896.)

Contribution au traitement de la blennorragie par l'ichtyol. — Siegmund Werner, médecin-assistant de la clinique des affections de la peau et des organes génitaux du vieil hôpital Saint-Georges d'Hambourg, communique les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de l'*ichtyol* dans le traitement de la blennorragie. L'intérêt de ces résultats consiste surtout dans le nombre respectable de malades qui sert de base à leur appréciation.

L'auteur emploie l'ichtyol en solution à 1 p. 100, puis à 2 p. 100 à partir de la seconde injection. L'injection est donnée avec un bock élevé de 1 à 2 mètres ; tous les jours, on fait passer une moyenne de 550 centimètres cubes de la solution.

Werner a obtenu avec cette méthode la guérison de 72 malades sur un total de 82. Un malade est réputé guéri, selon lui, quand il remplit les trois conditions suivantes :

1° Le malade ne doit présenter aucune sécrétion appréciable de la muqueuse uréthrale après une suspension de traitement de vingt-quatre heures ;

2° Son urine, recueillie en deux fois, ne doit plus contenir de filaments ;

3° Dans les derniers filaments expulsés, on ne doit plus trouver de gonocoques.

L'auteur ne considère pas le catarrhe vésical accompagné de fièvre, d'hématurie et d'épreintes comme une contre-indication. (*Wiener Klin. Wochens.*, n° 42, p. 963, 1896.)

Péritonite blennorragique généralisée. — Le docteur Bröse a observé deux cas de péritonite consécutive à une inflammation blennorragique ascendante chez la femme. Ces deux cas portent à huit le nombre des cas de ce genre publiés, en Allemagne, depuis que Wertheim a attiré l'attention sur ce sujet.

Dans le premier cas de Bröse, il s'agissait d'une jeune femme de vingt-sept ans, soignée depuis plusieurs jours pour une blennorragie étendue à l'urèthre, aux glandes de Bartholin, et au col de l'utérus. Cette malade fut prise tout d'un coup d'une pelvi-péritonite qui la retint au lit longtemps ; consécutivement, l'utérus fut reconnu rétrofléchi et les trompes légèrement hypertrophiées et sensibles ; une tentative de redressement s'accompagna d'une élévation de température et de douleur qui firent renoncer à toute intervention.

Le second cas est en tout point semblable.

L'auteur déconseille la laparotomie en pareil cas ; elle est, selon lui, plus nuisible qu'utile, la guérison s'effectuant spontanément.

Ces deux cas sont moins probants que celui de Menge que rappelle l'auteur. Menge, ayant pratiqué la laparotomie pour extraire une trompe malade, avait pu obtenir des cultures de gonocoque avec le pus, ce que n'a pu faire Bröse. (*Wiener Klin. Wochens.*, n° 38, p. 854, 1896.)

Fracture du pariétal droit ; abcès cérébral ; hémianopsie. — M. V. Regulski rapporte le cas d'un malade, reçu à la clinique de Dorpat, présentant une plaie infectée siégeant au niveau de l'angle supérieur et postérieur du pariétal droit, causée par la chute d'une pierre et accompagnée de symptômes cérébraux. L'examen de la plaie fit découvrir, au niveau de l'angle déterminé par la réunion des sutures lambdatique et sagittale, la présence d'un fragment d'os tétra-angulaire de 2 centimètres environ de diamètre, comprimant le cerveau. On l'extrait. A l'hémianopsie déjà constatée se joignent de l'apathie, des douleurs de tête, de l'inertie pupillaire, des vomissements, de la constipation et de l'interruption des battements cérébraux.

L'élargissement de la brèche osseuse et l'incision de la substance cérébrale, infiltrée et d'aspect louche, pratiquée à 1 centimètre et demi de profondeur, donne issue à une cuillerée à café de pus. Une hernie cérébrale de la grosseur d'une pomme fut la conséquence de cette intervention ; elle dis-

parut du reste spontanément. Guérison avec cicatrice pulsatile.

Le cas se signale par l'hémianopsie constatée. Le centre cortical de la vision est placé dans le lobe occipital et, selon Henschen, au voisinage de la scissure calcarine; il faut donc admettre que, dans le cas particulier où les portions de l'écorce du lobe pariétal étaient seules touchées, l'hémianopsie relevait d'une destruction des fibres conductrices des impressions optiques, qui cheminent dans la substance médullaire occipito-pariétale. Le siège de l'abcès cérébral plaide en faveur de cette opinion. (*Centralbl. f. chir.*, n° 34, p. 825, 1896.)

La perte des deux testicules et le mutisme envisagés au point de vue de la législation des assurances-accidents. — Dans le cas cité par Rieger, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-cinq ans à qui on avait enlevé les deux testicules; il ne présentait aucune espèce de trouble psychique, aucune espèce d'incapacité de travail; mais, par cette mutilation, son énergie et son aptitude au travail se trouvaient amoindries par suite de l'état de dépression morale créée par cette intervention.

Se référant au droit criminel qui considère la perte de deux testicules comme une mutilation grave, Rieger réclama en faveur de son client une rente d'au moins 50 p. 100.

Rieger se demande aussi si la législation concernant les assurances-accidents ne devrait pas fixer à un taux élevé le préjudice causé par le mutisme; on ne devrait, si on s'en tient à la lettre de la loi, s'occuper que des cas diminuant la capacité de se subvenir; mais, dans leurs décisions, les agences d'assurance impériales tiennent compte en pratique des cas de mutisme même quand ils n'empêchent pas de se subvenir. (*Centralbl. f. chir.*, n° 33, p. 796, 1896.)

Cas heureux d'opothérapie. — Manizer (de Berlin) rapporte le cas d'une jeune fille de vingt-trois ans, ayant subi l'ablation bilatérale des ovaires et des trompes, qui eut bientôt à souffrir des suites de cette grave intervention. Après une courte période de bien-être, elle fut prise de véritables crises de sueurs, accompagnées de bouffées de chaleur, durant quelquefois plusieurs heures; elle eut de fréquents maux de tête; son sommeil et son appétit disparurent à l'époque des anciennes règles, elle éprouvait une sensation pénible et douloureuse de pression à la nuque pendant plusieurs jours. Tous les moyens avaient été mis en œuvre sans résultat quand on eut l'idée de lui donner deux fois par jour une dose de 5 à 20 grammes d'ovaire frais de génisse ou de vache. Les symptômes énumérés plus haut allèrent en s'atténuant de fréquence et de durée pour disparaître complètement au bout d'une quinzaine de jours. (*Centralbl. f. gyn.*, n° 32, p. 844, 1896.)

Début du diabète sucré. — Il résulte d'une étude du docteur Loeb (de Francfort-sur-le-Mein), concernant les premiers stades du diabète sucré, que les signes initiaux, consistant en douleurs névralgiques ou rhumatismales, en sueurs profuses, démangeaisons ou sensation de froid, paresthésie légère des extrémités, diminution des réflexes, sont souvent accompagnés d'une petite quantité de sucre dans l'urine, quantité infime, à peine décelable, souvent transitoire et pouvant manquer pendant plusieurs mois. Cet état peut se prolonger pendant plusieurs années, avant qu'une notable quantité de sucre ou un symptôme capital, tel que la soif, aient rendu manifeste le diagnostic de diabète.

Sans prétendre ranger dans la catégorie des diabètes vrais tous les cas dans lesquels on décèle la présence d'une petite quantité de sucre dans l'urine à des intervalles plus ou moins éloignés, l'observation consciencieuse de quatre cas dans lesquels Loeb a rendu manifeste la présence d'une quantité de sucre variant de 2 à 4 grammes par litre de sucre plusieurs années avant l'apparition du diabète, alors que les malades semblaient florissants et engraissaient, montre que ce n'est pas là un fait insignifiant. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, n° 47, p. 1201, 1896.)

Végétations adénoïdes et surdi-mutité. — Frankenberger a examiné le nez et le pharynx de 159 enfants, élèves de l'Institut des Sourds-Muets de Prague, au point de vue de la plus ou moins grande fréquence des végétations adénoïdes.

Il a trouvé, en tout, 94 enfants atteints d'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne, c'est-à-dire une proportion de 59,5 p. 100.

Quarante-deux fois il constata la présence de suppurations chroniques ou de vestiges de suppurations anciennes de l'oreille et, sur ce nombre d'enfants, 37 avaient des végétations adénoïdes, c'est-à-dire une proportion de 88 p. 100.

Cette fréquence étonnante des végétations chez les sourds-muets a été notée par d'autres observateurs.

L'auteur se rallie à l'opinion des auteurs modernes qui veulent que la surdi-mutité soit, dans un bien plus grand nombre de cas qu'on ne l'a admis jusqu'ici, la conséquence d'une infirmité acquise plutôt que le fait d'une anomalie congénitale.

Il pense que, par la prophylaxie et un traitement judicieusement conduit, l'ouïe et la parole pourraient être conservées chez nombre d'enfants dont la surdité est le résultat de manque de soins. (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 10, 1896, d'après *Centralbl. f. Chir.*, n° 50, 1896.)

P. VIOLLET.

THÉRAPEUTIQUE

Contre les métrorragies (MEISELS).

Cornutine pure	8 centigr.
Argile	3 grammes.
Eau distillée. . . . . }	Q. s. pour
Glycérine . . . . }	20 pilules.

A prendre deux pilules trois fois par jour. (*Gaz. hebd.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie clinique et opératoire (1), sous la direction de MM. LE DENTU et P. DELBET.

Ce cinquième volume a suivi de près les deux qui l'ont précédé : il est dû à la collaboration de MM. Terson, Castex, Le Dentu et Nimier.

Le travail de M. Terson, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine, est un traité d'ophtalmologie, conçu cependant dans un but spécial. Il n'est pas écrit pour les ophtalmologistes de profession; il a surtout en vue l'ophtalmologie usuelle. L'auteur a dû être bref sur l'anatomie pathologique et a dû restreindre considérablement la place accordée aux lésions profondes du globe de l'œil, aux amblyopies et aux anomalies de la réfraction. M. Terson a donné tous ses soins au diagnostic et au traitement des maladies des yeux.

M. Castex s'est chargé de la rédaction du chapitre consacré aux maladies de l'oreille et du nez. C'est un véritable traité d'otologie et de nasologie, très au courant des dernières découvertes de cette partie spéciale de la pathologie.

Les articles de MM. Terson et Castex constituent la

(1) In-8°. Prix de l'ouvrage complet : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

presque totalité du volume, qui se termine par deux articles de moindre importance. Le premier est du professeur Le Dentu et a trait aux tumeurs congénitales et malformations du crâne et de la face. Cet article a été traité avec une compétence toute spéciale par le chirurgien de Necker. C'est certainement un des meilleurs que nous possédions sur la matière, surtout en ce qui concerne les divisions congénitales de la voûte palatine et du voile du palais. Nous avons eu d'ailleurs la bonne fortune d'en donner la primeur à nos lecteurs, en publiant, avant l'apparition du livre, l'un des chapitres les plus intéressants de cet article.

L'article de M. Nimier sur les affections chirurgicales des mâchoires termine ce cinquième volume. A signaler, dans ce travail des plus consciencieux, certains chapitres sur la restauration et la prothèse pour remédier aux déformations traumatiques, primitives ou secondaires, sur la nécrose phosphorée, l'ostéo-périostite des maxillaires, sur les névralgies buccales et la constriction permanente des mâchoires.

En somme, ce cinquième volume fait une bonne suite aux quatre volumes qui l'ont précédé. Le « Traité de chirurgie clinique et opératoire » continue, sous l'impulsion de ses deux directeurs, à suivre fidèlement le chemin qu'il s'était tracé dès le début.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le « Journal officiel » du 15 août publie un décret relatif au recrutement et à l'avancement des médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale.

— Un concours pour la nomination à quatre places d'internes en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 21 octobre 1897. Les épreuves commenceront à trois heures précises à l'Hospice-Général, salle des séances.

La Commission administrative des hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours, si de nouvelles vacances se produisaient avant le 2 octobre 1897. Dans ce cas, les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux.

— La Société de médecine de Nancy a élu pour l'année 1897-1898, comme président, M. Rémy; vice-président, M. Spillmann; et réélu comme secrétaire général, M. Haushalter; et comme secrétaire de séance, M. Knoepfler.

— M. le docteur P. Gires a été chargé d'une mission aux États-Unis d'Amérique, à l'effet d'y étudier le fonctionnement des écoles dentaires.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alamartine (du Donjon), Latapie (de Lourdes) et Nicaise (de Nice).

Le massage appliqué au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition, par le docteur JUVENTIN (de Nice), lauréat de l'Académie de médecine. Une plaquette in-12, de 83 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

D'après l'opinion des Professeurs

BOUCHARDAT *Tr. Pharm.* page 300. **GUBLER** *Comment^t du Codex* page 813. **TROUSSEAU** *Thérapeutique* page 214. **CHARCOT** *Cliniq. Salpêtrière.*

LE VALÉRIANATE D'AMMONIAQUE DE PIERLOT

est un névrosthénique et un puissant sédatif

DE LA **NEURASTHÉNIE**, DES **NÉVROSES**, DES **NÉVRALGIES**

Une à deux cuillerées à café, matin et soir, dans un demi verre d'eau sucrée.

THÉ St-GERMAIN (Codex p. 538) de **PIERLOT. Purgatif sûr et agréable**

C. LANCELOT ✻ & Cie, 26, Rue St-Claude, Paris et toutes pharmacies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DÉBILITÉ, ANÉMIE, MALADIES DE L'ENFANCE
sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées par jour. Boul. Haussmann, 41, Paris et Pharm.

BROMIDIA
HYPNOTIQUE ANTINEVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage de spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous.

Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de **BROMIDIA**. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque **BATTLE'S BROMIDIA**

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES :
ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, *5, rue de la Paix, PARIS*

Prix : 5 fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les médecins sur demande.* — Prix : 5 fr.



SANTAL SAVARESSE

en capsules anglaises de MEMBRANE ORGANIQUE

Ces capsules se dissolvent dans les **intestin** sans nausées ni troubles digestifs.

EVANS LESCHER ET WEBB, LONDRES.

Paris : BÉRAL, phien, r. de la Paix; MARCHAND, r. Grenier-St-Lazare; CONOR, r. Barbette, et phies.



HÉMORRHAGIES

SIROP DE PENEAU
au SUC d'ORTIE

« *Le Suc d'Ortie est le remède le plus certain contre l'Hémoptysie et toutes les Hémorrhagies.* » Dr CHOMEL

DOSES : 5 à 6 cuillerées par jour, d'heure en heure, suffisent contre les accidents hémorrhagiques.

La saveur de ce sirop est agréable et l'estomac ne peut souffrir de son emploi, même prolongé.

MALADIES DES OS

TROUBLES DE LA CROISSANCE

RACHITISME

PHOSPHATOSE VAUDIN

Phosphate de Chaux physiologique complètement assimilable

TEL QU'IL EXISTE DANS LE LAIT

DOSES : Adolescents et adultes, 2 à 4 cuillerées à café par jour.
Enfants : 1 à 2 cuillerées à café par jour, délayée dans du lait ou mélangée aux potages.

CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

HAMAMELINE ROYA

Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
Phie LACHARTRE
19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES - PHLÉBITES - VARICES - HÉMORROÏDES

N° 94. — JEUDI 19 AOUT 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 19 AOUT 1897. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Robin a fait connaître à l'Académie le résultat de ses recherches sur l'albuminurie d'origine dyspeptique. Parmi les albuminuries dites fonctionnelles, sans lésion, il en est une qu'on observe chez les dyspeptiques, albuminurie légère en général, à caractères bien tranchés, curable. C'est cette variété dont M. Robin a fait une description complète. Diverses opinions ont été émises sur la pathogénie de cette affection; la plupart des auteurs lui attribuent une origine toxique. Ce n'est pas l'avis de M. Robin, qui pense qu'elle est due à la non-assimilation de certaines substances albuminoïdes introduites dans l'estomac.

M. Dubousquet-Laborderie a fait, en son nom et au nom de M. Duchesne, une importante communication sur l'immunité de certaines familles à la tuberculose. Nous publierons prochainement ce travail.

M. Monnier a rapporté l'observation d'un enfant chez lequel il a pratiqué une œsophagotomie pour extraire une pièce de monnaie, dont la position avait été diagnostiquée par la radiographie.

Signalons, enfin, une note de M. Trouessart sur la présence de l'acarus fossularum sur les raisins secs et dans les vins fabriqués avec ce raisin.

DE L'ACTINOMYCOSE HUMAINE

PARTICULIÈREMENT EN FRANCE (1)

Par les docteurs A. PONCET et L. BÉRARD.

C'est en France que l'actinomycose semble avoir été signalée pour la première fois, vers 1853, par Laboulbène et par Lebert. Dans son *Atlas d'anatomie pathologique* (Paris, 1853), Lebert, à propos des granulations du pus, signale et représente des grains jaunâtres trouvés par lui, dans certaines suppurations, et dont l'identité avec l'actinomycose est indiscutable (1). Mais, comme il est arrivé maintes fois, cette maladie dut aller chercher ses lettres de créance à l'étranger, avant d'être admise par nos pathologistes; les Italiens et les Allemands surtout, avec Rivolta, Perroncito, Bollinger, Harz, Ponfick, Boström, Samter, etc., nous éclairèrent sur la nature infectieuse, sur les formes parasitaires, sur les modes de contagion, sur les types cliniques les plus habituels de l'actinomycose. Grâce à ces documents, importés chez nous par Jullien, Bricon, Firket, Mathieu, Mandereau, MM. Nocard et Lucet pouvaient présenter à l'Académie de médecine, en 1888, le premier cas d'actinomycose observé en France, avec contrôle microscopique.

A ce moment, et pendant trois ou quatre ans encore, l'actinomycose fut considérée chez nous comme une *affection*

(1) Rapport présenté à la 12e section de l'Association française pour l'avancement des sciences (Congrès de Saint-Étienne, 1897).

(1) Un dessin de l'Atlas de Lebert (fig. 16) ne laisse aucun doute, ainsi que la description qu'il en a donnée, sur la constatation qu'il avait faite du champignon rayonné.

« Le 13 décembre 1848, M. Louis m'envoya du pus d'une consistance épaisse, presque gélatiniforme provenant d'un abcès des parois thoraciques d'un homme âgé de cinquante ans, atteint, depuis quatre mois environ, d'une affection pulmonaire, que M. Louis soupçonnait être de nature cancéreuse. Le pus renfermait une quantité très considérable de petits corps sphériques, d'un jaune légèrement verdâtre, du volume d'une tête d'épingle, assez faciles à écraser entre deux lames de verre. En les examinant avec un grossissement de 50 diamètres, on y distingue déjà deux éléments : une substance molle et unissante, et beaucoup de corpuscules durs, étroits, cunéiformes, disposés d'une manière rayonnante. Au moyen de forts grossissements, on constate que ces corps ont $\frac{1}{50^e}$ à $\frac{1}{40^e}$ de millimètre de longueur, sur $\frac{1}{300^e}$ de largeur à la base, et $\frac{1}{500^e}$ de largeur à la pointe. Quelques-uns de ces corpuscules sont lisses, tandis que d'autres offrent une alternation d'un ou de deux étranglements avec des élargissements ampullaires intermédiaires.

L'examen chimique y montre les caractères suivants : les corps sont inaltérables par les acides minéraux concentrés. L'acide acétique les débarrasse des éléments étrangers accolés à leur surface; la solution de potasse caustique ne les altère point à froid. A l'état d'ébullition, elle réduit les corpuscules cunéiformes en une poudre fine et grisâtre, sans les dissoudre. L'éther, l'alcool et le chloroforme n'exercent sur eux aucune influence, ni à chaud, ni à froid. La solution de potasse dans laquelle ces corpuscules ont été chauffés, mêlée avec une solution de sulfate de cuivre, et portée jusqu'à l'ébullition, n'offre point la coloration rouge uniforme qu'elle présenterait si elle contenait de l'albumine.

On voit que les principaux caractères des corps albuminoïdes et des corps gras manquent à cette substance, dont les réactions chimiques rappellent celles de la chitine : aussi avons-nous dû penser à l'existence de quelques débris helminthiques, dont ces corps seraient des crochets, bien que nous ayons vainement cherché les corps des échinocoques et des cysticerques. » (LEBERT : texte, page 54 et Atlas, pl. II, fig. 16.)

d'exception, essentiellement exotique. Vers 1893 seulement, après des recherches méthodiques poursuivies dans plusieurs centres d'études : Paris, Bordeaux, Lille et Lyon surtout, on acquit la conviction que cette maladie existait réellement en France et qu'elle devait y être presque aussi fréquente que dans les pays, tels que l'Autriche et la Russie, réputés jusqu'alors, après l'Allemagne, comme les seuls « centres d'infection ».

Et, de fait, on pouvait compter dans les périodiques français, à la fin de 1896, 66 observations d'actinomycose publiées, chiffre certainement au-dessous de la réalité, car sur ce total près de la moitié (26 cas) revenait à des chirurgiens lyonnais ou de la région lyonnaise, quoique le premier cas vu à Lyon (Poncet et Dor) date seulement de 1892. A Lyon même, 17 des 26 cas avaient été relevés dans notre seul service de clinique chirurgicale. Ce qui ne veut pas dire encore que le parasite soit confiné dans le Sud-Est et l'Est de la France, car si nous trouvons en 1896 pour ces régions, outre les 26 cas lyonnais de MM. Poncet, Dor, Bérard, Jaboulay, Rochet, Aug. et M. Pollosson, Gangolphe, Vallas, Guillemot, Rollet, Destot, Dubard, etc. (1), les 5 observations réunies dans le département du Gard par M. Reboul, nous pouvons compter d'autre part :

A Bordeaux, 8 cas (Dubreuilh, Sabrazès et Frèche, Hoggs, Taburet, Capdepon et Vitrac) ;

A Paris, 10 cas (Netter, Choux, Legrain, Augier, Duguet, Thiéry, Macaigne et Raingeard, Ducor, Fenaton, Claisse) ;

A Tours, 4 cas (Meunier) ;

A Lille, 4 cas (Monestier, Guermonprez, Folet, Lemière, Bécue, Déléarde) ;

A Reims, 3 cas [Doyen (2)] ;

A Toulouse, 2 cas (Audry) ;

A Nancy, 3 cas (Gaube, Weiss, Février) ;

A Orléans, 1 cas (Lucet).

Par conséquent, l'actinomycose a été observée sur tous les points de notre territoire. En Algérie même, elle a été particulièrement étudiée par MM. Gemy et Vincent, qui, des premiers, se sont appliqués à la distinguer de certaines autres maladies parasitaires, à allure clinique très analogue, dont nous parlerons sous le nom de *pseudo-actinomycoses*.

Il est donc essentiel aujourd'hui que les médecins soient prévenus de la possibilité où ils se trouvent de rencontrer cette affection et qu'ils soient à même de la diagnostiquer.

Nous serons brefs sur la biologie du parasite et sur les caractères histologiques des lésions (3).

Le parasite est l'*actinomyces bovis*, champignon du genre Oospora, qui a remplacé, en le précisant, l'ancien genre Streptotrix (Sauvageau et Radais). Caractérisé essentiellement par un mycélium à éléments, d'ordinaire courts, un peu incurvés, plus gros que le bacille de la tuberculose, susceptibles de s'allonger considérablement et de se ramifier dans les milieux nutritifs appropriés, il peut se présenter aussi avec des formes sporulées de reproduction, comparables à des *cocci* (surtout dans les cultures) et avec des formes de dégénérescence absolument caractéristiques, les *massues* (surtout dans les tissus malades). Dans les lésions : tissus infectés ou collections suppurées, ces éléments du parasite sont groupés en granulations, dites : *grains jaunes*, dont le volume moyen est celui d'une tête d'épingle ordinaire, et dont la teinte varie du gris-perle au jaune-brun.

Dans chaque grain, on trouve, en allant du centre à la périphérie, le mycélium et les spores, facilement colorés par les produits d'aniline sans décoloration par le Gram, puis, la bordure en couronne des massues, qui a fait donner au parasite le nom (ἀκτίνη, étoile) d'*actinomyces*, de *champignon rayonné*. Ces massues prennent peu ou pas les couleurs d'aniline, mais elles sont nuancées rapidement en rose, par l'éosine, et en orangé, par le picro-carmin. De contours ovoïdes ou piriformes, plus rarement mûriformes, deux fois plus grosses environ que les leucocytes environnants, les massues, à elles seules, permettent d'affirmer un diagnostic d'actinomycose (bien que Fischel, de Prague, et plus récemment MM. Cornil, Babès, aient signalé des formations analogues dans des cultures de tuberculose vieillies) ; il suffira donc, pour les besoins de la pratique, de chercher à les colorer dans le grain jaune.

Le critérium de l'inoculation est d'ailleurs plus délicat à établir que pour la tuberculose ; aujourd'hui encore, soit l'inoculation aux animaux, soit les cultures sur milieux artificiels, exigent des techniques délicates, possibles seulement avec toutes les ressources et tous les loisirs d'un laboratoire. Ce qui les rend difficiles surtout, c'est l'association habituelle, dans les lésions de l'homme, d'un microbe pyogène ou saprophyte, à l'actinomyces, qui, mis en symbiose avec ces micro-organismes, ne tarde pas à disparaître devant leur multiplication plus rapide. Ce dernier fait explique qu'en clinique, dans les vieux foyers infectés secondairement, on puisse ne plus retrouver de grains jaunes.

Au point de vue de la contagion, bien que l'actinomycose soit très fréquente chez les herbivores, et en particulier chez les bovidés, où le parasite fut pour la première fois observé par Harz en 1877, il semble nettement établi aujourd'hui que l'infection est réalisée la plupart du temps par l'intermédiaire des végétaux, sur lesquels l'actinomyces se développe facilement et se conserve indéfiniment, en revêtant des formes de résistance (*spores*) beaucoup plus dangereuses pour l'homme, que les formes de dégénérescence (*massues*), constatées chez les animaux. D'ordinaire, c'est un grain de céréales ou un brin d'herbe, mâchonné et avalé par inadvertance, ou employé comme cure-dent, qui sert de véhicule au parasite. Plus rarement, on a pu incriminer des poussières inhalées et transportées directement dans les voies respiratoires, par exemple au cours du battage des céréales. Aussi les lésions affectent, de préférence, les tissus voisins des orifices naturels ou des cavités internes en communication avec l'extérieur : tube digestif, poumon, etc., et les habitants des campagnes sont plus exposés à la maladie que ceux des villes.

Une fois fixé dans les tissus, l'actinomyces détermine, par diapédèse des leucocytes et transformation *in situ* des éléments fixes, la formation d'un nodule infectieux, d'abord très semblable au follicule de Köster dans la tuberculose. Autour du grain jaune se tassent en couronne des cellules épithélioïdes, dont les plus centrales, très altérées, subissent la dégénérescence et la fonte granuleuse, tandis que

(1) Toutes ces observations ont été publiées dans diverses thèses ou recueils, et nous devons, à ce propos, citer les noms de plusieurs internes de l'Hôtel-Dieu : MM. Briau, Bert, X. Delore, Pétouraud, Etiévant, Berchoux, etc.

(2) Dans son Atlas de microbiologie, M. Doyen dit qu'il a opéré en outre trois cas d'actinomycose : deux de la joue et un de la paroi thoracique (1897).

(3) Voir : *Actinomycose*, par R. Blanchard, et *Traité de pathologie générale* de Ch. Bouchard, t. II.

les moins malades sont dans un état de tuméfaction trouble, bien décrit par Unna et par Audry. Des globules blancs, peu modifiés, constituent les couches les plus périphériques du follicule; autour d'eux, un peu refoulés et enflammés, apparaissent les éléments du tissu infecté. Dans les lésions plus anciennes et surtout dans les foyers en voie de guérison, le processus fibreux domine, comme dans le nodule tuberculeux de Friedländer. Tout autour de la bordure de leucocytes se voient des strates conjonctives, en anneau plus ou moins épais, qui séparent le nodule des éléments voisins. La cellule géante est exceptionnelle toutefois, elle se rencontre seulement dans les très vieux nodules en voie de résorption (Pawlowski et Maksoutow).

Au contact du parasite, les tissus réagissent peu. Souvent les vaisseaux ne présentent que des lésions minimes de leurs parois; cette absence de péri et d'endartérite, coïncidant avec la tuméfaction trouble des cellules du nodule, distingue parfois assez nettement l'actinomycose de la syphilis et de la tuberculose, pour que le diagnostic histologique puisse en être proposé, sinon affirmé, même en l'absence des grains jaunes.

La progression des lésions se fait le plus ordinairement par continuité, suivant un processus de forage, un « *travail de taupinière* ». Le parasite avance dans les tissus, au hasard des résistances qu'il rencontre le long des interstices aponévrotiques et des gaines vasculaires, pour englober dans le même foyer d'infection tous les plans d'une région : périoste, muscles, tissu sous-cutané et peau. Quand il arrive, par effraction, dans un vaisseau sanguin, il peut ensemencer, par embolie, le poumon, le foie, la rate, le rein, le cerveau, etc.; de même, par la voie lymphatique, il peut infecter les grandes séreuses : méninges, péricarde, plèvre et péritoine (*actinomycose pyohémique*). Mais ce sont là, pour le parasite, des modes de progression exceptionnels : *les lymphangites et surtout les adénites mycosiques constituent des raretés*. Habituellement, il procède par envahissement continu, et tandis que les premières galeries qu'il a creusées se réparent en arrière de lui, au point qu'il est souvent impossible d'en retrouver la trace, il occupe de nouveaux tissus, déterminant à son approche des phénomènes congestifs plus ou moins diffus, rarement aigus, en général chroniques, qui aboutissent à la production d'un œdème bien spécial, dont l'impression au doigt est intermédiaire entre la *dureté des tumeurs et l'empâtement plus mou des inflammations*.

Alors, au bout d'un temps qui varie avec la profondeur initiale du foyer, les téguments d'abord fixés aux plans sous-jacents, sont amincis, soulevés par des nodosités, d'une coloration bleuâtre, livide, qui s'ulcèrent presque toujours, pour donner lieu à des fistules habituellement multiples, dont le suintement même prolongé ne détermine qu'un affaissement incomplet de ces élevures. Ces fistules offrent cette particularité intéressante, que quelques-unes se cicatrisent, à côté ou au milieu d'autres foyers en pleine activité. Elles laissent écouler une sérosité louche, entraînant, avec les grains jaunes, des fongosités molles, chargées de sang, s'écrasant facilement sous le doigt. Quand la suppuration se produit, on admet généralement que des infections secondaires se sont surajoutées, bien que MM. Bollinger et Netter croient au pouvoir pyogène de l'actinomyces.

Le tissu dans lequel le parasite se fixe de préférence est le tissu conjonctif. Même dans les localisations intestinales, pleuro-pulmonaires, hépatiques, rénales, les lésions parenchymateuses cèdent toujours le pas aux lésions interstitielles qui les ont précédées. Et parmi les formations conjonctives elles-mêmes, *c'est le tissu cellulaire lâche qui est surtout envahi*; les aponévroses résistent plus que les vaisseaux et que les muscles, qui arrivent à un état de bouillie jaunâtre, comparable à de la peau de chamois macérée. Les localisations osseuses sont exceptionnelles à titre primitif. Longtemps l'os reste indemne sous son périoste infecté; et, quand il est envahi à son tour par le parasite, il est persillé, excavé sans réactions condensantes. Certaines lésions centrales, de même que les ostéo-sarcomes, peuvent boursoufler une portion de l'os et simuler, à s'y méprendre, une tumeur maligne : *actinomycome des os* (Bollinger, Ducor, Poncet). Il s'agit alors de l'actinomycose à *forme bovidée*, qui a été, jusqu'à présent, rarement observée chez l'homme.

Malgré l'opinion de Bollinger, l'actinomycose primitive des centres nerveux et des méninges reste encore à démontrer.

Quant à la répartition des foyers mycosiques suivant les différentes régions, elle est commandée par le mode même de la contagion, et, sur ce point, la plupart des statistiques concordent.

A l'étranger, Illich, Sokolow, Gudder, pour un total de plus de 500 cas, arrivent aux chiffres moyens suivants :

Tête et cou (y compris la cavité buccale et la langue), 55 p. 100.

Les quatre cinquièmes des cas occupent la région des maxillaires ou temporo-maxillaires.

Poumons et thorax, 20 p. 100.

Abdomen, 20 p. 100 (Sokolow, 12 p. 100; Gudder, 37 p. 100).

Localisations diverses, 5 p. 100.

En France, les 66 cas observés jusqu'à la fin de 1896 se divisent ainsi :

Face et cou	53 cas. . . .	85 p. 100.
Thorax et poumon. .	8 —	15 p. 100.
Intestin et abdomen .	3 —	2 p. 100.
Membres	2 —	4 p. 100.

Mais, certainement, plusieurs faits d'actinomycose abdominale et surtout *appendiculo-cæcale*, qui est la localisation habituelle dans l'abdomen, ont dû passer inaperçus, depuis que cette affection est à l'ordre du jour. Cette forme, en effet, reste longtemps torpide, ainsi que l'a fait remarquer Grill dans une étude, où il a réuni cent dix cas d'actinomycose de l'abdomen. Ainsi s'expliquent également les divergences d'appréciation entre Sokolow et Gudder.

Il faudrait un cadre plus vaste pour contenir, même résumés, les détails cliniques de chacune de ces localisations, qui, heureusement, ont entre elles un air de parenté, propre à fixer l'attention, dès que les lésions sont visibles à l'extérieur. Tant qu'elles restent profondes, par contre, elles évoluent avec des caractères d'une banalité telle, qu'on ne peut émettre sur leur nature que des suppositions. Le diagnostic d'actinomycose ne saurait être affirmé alors que si l'on a la bonne fortune de constater des grains jaunes dans les produits d'excrétion (crachats, urines) des organes supposés atteints, ou, ce qui est plus rare, dans les matières fécales (Zemann, Ransom). Lorsque, plus tard, les plans superficiels sont envahis, on a, pour se guider, des caractères généraux qui se succèdent dans l'ordre suivant : d'abord, une période de douleurs, à peu près constantes et plus ou moins aiguës, diffuses comme la zone d'induration

dans laquelle elles se produisent, puis des accidents inflammatoires plus ou moins nets, avec abcès, fistules, etc. Cette induration, rapidement très marquée et toujours accompagnée d'une tuméfaction notable, n'aboutit pas à la suppuration phlegmoneuse aiguë, à moins que des associations microbiennes ne soient en jeu. D'ordinaire, les parties molles, au début simplement œdématiées et indurées en masse, comme il adviendrait pour une tumeur un peu enflammée, changent ensuite de coloration par places, se boursouflent d'élevures, irrégulières, livides, de plus en plus ramollies, dont le contenu est enfin évacué après la formation de fistules, beaucoup plus souvent cutanées que muqueuses. Le liquide qui s'en écoule est séro-sanguinolent, il est mêlé de débris fongueux et de grains jaunes. S'agit-il d'un pus franc, on peut y trouver encore des grains en quantité, mais on ne doit pas oublier qu'ils peuvent manquer complètement, le champignon ayant disparu dans sa symbiose avec les microbes de la suppuration. Il en est de même pour les produits des très vieilles fistules.

A ces caractères généraux s'ajouteront, sans doute, dans l'avenir, des signes locaux de plus en plus précis, à mesure que l'on aura suivi plus attentivement et sur un plus grand nombre de cas l'évolution de la maladie : telle cette *induration scléreuse de la langue*, qui la fait donner à l'affection, chez les bovidés, le nom de : *langue de bois*, — tel aussi, pour l'actinomycose temporo-maxillaire, *le trismus serré, précoce, douloureux et persistant* que nous croyons le plus caractéristiques, — telle, pour l'actinomycose thoracique, *la coexistence de phénomènes pleuro-pulmonaires, avec des signes de médiastinite ou de tumeur du médiastin ayant envahi les parois de la cage thoracique*. Cette étude méthodique des symptômes locaux s'impose ; elle est d'ailleurs poursuivie, chez nous, depuis quelques années, dans des monographies déjà nombreuses ; pour la peau ou plutôt pour le tissu cellulaire sous-cutané, habituellement le premier envahi (Taburet, Dubreuilh et Sabrazès, Monestier, Ringeard), pour la région cervico-faciale (Poncet, Besse, Jirou, etc.), pour la langue (Bonnet, Claisse), pour les maxillaires (Poncet, Quenet, Thollon, Rochet, Ducor), pour l'œsophage (Garde), pour le cæcum et l'appendice (Hinglais, Gangolphe), pour le poumon (Netter, Pic, Reboul, Naussac), pour les centres nerveux (Job).

La plupart de ces travaux ont eu pour point de départ des actinomycosiques observés dans notre clinique et présentés, après vérification microscopique du parasite (Dor), soit à la Société de Médecine, soit à la Société des Sciences médicales (voir *Lyon médical* depuis 1892). C'est avec la précieuse collaboration de notre chef de laboratoire, le docteur L. Dor, qu'ils ont été menés à bien. Ses recherches expérimentales et microbiologiques (Dor, Bérard) nous ont fourni, en outre, des données fort intéressantes sur les mycoses dans la pathologie humaine.

Mais, en définitive, si ces éléments plus précis d'un diagnostic clinique peuvent servir à différencier l'actinomycose, des tumeurs et des inflammations chroniques qu'elle simule, la tuberculose et la syphilis en premier lieu, le seul critérium continuera probablement à résider, dans l'examen microscopique du grain jaune. La simple constatation de ce grain ne saurait plus, en effet, suffire pour être affirmatif. Il est probable que beaucoup de champignons parasites affectent, dans les tissus, la disposition en granulations, et, après le pied de Madura, on a pu décrire plusieurs *pseudo-actinomycoses à grains jaunes*. L'an dernier, nous avons observé avec Dor, chez trois malades de la clinique, une de ces formes, caractérisée par les dimensions considérables des grains et par la disposition du mycélium en long chevelu, sans massues. (A. Poncet, *Des pseudo-actinomycoses*, Cong. franç. de chirurg. 1896, et Guignot, Th. de Lyon, 1896).

Le traitement ioduré lui-même, considéré depuis Thomassen comme pierre de touche et comme remède spécifique, ne peut pas toujours servir au diagnostic. D'une part, il risque de faire confondre avec la syphilis les actinomycoses qu'il guérit, et, d'autre part, il est parfois impuissant, comme nous nous en sommes maintes fois rendu compte, vis-à-vis de certaines actinomycoses, particulièrement malignes par la résistance plus grande du champignon ou la réceptivité plus considérable du sujet infecté.

Ces variations de virulence expliquent déjà les différences de gravité, mais le pronostic est plus encore subordonné à la localisation même de la lésion et à la présence ou à l'absence d'infections secondaires. C'est ainsi qu'en principe, un foyer profond ou voisin des centres nerveux est toujours dangereux en raison de l'envahissement possible de viscères essentiels. *La mortalité, réduite à* 3 *p.* 100 *dans les formes cutanées, s'élève à* 70 *p.* 100 *dans les localisations abdominales, à* 83 p. 100 *dans le poumon et à près de* 100 *p.* 100 *pour le cerveau.*

Il est donc urgent de dépister de bonne heure le parasite et de le rechercher, de parti pris, dans tous les produits d'excrétion et de suppuration suspects. Dès que sa présence sera constaté ou plutôt dès qu'on aura de fortes raisons de la supposer, l'iodure sera administré, suivant les mêmes règles, que chez les syphilitiques. Il ne faut pas toutefois se faire d'illusions sur l'efficacité de ce médicament. Il ne sera souvent qu'un adjuvant utile au traitement chirurgical : débridement, grattage, cautérisations modificatrices, ablation, etc., absolument indiqué, toutes les fois que le foyer sera accessible à l'opérateur.

Cette notice, qui est une vue d'ensemble sur l'actinomycose humaine, une sorte d'introduction à l'étude de cette maladie dans notre pays, a été rédigée avec des documents personnels et surtout lyonnais. Nous avons relaté tous les cas publiés en France, et, à en juger par leur nombre, qui dépasse déjà le chiffre de soixante-dix (1), il n'est pas douteux que l'actinomycose s'y trouve aussi fréquente que dans les pays voisins. La plupart des dessins qui figurent dans le rapport ont été empruntés au chapitre ACTINOMYCOSE OSSEUSE (A. Poncet) du *Traité de chirurgie* publié sous la direction de MM. S. Duplay et P. Reclus. Tome II, 2ᵉ édition, Paris 1897.

(1) Depuis l'article de la *Gazette des hôpitaux* (février-mars 1896) sur l'*Actinomycose humaine*, article qui est accompagné d'une bibliographie très complète, diverses observations françaises ont été publiées et parmi les travaux lyonnais, nous devons citer les thèses suivantes :

De l'actinomycose pulmonaire ; Naussac, Thèse de Lyon, 1896.

De l'actinomycose œsophagienne ; Garde, id.

De l'actinomycose des centres nerveux ; Job, id.

Du sarcome actinomycosique (*actinomycose néoplasique*); Thollon, id.

Sur une dermite perlée, non décrite, à allure clinique d'actinomycose ; Rouffiandis, id.

Des pseudo-actinomycoses (*nouvelle mycose à grains jaunes*) *;* Guignot, idem.

Essai sur l'actinomycose appendiculo-cæcale (*appendicite et typhlite actinomycosique*) ; Hinglais, id.

De l'actinomycose de la langue, Bonnet, id.

De l'actinomycose animale, en particulier dans la région lyonnaise ; Demias, id.

Comme nous l'avons dit bien souvent, et en particulier à l'Académie de médecine, dans diverses communications, *il suffit de rechercher l'actinomycose pour la trouver*. De telles recherches s'imposent systématiquement, car la maladie est, dans l'espèce humaine, *commune et redoutable.*

DES TROUBLES DE LA MENSTRUATION
DANS LES MALADIES DU CŒUR

Par le docteur Alfred GUILMARD.

Les maladies du cœur influencent la menstruation dans son apparition : à la puberté; dans sa disparition : à la ménopause; et pendant la vie génitale.

La puberté peut être avancée ou retardée par une cardiopathie ; les lésions mitrales tendent plutôt à la retarder, les aortiques à l'avancer. Des hémorragies utérines surviennent parfois dès ce moment.

Pendant la vie génitale, les femmes sont exposées aux ménorrhagies, aux métrorrhagies, à la dysménorrhée et au catarrhe utérin.

La ménopause, contrairement à la puberté, paraît hâtée par les lésions mitrales et retardée par les lésions aortiques. Les métrorrhagies de la ménopause ne sont pas rares. L'hypertension artérielle et l'artério-sclérose entrent pour une bonne part dans leur production. On voit aussi, mais rarement, se produire des pertes, chez des femmes âgées, longtemps après la ménopause.

Les hémorragies utérines ne s'observent que chez les cardiaques en état d'eusystolie ou d'hyposystolie ; elles font place à l'aménorrhée, dès que survient l'asystolie confirmée.

THÉRAPEUTIQUE

Liniment révulsif contre le lumbago.

Baume de Fioraventi. . . .	20	grammes.
Alcool camphré.	10	—
Laudanum de Rousseau . . .	10	—
Essence de térébenthine. . .	2	—
Chloroforme	5	—

M. s. a. — Usage externe. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 août 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

COMMUNICATIONS

Contribution à l'étude de la pathogénie et de la prophylaxie de la tuberculose. — M. DUBOUSQUET-LABORDERIE, en son nom et au nom de M. Duchesne, fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Un acarien dans les vins de raisins secs. — M. TROUESSART signale la présence d'un acarien dans certains vins, en particulier dans les vins fabriqués avec des raisins secs. La chose méritait d'être signalée, car jusqu'ici les liquides, et particulièrement les liquides alcooliques, semblaient à l'abri des acariens, qui vivent habituellement sur toutes les substances alimentaires sèches, mais conservées dans des locaux humides et obscurs, circonstances favorables aux végétations cryptogamiques qui attirent ces acariens. On doit aujourd'hui revenir sur cette opinion trop absolue. Les acariens des vins sucrés sont parfaitement vivants, et le grand nombre de jeunes que l'on trouve à côté des adultes prouve que l'espèce s'y reproduit facilement, malgré la forte quantité d'alcool que contient le liquide ambiant.

C'est à la surface du liquide, lorsque celui-ci n'est pas troublé par l'agitation dans les fûts et les bouteilles, que les acariens se tiennent, au milieu d'une sorte de *voile* rappelant celui de la fleur de vin.

Quelle est l'origine de l'acarien? Il est probable que la plupart des vins où l'on trouve le carpoglyphe sont des vins de raisins secs, et que l'acarien passe directement des raisins desséchés et conservés une ou plusieurs années dans le liquide fabriqué au moyen de ces raisins.

Lorsqu'un vin naturel est envahi par l'acarien, on peut affirmer que ce vin a été infecté par le fût mal nettoyé dans lequel on l'a mis, et qui a dû contenir précédemment du vin contaminé. D'où la nécessité de passer les tonneaux à l'eau bouillante, avant de les remplir.

Quant aux vins contaminés, il est indispensable de les filtrer avec soin, avant de les livrer à la consommation ou de les mettre en cave. Les tonneaux et les bouteilles devront être bouchés avec soin, pour empêcher la réintroduction du parasite.

De l'albuminurie dyspeptique. — M. ROBIN fait une communication sur ce sujet. Depuis les travaux de Gubler, de Semmola, tout le monde admet l'existence d'albuminuries fonctionnelles, d'albuminuries sans lésions. Ces albuminuries fonctionnelles doivent être divisées en albuminuries d'origine hépatique, d'origine nerveuse, d'origine alimentaire ou d'origine dyspeptique. C'est de cette dernière que veut aujourd'hui s'occuper M. Robin.

L'albuminurie d'origine dyspeptique est extrêmement fréquente, puisque, sur 1,610 cas de dyspepsie, M. Robin l'a constatée 300 fois. Cette albuminurie a des caractères très particuliers qui la distinguent, non seulement de l'albuminurie brightique, mais aussi de toutes les autres variétés d'albuminurie. Elle est caractérisée par des signes du côté de l'estomac, des symptômes subjectifs et objectifs présentés par les malades, par les caractères de l'urine, par des modifications dans les échanges généraux et dans les échanges respiratoires. En présence d'une dyspepsie, il faut toujours examiner l'urine. M. Robin passe en revue ces différents caractères.

Du côté de l'estomac, on trouve les symptômes qui constituent ce que M. Robin a appelé l'hypersthénie gastrique : l'appétit est conservé, parfois même augmenté ; on constate une distension variable de l'estomac, caractérisée par un clapotage pouvant s'étendre jusqu'au-dessous de l'ombilic; il y a une augmentation de volume du foie, de la constipation habituelle se traduisant, non seulement par de la rétention, mais par des accumulations de matières fécales dans le colon, jusque dans le cæcum. L'analyse du contenu stomacal après le repas d'épreuve y décèle la présence de l'acide chlorhydrique libre, d'albumine.

Les caractères présentés par les malades sont les suivants : grande sensation de faiblesse, de fatigue malgré la conservation de l'appétit, pâleur du visage; jamais il n'y a d'œdème ni des paupières, ni des régions malléolaires. Les autres symptômes sont un état nerveux accentué, du vertige stomacal.

La présence de l'albumine dans l'urine est irrégulière ou continue; il y a seulement quelques centigrammes d'albumine. Jamais il n'y en a dans l'urine du matin. Cette albumine subit des variations considérables, suivant les modes d'alimentation, suivant que le malade suit le régime lacté, le régime végétal ou le régime animal. Cette constatation a,

comme on le verra, une grande importance au point de vue du traitement. Cette albumine n'est jamais constituée que par de la sérine pure. Jamais il n'y a de globuline. On ne trouve jamais non plus de cylindres dans les urines. Enfin, si l'on fait mettre le malade au lit, l'albumine disparaît aussitôt.

Les caractères présentés par les urines sont les suivants : chauffée, l'urine se trouble ; il y a de la phosphaturie. On constate également la présence de l'indican et la présence de cristaux octaédriques d'oxalate de chaux.

Que présentent les échanges généraux ? des caractères très variables ; mais il y en a deux qui dominent : c'est d'abord l'augmentation du coefficient d'oxydation des matières azotées, c'est ensuite la déminéralisation. Au point de vue des échanges respiratoires, on constate une diminution considérable de la ventilation pulmonaire. La proportion d'oxygène absorbé est très diminuée.

Quelle est la pathogénie de ces accidents ? Il y a une théorie toxique, généralement admise, qui admet que cette albumine est la conséquence de toxines passant dans l'organisme et s'éliminant par les reins.

M. Robin s'inscrit en faux contre cette interprétation. S'il en était ainsi, en effet, on devrait trouver ces toxines dans le liquide stomacal. Or, toutes les recherches de M. Robin ont été nulles à ce sujet, tant au point de vue chimique qu'au point de vue physiologique. M. Robin fournit l'explication suivante : La présence de l'albumine dans le liquide stomacal, constatée après le repas d'épreuve, agit en qualité de corps étranger. C'est le passage dans l'urine de l'albuminurie alimentaire. C'est un véritable corps étranger qui passe dans l'urine et s'élimine avec elle.

Cette interprétation conduit à un traitement rationnel. Ces albumines, quand elles sont traitées à temps, guérissent toujours. Si on les abandonne à elles-mêmes, le rein finit par s'altérer et l'on arrive alors aux frontières du mal de Bright. Il importe donc de traiter ces albuminuries.

Pour savoir quel régime convient à ces maladies, il faut leur donner, le matin, un repas constitué exclusivement de lait ; à midi, un repas de légumes ; le soir, un repas de viande.

Après la digestion de chacun des repas, on recueille l'urine émise, on recueille aussi l'urine de jeûne. Suivant le régime qui donne le moins d'albumine, on met le malade à ce régime.

C'est en général le régime lacté qui réussit le mieux. Le lait doit être ingéré par petites gorgées. Pendant la période de régime lacté, le malade doit être mis complètement au lit. Ce régime lacté ne doit pas être continué très longtemps. On doit peser les malades tous les trois jours. Tant qu'ils augmentent de poids, il faut continuer le régime lacté. Dès qu'ils n'augmentent plus, il faut donner un régime mixte.

PRÉSENTATION

Corps étranger de l'œsophage. — M. MONNIER présente deux radiographies provenant d'un enfant de cinq ans qui avait avalé, en juillet 1896, une pièce de monnaie de la dimension de 1 franc : un cathétérisme, sous le chloroforme, fit cesser la dysphagie intense consécutive à l'ingestion de la pièce, mais ne permit pas, paraît-il, de sentir celle-ci. La première radiographie fait voir la pièce, placée verticalement, arrêtée au niveau de la jonction de la troisième avec la quatrième dorsale. La seconde la montre fixée sur la paroi antérieure.

M. Monnier, pendant huit jours, apprit à l'enfant à tolérer une sonde introduite par le nez jusqu'au tiers supérieur de l'œsophage et, le 9 juillet, il fit l'œsophagotomie externe, qui lui permit d'arriver exactement sur la pièce métallique, qu'il sentit avec l'index gauche introduit dans l'œsophage par l'ouverture de 18 à 20 millimètres qu'il avait pratiquée. A l'aide de l'ongle, il désenchatonna la pièce et la retira avec une pince à polype ordinaire.

Suites opératoires très satisfaisantes : sonde nasale enlevée le cinquième jour, et le quatorzième jour il ne s'écoule plus rien par la plaie œsophagienne, qui s'était ouverte à nouveau malgré la sonde.

L'auteur montre l'importance des rayons de Röntgen chez cet enfant, puisque ce sont eux qui ont légitimé l'opération, le cathétérisme n'ayant donné aucune sensation appréciable entre les mains du premier chirurgien qui l'avait pratiqué. Il rappelle un fait observé pendant son internat en 1883 : le chirurgien ne sentit pas, avec le doigt, le corps étranger recouvert par une sorte de valvule muqueuse, comme le montre le dessin qu'il présente : les rayons de Röntgen, en le décelant, auraient incité l'opérateur à persister dans ses recherches et probablement sauvé l'enfant.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments d'ophtalmologie (1), par MM. TRUC et VALUDE.

Ce traité d'ophtalmologie en deux volumes est conçu sur un plan tout particulier et ne reproduit pas la division connue des autres ouvrages classiques.

On y trouve, en plus des parties ordinaires, des chapitres de séméiologie, d'autres où sont traités les rapports des affections oculaires avec les maladies générales, telles que le rhumatisme, la goutte, la tuberculose, la lèpre, la syphilis, etc. ; d'autres, enfin, où sont décrits, à part, les éléments morbides similaires : tumeurs, blessures, hémorragies, états congénitaux, etc., ce qui permet de les apprécier dans leur ensemble.

Ce nouveau mode d'exposition est destiné à rendre principalement service aux médecins non spécialisés qui peuvent facilement, étant donné un symptôme oculaire, remonter à la source et reconnaître sa signification morbide.

De plus, bon nombre de sujets, généralement assez peu étudiés dans les classiques, ont été esquissés : histoire générale et spéciale de l'ophtalmologie, anthropologie, anatomie comparée, esthétique oculaire, technique du laboratoire, blessures de guerre, pathologie vétérinaire, répartition géographique des maladies oculaires, hygiène des malades ou des opérés, nomenclature des asiles d'aveugles, bibliographie générale.

Le but, en somme, a été de réunir, en un seul livre, ce qui forme l'objet de nombre d'ouvrages distincts, de façon que tous les renseignements désirables puissent être facilement obtenus par le lecteur.

La mort réelle et la mort apparente (2). Nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente, par le docteur S. ICARD.

Ce livre intéresse tous ceux que préoccupe la solution du redoutable problème du diagnostic de la mort. Le péril des ensevelissements hâtifs a été considérablement exagéré, mais néanmoins la crainte qu'ils inspirent se trouve justifiée par certains faits que l'on ne saurait révoquer en doute.

M. Icard passe d'abord en revue tous les signes de la mort connus jusqu'ici ; il en discute la valeur et l'importance. Dans une seconde partie, il expose ses recherches personnelles et décrit une nouvelle méthode dont il est l'auteur ; il en démontre la certitude par des preuves expé-

(1) Deux vol. in-8° avec planches et fig. Prix : 20 francs. — Paris, A. Maloine.

(2) In-12. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

rimentales et cliniques et en fait l'application au diagnostic des principaux états de mort apparente.

L'ouvrage se termine par l'étude de la mort apparente et par l'exposé des lois et des mesures administratives qui, chez les différents peuples, et plus spécialement en France, président aux inhumations.

La puberté chez la femme (1). Étude physiologique, clinique et thérapeutique, par les docteurs Ch. BARBAUD et Ch. LEFÈVRE.

Cette intéressante monographie débute par une description des divers processus physiologiques, dont l'ensemble marque cette délicate période de la vie féminine. Une telle description impliquait forcément un exposé anatomo-histologique résumé des organes, en voie d'évolution, qui concourent à la production de ces phénomènes. Vient la discussion de l'influence des climats, des conditions sociales. Ce premier acte, d'une importance capitale, ne doit pas être confondu avec la nubilité. Cette distinction amène la critique de notre législation, au sujet des mariages trop précoces. Il y a dans nos lois de saisissants illogismes, qui sont mis en évidence. Très curieuse aussi la narration clinique des signes physiques et psychiques de la puberté, tant dans la classe riche que dans la classe pauvre.

Nous arrivons à l'exposition des états pathologiques si complexes, dont les causes sont détaillées avec le plus grand soin. Cette partie du travail présente un vif intérêt, surtout celle qui a trait aux désordres de l'appareil utéro-ovarien et aux troubles nerveux, si variés et si protéiformes.

De nombreux détails abondent, qui doivent apporter le correctif nécessaire aux manifestations morbides communes à cette période critique de la vie des jeunes filles. Nous entendons parler ici du traitement hygiénique et moral, applicables à cette phase si souvent troublée de l'existence virginale. Cette étude se termine par un ensemble de considérations sur le traitement des troubles et complications inhérents à cet âge.

(1) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, Maloine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 14 août 1897, un concours s'ouvrira le 18 février 1898, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Besançon.

Un autre concours s'ouvrira, le 17 février 1898, devant l'École supérieure de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Besançon.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 août 1897, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Grand-Moursel, Jabin-Dudognon et Gazeau.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Conan, Masurel, Moussoir et Lefèvre.

— Par décret, en date du 17 août 1897, M. Clavel, médecin en chef de deuxième classe des colonies, a été promu au grade de médecin en chef de première classe, pour prendre rang à compter du 1er du même mois.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 juin 1897, sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Ricci, à la Terrasse (Isère).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bonnet, médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère) ; Gastou, à Aix-les-Bains (Savoie); Gonthier, à Moutiers (Savoie); Laffin, à Sallanches (Haute-Savoie); Montoya (de Paris) ; et Romain, médecin de l'École normale d'institutrices de Valence (Drôme).

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juillet 1897, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Delmas, médecin principal de deuxième classe, chef de l'hôpital militaire de Rennes; et Renard, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 1er corps d'armée.

Officier d'Académie. — M. le docteur Larue, médecin-major de deuxième classe.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Didion, chevalier de la Légion d'honneur, médecin honoraire des hospices de Metz, décédé à Nancy, où il s'était fixé depuis la guerre, à l'âge de soixante-dix ans.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quelques observations sur l'alimentation des nouveau-nés et de l'emploi raisonné du lait stérilisé (travail du laboratoire de la polyclinique H. de Rothschild), par Henri de Rothschild, ancien moniteur d'accouchement à la Charité, externe des hôpitaux. Un volume in-8o de 152 pages, avec 45 tracés en deux couleurs dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Neurosine Prunier — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 96. — MARDI 24 AOUT 1897. 70e ANNÉE. MARDI 24 AOUT 1897. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 23 août 1897.

Le Congrès international des sciences médicales s'est ouvert à Moscou jeudi dernier sous la présidence du grand-duc Serge Alexandrovitch.

Le ministre de l'instruction publique a souhaité la bienvenue aux congressistes; puis le président du Congrès, M. le professeur Sklifossowski, a pris la parole. Après vient l'exposé fait par le secrétaire général sur l'organisation matérielle et scientifique du Congrès. Le comité a élu les présidents d'honneur de ses séances. Ce sont : pour la France, MM. Grasset, Lannelongue, Le Dentu et Pinard; pour la Suisse, MM. Kocher et Roux.

A cette séance d'ouverture, MM. Lander Brunton (de Londres), Lannelongue (de Paris) et Virchow (de Berlin) ont pris successivement la parole.

M. Lander Brunton fait voir le mutuel appui que se prêtent la physiologie, la pharmacologie et la pathologie. Ces sciences se sont développées parallèlement avec une grande rapidité. Elles forment un faisceau uni et les progrès de l'une servent au développement de l'autre. L'orateur passe en revue les diverses conquêtes que la médecine pratique a retirées des connaissances combinées de ces différentes sciences, et il termine en rendant hommage à Pasteur, ce chimiste auquel la médecine doit le plus grand pas qu'elle ait jamais fait dans la voie du progrès.

M. Lannelongue avait pris, pour thème, un sujet qui lui est favori : **Du traitement des tuberculoses chirurgicales et particulièrement des tuberculoses ostéo-articulaires.**

Après avoir fait l'historique de la question et montré les phases qu'elle a traversées, il insiste sur l'intervention prompte aussi rapprochée que possible du début du mal. Ce traitement rapide du foyer initial prévient les difformités, supprime les infections secondaires et s'oppose au xgénéralisations.

L'orateur insiste sur la curabilité des tuberculoses chirurgicales. Un rôle de premier ordre est acquis aux méthodes qui assurent le repos des régions malades et préviennent les mauvaises attitudes. L'immobilisation est un des grands facteurs thérapeutiques des tuberculoses locales. Mais ce n'est que l'adjuvant d'une action plus directe, cherchant à débarrasser l'organisme du bacille et de ses produits.

M. Lannelongue passe en revue toutes les méthodes sanglantes, résections, évidements, extractions de séquestres, amputations, etc., injections modificatrices; il montre les causes de récidive et de généralisation, tenant à ce que ce mal a déjà diffusé loin de la zone suspectée, et enfin il arrive à la méthode sclérogène, dont nos lecteurs ont maintes fois déjà lu la description.

Après la cure de la lésion locale, M. Lannelongue recherche si l'on peut s'opposer aux récidives, car il n'existe pas chez l'homme d'immunité conférée par une première atteinte, et les inoculations, les tuberculines et tous les moyens dirigés jusqu'ici contre le virus tuberculeux n'ont pas encore abouti à modifier ou à atténuer la vitalité du bacille.

M. Virchow s'est placé sur le terrain de la philosophie. Il a voulu démontrer que rien ne mourait, que la continuité de la vie devait être regardée comme un article de foi. Rien ne se fait par génération spontanée : pour qu'une cellule prenne naissance, il faut qu'une autre cellule lui ait donné la vie. La pathologie n'est qu'une branche de la biologie. La cellule vit et se transforme suivant des lois immuables; mais ces transformations peuvent être modifiées par des causes extrinsèques. Ce sont ces modifications dans la vie cellulaire qui constituent les maladies.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (1)

Par le docteur J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

Si la question des indications opératoires est des plus délicates, bien qu'elle doive, à mon avis, être résolue dans le sens le plus large, la question de la technique ne l'est pas moins.

Les premières difficultés commencent avec l'anesthésie. Il me paraît hors de doute que l'anesthésie générale, qu'elle soit obtenue par l'éther ou par le chloroforme, présente, chez les malades surinfectés, un caractère d'incontestable gravité. Sans doute, elle est précieuse pour l'exploration de la cavité abdominale, mais je suis convaincu que, dans les cas déjà très graves par eux-mêmes, elle assombrit fortement le pronostic, et lorsqu'on voit l'anesthésie générale

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 891.

provoquer des syncopes et parfois des accidents mortels chez des malades dont la santé générale est excellente, il ne faut pas s'étonner que, chez ceux qui sont déjà presque frappés à mort par la septicémie péritonéale, elle puisse suffire à précipiter les accidents suprêmes.

Je crois donc que, dans les cas où l'intoxication est évidemment profonde, il faut le plus possible s'abstenir d'endormir les malades. Cela est d'autant plus facile que, grâce à la cocaïne, nous possédons un excellent moyen d'explorer la cavité abdominale sans les faire souffrir. Sans doute, après l'incision de la paroi à la cocaïne et l'ouverture du péritoine, l'exploration profonde ne saurait être aussi complète que lorsque le malade est entièrement endormi. Mais elle est souvent suffisante, et c'est tout ce qu'on lui demande.

Dans les infections péritonéales aiguës d'origine puerpérale, tubaire, ou douteuse, en dehors des perforations intestinales évidentes, l'ouverture du péritoine, un nettoyage rapide et un large drainage sont la seule conduite à tenir, et il n'y a là ni exploration à faire ni sutures à exécuter.

Ces manœuvres, extrêmement simples, peuvent parfaitement se faire après incision de la paroi à la cocaïne. Elles sont très supportables et très bien supportées.

Le malade de l'observation X en est un exemple probant. C'est un des plus mauvais cas qu'il m'ait été donné de rencontrer. Il était certainement très malade au moment de l'intervention. Après incision à la cocaïne, le pus qui inondait le péritoine a été évacué; il a été convenablement drainé et nettoyé. Or, c'est le seul malade, parmi les surinfectés, qui n'ait été en aucune façon déprimé par l'opération, d'ailleurs fort rapide. Il se trouvait même très soulagé. Son pouls n'était pas plus faible et sa face était moins anxieuse. Bref, je suis convaincu, bien qu'il soit mort quelques heures après, que dans ce cas l'opération, si elle n'a pu le sauver, n'a pas aggravé sa situation, comme cela s'est passé régulièrement chez la plupart des malades opérés en pleine infection.

Mais, dira-t-on, précisément dans ce cas, cette anesthésie locale, timide et insuffisante, a empêché de faire une exploration complète du ventre, de trouver et d'oblitérer un ulcère de l'estomac et peut-être de sauver le malade. Or je prétends que, dans ce cas particulier, étant données la gravité de l'état général et l'ignorance où j'étais de la cause des accidents, je n'aurais point entrepris une exploration détaillée de tout le contenu abdominal. Si je l'avais essayé, le malade aurait probablement succombé dans mes mains. Je n'aurais pas fait autre chose que ce que j'ai fait.

D'ailleurs, si, à l'ouverture du ventre, on juge nécessaire l'exploration complète de l'abdomen, on est toujours à temps d'endormir le malade, d'autant plus que, chez les sujets déjà cocaïnisés, l'anesthésie est toujours rapide. C'est du reste la conduite que j'ai tenue dans l'observation VI, où, après incision à la cocaïne, me trouvant en présence d'une perforation intestinale évidente, j'ai jugé indispensable d'aller plus loin.

Mais dans les cas très graves, où il faut simplement ouvrir le ventre et drainer, de même que dans les cas bénins où la laparotomie ne montre aucune lésion intra-abdominale, l'incision à la cocaïne a cet immense avantage d'être suffisante, sans faire courir aux malades, déjà presque mourants ou tout au moins très déprimés, les dangers très réels d'une anesthésie générale qui ne peut que les déprimer plus encore. Il sera, je le répète, toujours temps de l'employer, une fois le ventre ouvert, si on la juge indispensable.

D'ailleurs on pourra souvent se contenter d'étourdir le malade avec l'éther ou le chloroforme. Il suffit qu'il perde connaissance pour qu'on puisse mener à bien l'opération sans courir les chances plus sérieuses d'une anesthésie profonde.

Une des difficultés les plus grandes est bien certainement le choix de l'incision.

Quand on n'a absolument aucun renseignement, aucun indice qui puisse permettre de localiser le point de départ de l'affection, c'est à l'incision médiane sous-ombilicale qu'on aura recours. C'est la plus commode, celle qui donne le plus de jour sur toutes les parties de l'abdomen, dont elle occupe le centre, celle enfin qui permet l'exploration la meilleure et la plus rapide.

D'ailleurs, si, au cours de l'opération, elle paraît insuffisante ou incommode, on n'hésitera pas un seul instant à l'agrandir, soit en la prolongeant vers le haut, soit en faisant tomber sur elle une incision perpendiculaire. On a ainsi une incision en T qui donne un jour énorme. Il faut en profiter. Le principal est d'y voir et d'y bien voir. Qu'importe une suture un peu plus longue, une cicatrice un peu plus grande, qu'importe même une légère éventration ultérieure! Ce sont là des inconvénients négligeables à côté des grands avantages que présente une grande et bonne incision.

L'incision médiane sous-ombilicale, parfaite pour les cas douteux, est également excellente dans les cas de péritonite généralisée d'origine puerpérale, dans lesquels il s'agit d'établir un bon drainage plutôt que de faire une bonne exploration.

Mais les cas sont assez fréquents où il peut être indiqué d'abandonner l'incision médiane sous-ombilicale pour la remplacer par une autre. Il faut pour cela qu'il y ait quelque part des signes positifs permettant de localiser le point de départ des accidents ou le maximum des lésions.

Parmi ces signes positifs, il en est un qui domine tous les autres : c'est *la douleur*. Quelle que soit l'affection qui réclame une intervention d'urgence, qu'il s'agisse d'un traumatisme, d'une perforation spontanée, d'une appendicite ou de toute autre cause, il est une règle presque absolue, c'est de voir le maximum de la douleur correspondre exactement au maximum des lésions.

Cela est vrai pour la rupture de l'intestin, cela est vrai pour l'appendicite, cela est vrai pour les perforations par ulcère de l'estomac, cela est vrai pour tous les cas.

Donc, lorsqu'on constatera un point beaucoup plus douloureux que le reste de l'abdomen, un point où la pression révèle une souffrance vive, constante et fixe, c'est en ce point qu'il faudra inciser. Il sera bien rare de n'y point rencontrer les lésions les plus importantes. Mais, dans bien des cas, on ne rencontre pas d'une façon nette ce point douloureux. Le ventre entier est sensible, hyperesthésié, réagissant au moindre attouchement. On ne trouve nulle part de localisation douloureuse un peu précise. Dans ces cas, où l'on pratique d'ordinaire la laparotomie sous-ombilicale, on peut, comme je l'ai fait dans l'observation X, passer sans le voir à côté du mal.

Dans ces conditions, l'étude de la *douleur initiale* a la plus grande importance. C'est au point où la douleur a commencé à se faire sentir, surtout si ce début a été

brusque, qu'on aura le plus de chances de trouver le mal et qu'il sera bon d'inciser. La généralisation de la douleur s'est faite en même temps que se généralisait l'infection. Quand celle-ci est diffuse, tout est douloureux. Mais le point de départ de la douleur marque clairement le siège primitif du mal. Encore est-il des exceptions à cette règle et n'est-il pas rare de voir, par exemple, une attaque d'appendicite commencer par une douleur péri-ombilicale qui se déplace peu à peu pour se fixer bientôt dans la fosse iliaque.

Je veux, à ce propos, insister sur un point qui me paraît peu connu et que je ne trouve, en tous cas, signalé nulle part.

C'est l'importance de la *douleur thoracique* dans ces affections abdominales. Lorsque le début des accidents est marqué par une douleur thoracique, qu'elle siège dans le dos, dans une épaule ou dans les deux, on peut affirmer qu'il s'agit d'une affection de la partie supérieure de l'abdomen, foie, vésicule biliaire, estomac.

Tout le monde connaît la douleur de l'épaule droite dans la colique hépatique, la douleur interscapulaire des affections gastriques. Je crois qu'il est permis de généraliser ce fait et de dire : Lorsque le malade présente ou a présenté au début des accidents une douleur thoracique prédominante, il faut aller chercher le mal dans la région sous-diaphragmatique, et faire la laparotomie sus-ombilicale. Pour ma part, c'est une règle que je me suis posée et que je n'enfreindrai pas tant que je n'aurai pas eu l'occasion de me convaincre de sa fragilité. L'observation X en est un exemple des plus remarquables. Cet homme, qui présentait une perforation de l'estomac par ulcère rond, avait ressenti brusquement, en ouvrant sa porte, une douleur vive avec maximum dans l'épaule gauche. Ignorant la cause des accidents, j'ai pratiqué l'incision sous-ombilicale. Aujourd'hui, dans des conditions analogues, j'inciserais au-dessus de l'ombilic.

La constatation de diverses particularités, sensation de tumeur profonde, contracture localisée des muscles de l'abdomen, *matité anormale* et qui peut être due, comme dans l'observation IX, à une inondation péritonéale par des matières intestinales, peuvent également fournir, dans des cas exceptionnels, des indications particulières pour le choix de l'incision. Mais aucun de ces signes n'a, tant s'en faut, l'importance de la douleur sur laquelle je viens d'insister.

(*A suivre.*)

HYSTÉRIE. HYSTÉRIE TRAUMATIQUE

Par le docteur Chaillous (de Saint-Macaire).

Observation I. — Eugénie L..., trente-sept ans. Crises gastralgiques de nature hystérique. Guérison.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel alcoolique. Père mort à cinquante-sept ans de tumeur de l'orbite. Mère existante atteinte de surdité presque complète. Une sœur très impressionnable ; un frère mort à l'âge de sept mois de méningite ; un frère atteint du délire de la persécution, ayant été interné dans un asile d'aliénés.

Antécédents personnels. — Eugénie L... dit n'avoir jamais été malade dans son enfance jusqu'à l'âge de vingt ans. Très impressionnable cependant, elle était atteinte d'une phobie spéciale, la peur de son ombre. Cette phobie a persisté jusqu'à l'âge de treize ans, époque à laquelle elle disparut à l'occasion d'un pèlerinage. A vingt ans, se trouvant à travailler, il lui prend le désir de manger une pomme verte, malgré le conseil de ses camarades qui lui disent que « cela lui fera du mal ». A peine avait-elle mangé cette pomme qu'elle fut prise d'une crise gastralgique violente. Ces crises persistèrent très douloureuses, si bien que tout travail devint impossible. Puis elles se compliquèrent de vomissements qui devinrent presque continuels, ne permettant à la malade de s'alimenter, sauf à de très rares intervalles, qu'avec des liquides : un peu de lait, de tisane, d'eau pure, le plus souvent rejetés.

Pendant toute cette période, les parents se demandent « comment Eugénie L... peut vivre ».

A partir de 1893, les crises gastralgiques, suivant l'expression de la malade, « descendent dans le ventre » qui devient très douloureux, sans d'ailleurs quitter l'estomac. De 1880 à 1897, Eugénie L... se plaint de vertiges fréquents suivis de sueurs profuses.

État actuel. — Mars 1897. Aucun trouble de la motilité ; aucun trouble de la sensibilité générale, sauf au niveau de la région ovarienne gauche. La pression à ce niveau provoque une sensation particulière d'aura en même temps que la peau de la région est éminemment hyperesthésiée, hyperesthésie se prolongeant en ceinture autour des reins. La malade prétend qu'il lui est impossible d'y poser la main, même de l'effleurer, sans ressentir immédiatement une vive sensation de brûlure.

Anesthésie notable du pharynx. Affaiblissement considérable de l'ouïe des deux côtés.

Pas de troubles du goût, ni de l'odorat.

Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de diplopie monoculaire.

La gastralgie et les vomissements persistent.

A cette époque, la malade, lassée des traitements inefficaces, veut prendre part à un pèlerinage pour obtenir sa guérison. Elle part, confiante dans l'heureux résultat de son voyage et revient guérie.

Seules existent encore la douleur ovarienne avec hyperesthésie de la peau, la surdité, l'anesthésie du pharynx. Les crises douloureuses et les vomissements ont cessé et Eugénie L... peut supporter tous les aliments et reprendre son travail.

Obs. II. — Marie P..., âgée de quarante-deux ans. Hystérie traumatique. Guérison. Rechute.

Antécédents héréditaires. — Grand-père alcoolique. Sa mère, me dit la malade, était très nerveuse, très impressionnable, d'un caractère bizarre. Un de ses frères, alcoolique invétéré, a causé beaucoup d'ennuis à sa famille.

Antécédents personnels. — Marie P... dit avoir passé son enfance sans maladie ; elle a cependant toujours été très nerveuse, très capricieuse. Son sommeil était agité et traversé par des cauchemars. Peu de temps avant l'accident qui devait causer la maladie, elle avait eu déjà des troubles passagers dépendant de sa diathèse nerveuse, une période de huit jours de surdité subitement disparue, plusieurs crises d'amaurose durant deux ou trois jours, des vertiges fréquents.

Je fus appelé à voir cette malade en 1891 et au mois de mai 1897.

Première visite. — Marie P... fait remonter à une chute l'origine de sa maladie. Aidée par les personnes qui la soignent, elle me raconte qu'il y a dix ans environ, elle tomba dans une cave dont la porte avait cédé sous son poids. A la suite de cette chute, elle devint plus impressionnable encore qu'auparavant et resssentit une grande faiblesse. Peu à peu les troubles se localisèrent, ce fut d'abord de l'embarras de la parole avec prononciation difficile, de l'aphonie.

Deux années se passèrent : survint une claudication de la

jambe gauche. Cet état persista quatre années, lorsqu'un jour se produisit une attaque apoplectiforme entraînant la paralysie des membres inférieurs.

Deux nouvelles attaques eurent lieu jusqu'à l'époque de ma première visite laissant après elles les troubles plus invétérés. Mon examen pratiqué donne le résultat suivant.

Troubles moteurs. — Les membres supérieurs sont intacts au point de vue du mouvement, sauf un tremblement très marqué à l'occasion des mouvements intentionnels.

La paraplégie est absolue avec contracture, exagération des réflexes rotuliens, trépidation spinale.

Rien du côté de la vessie et du rectum.

Parole lente, basse, prononciation difficile avec tremblement très marqué de la langue.

Troubles de la sensibilité. — La sensibilité à la douleur est très affaiblie sur toute la surface cutanée, sensation douloureuse spéciale aux régions ovariennes.

Les troubles du goût et de l'odorat ne sont recherchés que par les commémoratifs. La malade dit ne pas sentir le goût de certains aliments ni certaines odeurs.

Rien du côté de l'ouïe. Pas d'anesthésie du pharynx. Pas de rétrécissement du champ visuel.

Nystagmus.

J'étais consulté non pas pour donner mes soins à la malade dont la paraplégie, remontant à dix années, paraissait incurable et avait résisté de fait aux moyens thérapeutiques mis en œuvre jusque-là, mais bien pour délivrer un certificat d'incurabilité, la malade devant faire partie d'un pèlerinage très réputé. Je donnai un certificat concluant à une névrose. Je suggestionnai de mon mieux Marie P..., m'efforçant de lui inspirer confiance dans l'heureuse issue de son voyage, et je partis portant un pronostic favorable.

Marie P... revint guérie quelques jours après, la paraplégie avait disparu, la voix était revenue et la malade pouvait reprendre son travail.

Plusieurs années se passèrent dans un état de santé relativement favorable, lorsqu'en 1896, au mois de septembre, à l'occasion d'un désastre de famille, traumatisme encore, mais traumatisme moral celui-là, la névrose reprit ses droits. C'est au mois de mai 1897 que je revis la malade. L'état s'était modifié dans la sphère des mouvements et de la sensibilité. Cette fois, le membre inférieur droit était resté à peu près indemne, le gauche seul était à peu près complètement paralysé.

Exagération des réflexes rotuliens. — Le membre supérieur droit était paralysé d'une façon absolue.

Hémiparesthésie droite très notable avec anesthésie absolue de tout le membre supérieur droit.

Parole à peu près normale. La malade attend dans cet état une nouvelle guérison. Elle compte sur la première influence qui l'a déjà guérie. « Il faut avoir confiance, me dit-elle, je me rappelle que vous avez insisté là-dessus à votre première visite. »

J'ai publié ces deux observations de névrose hystérique, dans le but de ne pas laisser perdues deux observations intéressantes de la pratique privée et aussi parce qu'elles m'ont inspiré quelques réflexions que je donnerai comme conclusion.

La seconde observation, surtout, présente un grand intérêt. Elle plaide en faveur de l'hystérie « une et indivisible » (Brissaud), donnant un démenti à ceux qui, comme Leyden, Oppenheim en Allemagne, Grasset en France, ont voulu voir dans l'hystérie traumatique une espèce à part, une névrose traumatique.

La même malade, en effet, présente, à plusieurs années d'intervalle, des manifestations d'ordre hystérique, la première fois sous l'influence d'un véritable traumatisme, une chute, la seconde fois sous l'influence d'un traumatisme moral, une émotion. C'est dire qu'un traumatisme, au sens strict du mot, n'est qu'un agent provocateur de la névrose au même titre qu'une émotion morale, voire même qu'une intoxication.

En un mot, traumatisme physique, traumatisme moral, intoxication, ne sont que des réactifs différents décelant, sous des formes réalisant des types variés, la même hystérie.

Une autre particularité que présente cette observation II, c'est le polymorphisme des accidents. La première fois, c'est un syndrome simulant à s'y méprendre la sclérose en plaques, n'étaient les stigmates hystériques constatés. Il rentre bien dans le cadre des « syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle », si bien décrits dans la thèse du docteur Souques (1891).

La seconde fois, c'est une paralysie dissociée occupant la jambe gauche et le bras droit. Les deux malades enfin, sous l'influence éminemment suggestive d'un pèlerinage très fréquenté, ont bénéficié d'une guérison; guérison maintenue jusqu'à cette époque pour Eugénie L..., guérison suivie de rechute pour Marie P...

Ces deux guérisons prévues et presque prédites montrent que l'on peut aujourd'hui, dans nombre de cas du moins, par l'étude attentive des stigmates hystériques, dépister la névrose dans ses manifestations variées et montrent encore le parti que l'on peut tirer, chez les sujets confiants, de l'influence suggestive puissante dont ont bénéficié ces deux malades.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement des aliénés par le régime du repos au lit. — Depuis quelques années, les aliénistes allemands s'occupent vivement de cette question qui revient presque à chaque congrès scientifique allemand. On ne se contente plus de ne pas considérer l'aliéné comme un être malfaisant et de ne pas lui mettre la camisole de force. On va plus loin : on considère l'aliéné comme un malade, c'est-à-dire comme devant être traité de la même façon que les autres malades. Actuellement, cette opinion et ce traitement trouvent de nombreux défenseurs parmi les aliénistes russes. Ainsi que le remarque M. A. Bernstein dans son article consacré au même sujet, les avantages du système en question sont nombreux; mais avant de parler de ces avantages, disons, en quelques mots, en quoi consiste ce système.

Tous les entrants sont placés dans la « salle de surveillance » où ils gardent le lit. Si, après quelque temps de surveillance, on voit que ce sont des chroniques, sans troubles viscéraux aigus, ne nécessitant aucune surveillance spéciale et capables de travailler, on les met dans les services correspondants. Par contre, les malades affaiblis, délirants ou dangereux, restent au lit. Les paralytiques cachectiques, les mélancoliques avec tendance au suicide, et tous les aliénés aigus sont également placés dans cette salle et maintenus au lit. Cette salle reçoit donc les malades qui, dans d'autres asiles, constituent le contingent des chambres d'isolement ou des agités. En somme, l'asile de ce type comprend deux parties : l'hôpital (la salle de surveillance) et l'hospice ou le sanatorium (les chroniques, les malades curables).

Il paraît démontré que les malades agités s'habituent très rapidement au régime du repos au lit; ce mode de traitement a sur eux une action bienfaisante, car ils se voient

traités comme des malades ordinaires et ce fait suffit déjà par lui-même pour les calmer un peu et les convaincre qu'ils ont besoin de rester au repos. Dans quelques cas, il est vrai, on est obligé de recourir aux stupéfiants (duboïsine), aux enveloppements de Priessnitz ou bien de les maintenir au lit par force ; mais ces cas sont rares et cette opposition ne dure guère.

En 1895-1896, l'auteur a systématiquement recouru à ce mode de traitement dans le service du professeur Korsakoff, à Moscou, et a pu se convaincre de l'excellence de ce système. Sous l'influence bienfaisante du repos et de l'exemple, les malades les plus agités se calmaient assez vite et cela, dans la grande majorité des cas, sans le secours d'un calmant quelconque. Un des avantages les plus importants du traitement par le repos au lit dans la salle commune est la possibilité d'une surveillance plus grande et meilleure, grâce à laquelle on pouvait prévenir à temps et empêcher les accès divers et surtout les souillures. Au point de vue administratif, on économise la place et les dépenses nécessitées par l'aménagement des salles d'isolement et surtout par le bris d'objets et la souillure de la literie. Quant à l'influence du repos au lit sur la marche de la maladie, celle-ci semble évoluer, dans les cas soumis à ce régime, plus doucement, l'excitation motrice est moindre, il y a beaucoup moins d'idées délirantes, mais le pourcentage général des guérisons ne paraît pas être plus grand avec ce système qu'avec un autre. Le maintien des malades au lit n'exclut pas les promenades à l'air et l'exercice physique et lorsqu'il fait beau, l'auteur conseille de laisser les malades au lit, mais dans un jardin, le plus longtemps possible. (*Wratch*, 1896, n° 27.)

Traitement opératoire de l'épilepsie corticale. — M. L. Krever a rapporté à la Société médicale de Saint-Pétersbourg deux cas d'intervention chirurgicale dans l'épilepsie corticale qui parlent en faveur de ce traitement.

Dans la première observation, il s'agissait d'une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte, depuis l'enfance, d'épilepsie jacksonienne, avec convulsions localisées à la moitié gauche du corps. Depuis quelque temps, l'état de la malade s'était aggravé, le pouls était devenu très fréquent (150) et la température montait à 38°8 : il y avait jusqu'à cent accès par vingt-quatre heures. Le traitement médical n'ayant amené aucune amélioration, on se décida d'intervenir, on pratiqua un volet cutanéo-périosto-osseux et on excisa un fragment de substance grise correspondant aux centres du facial et des mouvements du membre supérieur. Ce fragment examiné au microscope démontra l'existence d'une lésion d'encéphalite chronique. Après l'opération, les accès étaient encore assez nombreux les premiers jours, mais diminuèrent à partir du sixième et disparurent bientôt complètement ; à la fin du troisième septénaire, les mouvements du membre supérieur devinrent possibles, puis la paralysie faciale disparut et, un mois plus tard, la malade put déjà marcher.

Dans l'autre cas, il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, atteinte d'hémiplégie, avec accès convulsifs très pénibles et ne cédant à aucune médication ; à l'ouverture du crâne, le tissu semblait sain à l'œil nu ; l'examen histologique d'un fragment enlevé n'a pas, non plus, permis de constater une lésion quelconque. Aussi l'auteur suppose-t-il que la lésion était plus profonde (la malade avait supporté, il y a trois ans, un traumatisme de la région cranienne). Les résultats de l'intervention furent aussi brillants que dans le cas précédent : dès le troisième jour, les convulsions cessèrent et les mouvements dans les membres du côté gauche revinrent peu à peu.

Des hémorroïdes et de leur traitement opératoire. — Depuis quelques années, la question du traitement chirurgical des hémorroïdes a été fort souvent soulevée dans la littérature médicale et plusieurs chirurgiens ont proposé de nouveaux procédés opératoires. M. L. Mandelberg en publie également un, celui de M. Schalita (de Kieff); or, comme ce dernier a déjà opéré par ce procédé, tant dans son service que dans sa clientèle privée, plus de 1 000 malades, et qu'il a toujours eu d'excellents résultats, son procédé nous semble mériter l'attention. Tout d'abord l'auteur de l'article que nous analysons expose quelques considérations sur l'étiologie, l'anatomie pathologique, le pronostic des hémorroïdes que lui suggèrent les observations de ce millier d'opérés, que nous allons brièvement rapporter.

Pour Mandelberg, il est très important de ne pas oublier que, dans cette affection, il ne s'agit pas seulement de dilatation des veines, mais encore, et avant tout, de lésion de tout le segment inférieur de la muqueuse rectale. Cette lésion se traduit souvent cliniquement par une diarrhée profuse rebelle, que seule l'excision de la muqueuse malade, si l'on n'intervient pas trop tard, peut arrêter; cette diarrhée serait peut-être due à la dégénérescence amyloïde de la muqueuse.

Les données de l'auteur, relatives à l'étiologie, sont très intéressantes : elles démontrent que le rôle de la vie sédentaire, des affections hépatiques et de la compression (utérus gravide) est plus que secondaire. L'auteur a, en effet, examiné à ce point de vue les observations de 610 malades opérés par Schalita à l'hôpital et a trouvé sur ce chiffre seulement 24 malades à profession nécessitant la station assise prolongée (3,93 p. 100). Aucun d'eux n'avait de maladies du foie. Enfin, sur 610 sujets, il n'y avait que 38 femmes (6,23 p. 100). Chez aucun des malades, il n'y avait de coïncidence d'hémorroïdes avec des varices ou du varicocèle.

En se basant toujours sur ses observations, l'auteur considère les hémorroïdes comme une affection très grave, car elle s'arrête rarement dans son développement, amène souvent des diarrhées profuses cachectisantes et une anémie grave par les hémorragies. Aussi le traitement doit-il être radical.

La technique de M. Schalita ne constitue pas, à proprement parler, un type opératoire nouveau, mais seulement un procédé nouveau. Voici en quoi il consiste : le malade étant endormi, on fait la dilatation forcée du sphincter à l'aide des pouces placés d'abord dans l'axe transversal, puis dans l'axe antéro-postérieur. Grâce à cette dilatation, la muqueuse rectale devient accessible à l'œil et au doigt, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, et fait même souvent hernie à l'extérieur. On place alors quatre ou cinq pinces Museux sur la muqueuse et les paquets variqueux, de façon que la branche externe des pinces soit placée sur la ligne cutanéo-muqueuse. On applique à la base de chacune d'elles une pince à forcipressure qui prend toute la muqueuse malade et les paquets hémorroïdaires, mais sans pincer la peau, et on enlève les pinces Museux. On coupe la muqueuse au niveau des pinces et on cautérise au thermocautère la surface avivée. On prend ensuite une bande de gaze iodoformée de 30 centimètres environ, on y fait quatre languettes, on introduit un bout dans le rectum et on dispose les quatre languettes autour de la plaie. Après quoi, on enlève les pinces à forcipressure et on fait le pansement. Il arrive parfois que les pinces déclanchent lorsque la muqueuse est déjà coupée ; mais l'hémorragie n'est pas grave et on n'a qu'à saisir la muqueuse avec une autre pince. Toute l'opération ne dure que *cinq à sept minutes*, et même entre des mains non expérimentées dix à douze minutes au plus ; c'est à peine si le malade perd *quelques gouttes de sang*. Ce procédé se recommande donc à ce point de vue tout particulièrement.

Pendant les premières heures qui suivent l'opération, le malade éprouve des douleurs assez vives, mais dans la

soirée elles cessent complètement. Il faut ne pas oublier de recommander au malade le repos le plus absolu dans son lit pendant douze ou dix-huit heures. Le tampon iodoformé est enlevé le troisième jour et pendant trois ou quatre jours, c'est-à-dire jusqu'à ce que la granulation commence, on applique après chaque selle un tampon à l'émulsion iodoformée. La cicatrisation se fait au bout de dix jours.

D'après Mandelberg, le procédé de Schalita est beaucoup plus facile à exécuter, plus rapide et plus exsangue que tous les autres recommandés en ces derniers temps (Withead, Reclus, Quénu, Podrèze, etc.). Il présente en même temps l'avantage de n'exiger qu'une anesthésie de très courte durée, ce qui est surtout important lorsqu'il s'agit de malades épuisés. Il n'y a pas de contre-indications. Quant aux résultats, ils sont, dans tous les cas de l'auteur, excellents. (*Gaz. hebd. méd. de la Russie mérid.*, 1896, nos 33, 34 et 35.)

Traitement des affections inflammatoires de l'utérus, des annexes et du pelvis par des injections intra-utérines. — Après avoir expérimenté différents modes de traitement médical des utéro-annexites, M. Grammatikati s'est arrêté au traitement par les injections intra-utérines qui lui ont donné d'excellents résultats. Ces injections (avec la seringue de Braun) doivent être faites tous les jours, malgré les pertes sanguinolentes qu'on provoque parfois au cours des premières séances. La composition du liquide employé par l'auteur est la suivante :

Alumnol		2,50
Teinture d'iode	} *ââ*	25
Alcool	}	

Elles doivent être faites jusqu'à ce que l'époque des règles soit passée, sans que ces dernières aient lieu, ce à quoi on arrive en quinze ou vingt injections; si l'époque des règles est passée, on attend quelques jours et on continue ensuite de nouveau les injections. En tout, il faut faire une quarantaine d'injections pour obtenir la guérison et arriver à avoir un intervalle de deux ou trois mois entre les règles.

L'auteur a traité par ce procédé les affections les plus variées des annexes et de l'utérus, sans jamais avoir eu, sur plus de 3000 injections, le moindre accident.

Généralement, la plupart des malades les supportent très bien et sans éprouver aucune douleur; d'autres éprouvent quelques douleurs pendant et après l'injection, mais un quart d'heure, une demi-heure de repos au lit, ou un suppositoire opiacé suffisent pour les calmer.

M. Grammatikati rapporte ensuite quelques-unes de ses observations et en tire les conclusions suivantes :

1° Les injections intra-utérines sont indiquées dans tous les cas d'inflammation aiguë ou prolongée de l'utérus, des annexes et de la pelvi-péritonite.

2° Elles agissent le mieux dans les inflammations aiguës récentes et amènent la chute de la température, la cessation de la douleur, la résorption de l'exsudat.

3° Dans beaucoup de cas d'annexites subaiguës, avec tuméfaction des annexes, il y a régression telle de l'état inflammatoire que la question d'intervention chirurgicale disparaît d'elle-même.

4° Dans les autres cas d'annexites avec tuméfaction considérable des ovaires et des trompes (pyosalpinx), ces derniers diminuent encore suffisamment pour rendre l'opération facile et prévenir les récidives.

5° La pelvi-péritonite chronique est complètement guérie par les injections en question, ce qui facilite beaucoup et simplifie le traitement des complications.

6° Ces injections guérissent également les endométrites les plus rebelles.

7° Le traitement des annexites blennorragiques, même les plus graves, donne des résultats tels que la conception est ensuite possible.

8° Les injections arrêtent les métrorragies et amènent même ensuite la suppression complète des règles pendant quelques mois. Cette dernière conclusion en amène une autre : celle de l'indication des injections dans les fibromes, car on sait que la suppression des règles amène souvent la diminution du volume des tumeurs. (*Wratch*, 1896, nos 29 et 30.)

S. BROÏDO.

THÉRAPEUTIQUE

Cachets contre les crises douloureuses de l'ulcère de l'estomac (Bos).

Exalgine	3 grammes.
Extrait de belladone	30 centigr.
Phosphate de codéine	30 —
Sucre de lait	5 grammes.

Divisez en dix cachets.

Un à deux au moment de l'accès douloureux. (*Gaz. hebd.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les caractères et l'éducation morale (1), étude de psychologie appliquée, par Fr. QUEYRAT, professeur de l'Université.

La définition critique du caractère, avec la classification et l'étude des variétés principales qu'il présente, la recherche des qualités que l'éducateur doit s'efforcer de cultiver ou de produire, en même temps que l'indication des moyens principaux dont il peut disposer à cette fin : tels sont les divers points qu'on trouvera successivement traités dans ce volume.

Les exemples à l'appui des descriptions et des analyses ont été généralement pris des personnages historiques, parce que chez eux les traits, connus d'ailleurs de tous, apparaissent plus accentués et plus nets. Chacun peut ensuite démêler autour de soi les applications analogues.

Ce livre s'adresse au même public que ceux publiés précédemment par l'auteur dans la même collection : *l'Imagination et ses variétés chez l'enfant*, dont une deuxième édition vient de paraître; *l'Abstraction et son rôle dans l'éducation intellectuelle*, c'est-à-dire à tous les éducateurs. Et par là nous n'entendons pas le signaler aux seuls professeurs, mais surtout aux chefs de famille dont l'influence sur la formation du caractère de leurs enfants est considérable.

Le traitement de l'inflammation cérébrale aiguë (2), par le docteur A. LUYTEN.

La thérapeutique de l'inflammation cérébrale a été jusqu'à présent infructueuse.

Dans son livre, l'auteur hollandais indique une nouvelle méthode de traitement, qui a produit les meilleurs résultats, et donne la marche des expériences qui l'ait conduit à ce traitement.

Les observations sont suivies d'un chapitre « Considération explicative », où il est démontré que, premièrement, le traitement actuellement suivi a toujours été et doit toujours être néfaste à la marche de la maladie, et, deuxièmement, que la thérapeutique indiquée est la seule rationnelle.

(1) In-12. Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

(2) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 1er mars 1897, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bilhaut, Émond, P. Pottier, Selle, Vergeade, à Paris; — Bontemps, à Saumur; — Wall, à Beuzeval.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Boutin, Floersheim, Fouquet, Frey, Isidor, Legrand, Leriche, Peignon, à Paris; — Audiguier, à Toulouse; — Journet, à Laure (Aude); — Massine, à Thuir; — Milet, à Noyon; — Michelot, à Langres; — Talazac, à l'Isle-en-Dodon; — Treille, à Lavaveix-les-Mines.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 mars 1897, M. le docteur Marcailhou d'Aymeric, à Blidah, a été nommé officier de l'Instruction publique.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 mai 1897, M. le docteur Meyer, à Beaumont-sur-Oise, a été nommé officier de l'Instruction publique.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 juin 1897, M. le docteur Louazel, à Hédé (Ille-et-Vilaine), a été nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 juillet 1897, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Iszenard, à Paris, et Richard, à Autrey-lès-Gray.

Officier d'Académie. — M. le docteur Gourdon-Fromentel, à Gray.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 juillet 1897, M. Morisson, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes, a été nommé officier de l'Instruction publique.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juillet 1897, M. Bloch, à Paris, a été nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 juillet 1897, M. Veil, à Paris, a été nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 juillet 1897, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Toussaint, à Albert (Somme), et Gondouin, à Argentan.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 juillet 1897, M. Alary, à Sigean, a été nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 août 1897, M. le docteur Le Béhot, à Caen, a été nommé officier d'Académie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bordes-Pages (de Sène), ancien sénateur; — Charles Bouyer (de Saintes), décédé dans sa vingt-septième année; nous adressons à ses malheureux parents, le docteur Marcel Bouyer et à sa famille, l'expression de notre très douloureuse sympathie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 97. — JEUDI 26 AOUT 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 26 AOUT 1897. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On se sent des vacances à l'Académie; la plupart de nos honorables sont à Moscou ou bien ailleurs; car leur nombre est fort restreint dans la salle des séances.

A signaler une courte communication de M. Mégnin sur un acarien dangereux, que l'on trouve dans l'Archipel indien et sur les bords de l'île Maurice. C'est un hôte probable des rives de Madagascar. M. Weber est monté à la tribune pour confirmer ce qu'avait dit M. Nocard, au sujet du sérum antitétanique. En injectant le sérum aux animaux, en même temps qu'on pratique l'opération, on voit disparaître le tétanos dans les régions où cette affection venait compliquer presque toutes les interventions.

CONGRÈS DE MOSCOU

Chirurgie du poumon, en particulier dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire.

(Résumé et conclusions du rapport de M. TUFFIER, de Paris.)

Après avoir parlé de la nécessité d'un diagnostic précis, M. Tuffier passe en revue les différentes opérations que le chirurgien peut pratiquer sur le poumon; il en étudie la technique ainsi que les difficultés spéciales et les accidents auxquels elles peuvent donner lieu.

Puis il divise, un peu artificiellement, les lésions pulmonaires en lésions septiques et aseptiques.

LÉSIONS ASEPTIQUES. — *Néoplasmes.* — Jusqu'ici, faute de diagnostic précis, la chirurgie ne s'est adressée qu'aux tumeurs secondaires du poumon, consécutives à des néoplasmes primitifs de la cage thoracique. La résection du néoplasme et du tissu pulmonaire avoisinant, puis sa suture hémostatique et unissante, ont donné 4 guérisons sur 7 cas.

Traumatismes et hernies du poumon. — L'intervention immédiate dans les plaies aseptiques ou supposées telles est commandée par l'hémorragie incoercible ou la hernie d'une portion du poumon. L'ouverture large du thorax rempli de sang, le nettoyage de la plaie, la recherche rapide de l'origine de l'hémorragie, la forcipressure, la ligature ou le tamponnement du parenchyme et le drainage consécutif constituent l'ensemble des moyens employés dans les neuf observations publiées. Le volume généralement notable du vaisseau sectionné, la difficulté de l'abord ont fait donner la préférence à la suture hémostatique sur le pincement du vaisseau. On serait peut-être autorisé à faire la compression ou la ligature temporaire du pédicule du poumon dans les cas où la recherche de l'origine de l'hémorragie abondante, ou son hémostase directe, deviendrait laborieuse.

Les hernies pulmonaires traumatiques immédiates, véritables prolapsus du poumon compliquant les plaies de poitrine, peuvent être réduites si leur asepsie est certaine et si l'organe est sain. Dans le cas contraire, qui est de beaucoup le plus fréquent, la résection de la masse herniée, après ligature au ras de l'espace intercostal et fixation à la plaie, constitue un mode de traitement qui a fait ses preuves (7 cas avec 7 succès). A côté de ces prolapsus dans une plaie, il faut placer les faits exceptionnels de hernie immédiate du poumon par contusion. L'issue a lieu à travers une rupture d'un espace intercostal. L'immobilisation, puis la réduction lente peuvent parer à cet accident, et seuls des signes particulièrement graves de dyspnée et d'hémorragie justifient le débridement et la réduction immédiate. Enfin, les hernies spontanées, congénitales ou acquises, les hernies consécutives à d'anciens traumatismes, sont souvent curables par de simples bandages, et une intervention opératoire n'est indiquée que par les douleurs, l'augmentation progressive ou l'incoercibilité de la hernie. La cure radicale après réduction de la hernie et résection du sac pleural est le type absolu de l'opération aseptique sur le poumon.

KYSTES HYDATIQUES. — Les kystes hydatiques servent de transition entre la chirurgie aseptique et les infections pulmonaires d'ordre chirurgical. L'intervention peut être pratiquée dans trois alternatives : le kyste n'est pas suppuré et n'est pas ouvert dans les bronches, le kyste n'est pas suppuré, mais ouvert dans les bronches. La plupart des pneumotomies ont été pratiquées pour des kystes suppurés et ouverts dans les bronches, et les opérations pour kystes non suppurés sont d'une extrême rareté. Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour proscrire d'une façon absolue la ponction dans le traitement des kystes, à cause des acci-

dents de la plus haute gravité qu'elle occasionne : la rupture du kyste dans les voies aériennes, qui entraîne fréquemment la mort par asphyxie. Par contre, la pneumotomie a donné ici les plus brillants résultats; pratiquée dans 61 cas, elle a donné 55 succès, soit 90,1 p. 100 de guérisons.

Tuberculose. — L'intervention chirurgicale contre la tuberculose pulmonaire a été tentée à la période de début, quand la lésion est encore à l'état de noyau induré, et à la période d'état, alors que les cavernes tuberculeuses sont constituées. A ces deux périodes, les indications, le manuel opératoire et le but à atteindre sont complètement différents. A la tuberculose du début, M. Tuffier a essayé d'opposer l'ablation totale du foyer par pneumectomie, absolument comme s'il s'agissait d'un néoplasme à enlever. Lorsque la caverne est constituée, il ne s'agit plus d'ablation, mais d'ouverture ou de destruction par des moyens variés. Les tentatives d'extirpation de noyaux tuberculeux sont peu nombreuses. Les trois seuls faits de Tuffier, de Lowson et de Doyen n'ont pas été répétés par la majorité des chirurgiens, qui appuient leur abstention sur la diffusion primitive très étendue de la tuberculose pulmonaire au début et les difficultés pratiques du diagnostic.

La chirurgie des cavernes tuberculeuses n'a pas donné de bien brillants résultats, il est vrai qu'elle s'est adressée à des cas désespérés et dont les lésions étaient au-dessus de toutes les ressources de l'art. L'incision de la caverne avec ou sans résection costale est facile et paraît en elle-même bénigne, mais elle ne constitue qu'un moyen de drainage; elle permet le traitement de la paroi tuberculeuse active par la cautérisation ignée et les diverses substances employées dans le traitement des tuberculoses locales, qu'elles aient pour but la destruction de la paroi ou celle du bacille. Vingt-six opérations de ce genre ont été suivies de mort rapide dans 13 cas, soit 50 p. 100, et quant au résultat définitif il a presque toujours été à peu près nul, sauf chez un des opérés de Sonnenburg. Chez tous les autres malades, la tuberculose a continué à évoluer après la pneumotomie, les cavernes ainsi ouvertes se sont rarement cicatrisées et c'est à peine si l'on peut compter une ou deux améliorations, que l'on se soit contenté d'une simple incision, suivie de drainage, ou que l'on ait cherché à agir sur la paroi de la caverne à l'aide d'antiseptiques ou de caustiques variés. Ces résultats peu encourageants, joints à cette notion générale que l'affaissement du thorax est un élément très important dans la cicatrisation des pertes de substance du poumon, ont fait proposer la résection costale, ou thoracoplastie, comme méthode de traitement de ces cavernes. Les rares opérations qui ont été faites jusqu'ici (3 cas) ne permettent pas de tirer de conclusions. C'est dans ce même but de réunion des parois de la caverne que la compression de la base correspondante du thorax a été proposée.

Les injections intra-parenchymateuses dans la tuberculose pulmonaire n'ont pas tenu ce qu'elles semblaient promettre, les résultats qu'elles ont donnés ont été jusqu'ici peu encourageants; et cependant tous les spécifiques tour à tour vantés dans le traitement de cette maladie ont été mis à contribution. Certaines complications de la tuberculose pulmonaire sont accessibles à la chirurgie, en laissant de côté les abcès ou les adénopathies de voisinage; les fistules tuberculeuses et les pyopneumothorax, qui sortent du domaine de la chirurgie pulmonaire. La gangrène compliquant une caverne tuberculeuse deviendra une indication opératoire. Les hémoptysies incoercibles, que Chassaignac déjà voulait traiter par les injections d'air dans la plèvre, et pour lesquelles Cayley a proposé la création d'un pneumothorax complet, ne semblent pas avoir beaucoup profité de ce moyen; mais la résection costale supérieure a donné dans les quelques cas où elle a été employée des résultats satisfaisants : elle se propose d'affaisser un point déterminé du poumon qui est le siège même de l'hémorragie; elle semble appelée à devenir un procédé applicable à ces cas exceptionnels, auxquels M. Tuffier joindrait volontiers la résection du sommet pulmonaire si l'affection est au début et bien localisée.

Lésions septiques. — *Abcès du poumon.* — La fréquence des opérations pour abcès pulmonaires (49 cas), opposée à l'extrême rareté de la constatation anatomo-pathologique de ces abcès, semble prouver que nombre des interventions ont été dirigées contre des foyers de pleurésie purulente enkystée; certains faits même sont étiquetés par le même auteur tantôt pleurésie interlobaire, tantôt abcès pulmonaire. Beaucoup de suppurations dont la nature et l'étiologie n'ont pas été suffisamment étudiées, viennent encore grossir le chiffre de ces opérations et en expliquer le nombre. Il faudrait réserver ce nom d'abcès aux collections purulentes creusées dans le parenchyme pulmonaire.

La pneumotomie donne 23,8 p. 100 de mortalité opératoire. Quant à la guérison, elle est complète et rapide (de 12 jours à 6 semaines) dans les cas aigus opérés de bonne heure. Mais les collections purulentes déjà anciennes demandent quatre, cinq, six, sept et huit mois pour arriver à cicatrisation.

Bronchiectasies. — Les conditions sont tout autres dans les bronchiectasies et les résultats sont également très différents. Le diagnostic exact est beaucoup plus difficilement établi : la dilatation ampullaire sacciforme, qui est la plus justiciable de la chirurgie, peut être simulée par un groupe de cavernules moniliformes réunies en un point du poumon. Ni l'auscultation, ni la percussion, ni le mode, ni la quantité d'expectoration, ni même la ponction, négative dans la moitié des cas, ne permettent un diagnostic précis. L'incision pulmonaire elle-même peut passer à côté des lésions ou même au milieu des dilatations bronchiques sans les faire constater. Joignez à ces difficultés diagnostiques la présence presque constante de foyers multiples quelquefois bilatéraux, la généralisation possible de ces ectasies, l'absence d'adhérences pleurales, la difficulté de cicatrisation de ces tissus fibroïdes, le tout chez un sujet souvent âgé, scléreux, infecté depuis longtemps, et vous comprendrez combien le pronostic sera sombre, et combien la chirurgie devra être réservée dans l'attaque de cette affection. L'indication opératoire, dans 45 observations, a été constituée par la septicémie subaiguë ou chronique chez des sujets porteurs de lésions diagnostiquées unilatérales et rebelles à tout traitement médical. La pneumotomie a donné 10 morts opératoires sur 38 cas.

Les résultats thérapeutiques sont peu encourageants si l'on envisage la possibilité d'une guérison absolue, et c'est à peine si l'on peut en citer 7 cas; mais si l'on considère que, dans presque tous les cas, la pneumotomie et le drainage ont amené une grande diminution dans l'expectoration, la suppression des vomiques quotidiennes, et surtout de la fétidité des crachats, on se convaincra facilement de l'utilité de l'intervention.

Corps étrangers. — Les complications qu'ils provoquent appartiennent au groupe des suppurations pulmonaires ou des bronchiectasies. Beaucoup plus fréquentes quand le corps étranger a pénétré par le larynx, elles sont exceptionnelles dans les plaies de poitrine par armes à feu. L'extraction du corps étranger par bronchotomie ou par pneumotomie semble peu engageante d'après les faits expérimentaux comme d'après les faits cliniques, si bien que le traitement chirurgical symptomatique reste seul applicable, et c'est en somme une bronchiectasie ou un abcès gangréneux avec accidents généraux septiques que nous devons combattre. L'extraction du corps du délit ne peut être malheureusement qu'un fait accessoire, puisqu'il est de règle de ne pas le trouver (10 fois sur 11); il pourra cependant être expulsé spontanément plus tard (2 cas) ou demeurer indéfiniment dans le poumon. La pneumotomie, précoce ou tardive suivant les allures aiguës ou chroniques des accidents, a été pratiquée 11 fois : ses résultats ont été des plus médiocres (4 morts opératoires, 4 fistules, 1 résultat à peu près nul et seulement 2 améliorations).

Gangrène pulmonaire. — De toutes les affections du poumon, c'est la gangrène qui a été le plus souvent l'objet des interventions (74 cas). La gangrène circonscrite, corticale ou profonde, est seule justiciable de l'acte chirurgical. Les gangrènes pleuro-pulmonaires provoquent des empyèmes putrides et appartiennent comme telles aux pleurésies purulentes en général; et si nous devons agir alors sur le parenchyme pulmonaire, ce n'est plus qu'à titre secondaire. La gangrène circonscrite n'appartient elle-même au domaine chirurgical que dans sa période d'élimination et de réparation. Toutes les infections pulmonaires peuvent se compliquer de gangrène : c'est la putridité, l'entrée en scène des microbes saprogènes qui constitue la gangrène. Si le pronostic médical ou chirurgical peut varier suivant chacune de ces causes, suivant chacune des formes aiguës ou chroniques des accidents, abcès gangréneux ou gangrènes chroniques, l'indication, le manuel opératoire sont les mêmes pour tous ces cas.

Lorsqu'un foyer de gangrène pulmonaire ne peut s'éliminer par le drainage bronchique, drainage naturel, des accidents de rétention septique continus ou progressifs conduisent à chercher dans la pneumotomie un mode d'évacuation efficace. La persistance des accidents septiques menace le malade soit par elle-même, soit par la greffe possible des produits gangréneux dans le même poumon ou dans le poumon opposé, provoquant une véritable pneumonie gangréneuse par aspiration. Cette suppuration persistante amène des lésions viscérales chroniques sous forme d'amylose rénale ou hépatique qui commandent l'intervention, mais en aggravent singulièrement le pronostic. L'observation prouve que ces accidents de propagation sont plus fréquents dans la gangrène des lobes supérieurs, au contraire la gangrène des lobes inférieurs tire sa gravité du drainage insuffisant. L'intervention précoce sera donc plus formellement indiquée dans le premier cas; mais cette localisation est rare, le siège d'élection de la gangrène étant la partie postérieure des lobes inférieurs. Les accidents consécutifs à l'entrée dans les bronches de parcelles alimentaires sont généralement des gangrènes aiguës nécessitant une intervention rapide; malheureusement, dans tous les cas traités chirurgicalement, la multiplicité ou l'étendue des foyers a rendu inutiles les efforts chirurgicaux dirigés de ce côté.

L'indication opératoire nettement posée, le diagnostic précis est nécessaire; il est loin d'être facile. Les meilleurs cliniciens ont été trompés, non seulement dans la délimitation du foyer, mais encore dans son siège. Les ponctions aspiratrices sont utiles, mais elles sont alors dangereuses par la septicité du foyer à atteindre; plusieurs fois, une pleurésie purulente, un phlegmon gangréneux en ont été la conséquence. La fréquence de multiplicité et de bilatéralité des lésions nécessite les plus grandes précautions; les foyers gangréneux, consécutifs aux perforations de l'œsophage notamment, sont souvent bilatéraux. Le diagnostic des adhérences est ici plus important qu'ailleurs à cause de la septicité toute spéciale du foyer pulmonaire, elles sont heureusement la règle (sur 74 cas : 6 fois elles manquaient totalement, 14 fois elles étaient insuffisantes ou incomplètes). Si elles manquent, leur recherche ou leur création s'impose. Il n'est pas jusqu'à la cause elle-même de la gangrène qui ne doive être précisée : les gangrènes par corps étrangers des bronches ou par rupture de l'œsophage étant particulièrement graves.

Au point de vue thérapeutique, tous les moyens médicaux ayant échoué, le choix de l'intervention ne paraît guère discutable; les injections antiseptiques iodées ou thymolées ne répondront qu'à des formes bénignes, peut-être à ces cas de foyers trop multiples pour permettre des incisions. La ponction au gros trocart présente tous les dangers de la pneumotomie sans avoir ses avantages. L'incision large, l'évacuation du foyer et l'extraction des séquestres parenchymateux constituent la méthode de choix. La thoracotomie avec résection costale proportionnelle à l'étendue et à la profondeur du foyer gangréneux est généralement adoptée. La suture des feuillets pleuraux, s'il n'y a pas d'adhérences, leur consolidation si elles sont molles, et la préservation de la séreuse s'imposent ici par la virulence toute spéciale des foyers gangréneux. L'incision pulmonaire avec ou sans ponction probatoire sera pratiquée au bistouri ou au thermocautère; le fer rouge n'est guère hémostatique, mais les craintes d'inoculation du foyer opératoire peuvent expliquer son choix dans ces cas. Cette incision franche paraît préférable aux ponctions ignées ou à la cautérisation chimique lente et incertaine. Le foyer gangréneux largement ouvert à son point déclive, débarrassé de ses séquestres, bien examiné du doigt et de l'œil pour s'assurer de son isolement, sera tamponné antiseptiquement et drainé. Tous les auteurs s'accordent sur la nécessité d'un drain souple, de longueur bien calculée pour ne pas pénétrer dans les bronches et provoquer des accès de toux, bien fixé pour ne point être aspiré par les bronches, et fréquemment déplacé et replacé pour ne pas provoquer d'hémorragies par érosion vasculaire. En dehors du pneumothorax par défaut d'adhérences pleurales, les accidents opératoires à craindre sont l'hémorragie ou l'entrée de l'air dans les veines pulmonaires, accidents rares d'ailleurs. L'hémorragie primitive a toujours été, dans les observations publiées, rapidement arrêtée par le tamponnement. Quant aux hémorragies secondaires, leur gravité est tout autre (4 opérés ont succombé à des hémorragies de ce genre). Le pneumothorax secondaire et la pleurésie purulente consécutive n'ont pas toujours pu être évités par la suture des feuillets pleuraux, comme le montre une des observations de Roux.

Les résultats immédiats sont la disparition de la fétidité de l'expectoration et la chute de la fièvre. Le passage de

l'air dans le foyer, sa ventilation ont sur les accidents putrides une action spéciale, indépendante du drainage lui-même. Il a suffi, en cas de putridité nouvelle, d'élargir la fistule pour voir l'infection disparaître sans que pour cela l'écoulement soit plus abondant. Les résultats obtenus par le traitement chirurgical accusent une mortalité de plus de 40 p. 100, mais un groupement plus instructif est celui qui a trait aux résultats chirurgicaux obtenus dans les différentes gangrènes suivant leur étiologie : 63 observations sont utilisables à cet égard. Le rapporteur relève 55 gangrènes métapneumoniques avec 39 guérisons; 4 gangrènes survenues au cours de dilatations bronchiques avec 3 morts, 7 gangrènes par embolie avec 5 morts, 2 cas consécutifs à une perforation de l'œsophage avec 2 morts; enfin, 1 cas d'abcès gangréneux, consécutif à une plaie par arme à feu a guéri. Il résulte de ces faits que la gangrène pulmonaire circonscrite bénéficie de l'intervention chirurgicale à sa période d'élimination et de réparation. Les résultats de la pneumotomie sont d'autant plus favorables qu'elle est plus hâtive, que les feuillets pleuraux sont adhérents, que les foyers sont plus superficiels et que les causes du processus sphacélique relèvent d'une infection aiguë et accidentelle, frappant un poumon dont le reste du parenchyme est normal.

Recherches sur les propriétés du formol et du parachlorophénol.

(Communication de M. le professeur Le Dentu, de Paris.)

Il est deux antiseptiques dont M. Le Dentu s'est attaché à déterminer les propriétés, au point de vue pratique, en procédant expérimentalement sur des cobayes, puis, cliniquement, sur des malades de l'hôpital Necker ou de la ville; ce sont : le formol et le parachlorophénol.

Avec des solutions à 5 p. 100 et à 5 p. 1000 de la solution à 40 p. 100 de formol polymérisé du commerce dans de l'alcool méthylique, il a pratiqué à plusieurs cobayes des injections sous-cutanées. Les solutions à 5 p. 100 produisent des désordres locaux considérables et possèdent un pouvoir escharifiant très marqué.

La dose mortelle, à la suite de plusieurs injections, a varié entre 1gr79 et 10 centigrammes. Ce dernier chiffre est évidemment trop faible et représente une exception. D'après Berlioz et Trillat, la dose mortelle serait de 66 centigrammes par kilogramme d'animal; ce chiffre paraît assez exact. Ce qui n'empêche pas que, chez l'homme, il faut se méfier de l'absorption en un coup de 5 à 6 grammes de la solution-mère de formol à 40 p. 100. Certaines précautions sont donc nécessaires pour empêcher la stagnation des solutions employées sur l'homme dans des plaies anfractueuses ou cavitaires.

Le pouvoir stérilisant du formol étant deux fois plus considérable que celui du sublimé, comme on peut s'en servir en solution au 1/200, on se sert en réalité d'un agent dix fois plus énergique que le sublimé au 1/1000.

Le formol a en plus un pouvoir désodorant absolument extraordinaire; les tissus gangrenés perdent immédiatement leur odeur infecte, au contact d'une solution au 1/200 ou à 5 p. 1000.

A ces divers titres, le formol est donc un agent de désinfection et de stérilisation de premier ordre. Sous forme de vapeurs, il est digne de confiance dans certaines conditions déterminées.

Par contre, en solution à 5 p. 1000, il est précieux pour l'immersion des instruments. Dans ces proportions, il ne les altère pas et il n'irrite sérieusement ni les yeux ni les mains.

Pour le lavage des plaies infectées, pour les pansements, en cas de gangrène étendue ou moléculaire, M. Le Dentu ne lui connaît pas d'égal jusqu'ici et la solution au 1/200 lui a paru toujours très bien supportée. Avec une solution au 1/400 ou à 2,5 p. 1000, on obtient encore de bons effets. La solution à 1/1000 est insuffisante lorsque les tissus sont mortifiés et les plaies infectes. On ne doit guère la conseiller que pour la balnéation.

Le parachlorophénol est un dérivé du chlore et de l'acide phénique. Il se présente sous la forme de cristaux qui fondent à 37 degrés, bouillent à 217 degrés, se dissolvent difficilement dans l'eau, facilement dans l'alcool, l'éther et les alcalis. Il a déjà été l'objet de recherches assez nombreuses dans ces dernières années. Spengler a affirmé qu'une solution à 2 p. 100 était l'agent le plus puissant pour détruire la virulence du bacille de Koch. Par la méthode des fils, la solution à 1 p. 100 tue les bacilles d'Eberth en trente secondes et le bacille du charbon en cinq minutes. Son pouvoir bactéricide serait donc cinq fois environ plus élevé que celui de l'acide phénique et des solutions cinq fois plus faibles sont équivalentes aux trois solutions classiques de cet acide.

D'après Girard (de Berne), la dose mortelle serait de 1 gramme par kilogramme d'animal. M. Le Dentu l'a trouvée de 25 à 26 centigrammes par kilogramme, après une seule injection, et sur le cobaye.

Le parachlorophénol altérerait peu les instruments. En solution au 1/100, il a paru attaquer fâcheusement même le nickel.

Outre son pouvoir microbicide cinq fois plus fort que celui de l'acide phénique, il lui reconnaît encore, comme avantages, d'être doué d'une odeur beaucoup moins violente et moins tenace, d'être aussi moins irritant; et il est, de fait, moins toxique, puisque sa solution au 1/100 correspond à la solution au 1/20 d'acide phénique. Néanmoins son absorption donne assez facilement lieu à des urines noires. C'est donc un agent dont le maniement exige des précautions.

L'orateur dit en avoir fait jusqu'ici trop peu d'applications pratiques pour avoir le droit de poser des conclusions fermes. Il dit seulement que le parachlorophénol mérite d'être étudié sérieusement et que, sous certains rapports, il pourrait bien, dans l'avenir, mériter la préférence sur l'acide phénique.

LA COMPRESSION DIGITALE DE LA PROSTATE

Par A. Guépin,

Ancien interne lauréat des hôpitaux, membre de la Société de médecine de Paris.

Dans une série de communications résumant des études communes avec mon maître Reliquet et se rattachant toutes à un travail publié par nous sur les *glandes de l'urèthre* (1894), j'ai cherché à démontrer que l'hypertrophie sénile de la prostate est ordinairement curable aux deux premiers stades de son évolution. La guérison peut être obtenue par un ensemble de soins (régime, cathétérisme, sonde à demeure, compression de la prostate, etc.), et ces soins, convenablement appliqués, donnent des résultats au moins tout aussi satisfaisants que les opérations dirigées directe-

ment ou indirectement contre l'hypertrophie prostatique (castration, vasectomie, cystostomie sus-pubienne, etc.).

Récemment, j'ai considéré dans leur mécanisme intime les modes d'action de la sonde à demeure sur la prostate sénile pour en provoquer la diminution de volume ; aujourd'hui, vu l'importance du sujet, j'entrerai dans quelques détails sur la compression digitale de la prostate.

Par ce terme, il faut entendre : *l'évacuation provoquée des sécrétions prostatiques et vésiculaires qui stagnent dans les culs-de-sac glandulaires dilatés*. Les mots « massage », « expression prostatique », répondent à d'autres idées, comme on le verra par la suite; ils ne sauraient être pris pour synonymes de compression digitale. Celle-ci est une petite intervention tout à fait spéciale, dont les indications sont précises, la technique simple et bien réglée, les résultats heureux désormais établis.

Imaginée par Reliquet, il y a environ quinze ans, très fréquemment mise en usage chez ses malades, paraissant toujours avoir abrégé la durée du traitement et complété son effet, elle n'est encore cependant connue que d'un très petit nombre de praticiens.

Les indications en sont précises : c'est, en thèse générale, la stagnation des sécrétions plus ou moins modifiées dans les glandes prostatiques, quand le traitement usuel ne suffit point à la faire disparaître. Il n'est donc pas, pour ainsi dire, une prostatite aiguë, subaiguë ou chronique, partielle ou généralisée, à une période déterminée de son évolution, où la compression digitale de l'organe soit inutile. Mais elle devient presque indispensable au vieillard dont la prostate dilatée subit peu à peu la sclérose péri-glandulaire et où les muscles expulseurs des sécrétions prostatiques perdent insensiblement leurs fonctions.

En effet, si la sclérose n'a point trop modifié les tissus, la compression digitale des glandes évacue leur contenu stagnant, favorise leur retrait, régularise leur circulation, et, en somme, aide puissamment à la régression de la prostatomégalie, c'est-à-dire à la guérison. Alors que cette régression définitive n'est plus possible, la compression digitale reste encore un moyen palliatif excellent des troubles urinaires de certains prostatiques, ainsi que nous en avons rapporté des exemples (1).

La technique en est simple et bien réglée : après avoir pris toutes les précautions nécessaires dans le toucher rectal de la prostate, la pulpe de l'index explore méthodiquement l'organe et reconnaît la saillie des glandes dilatées, donnant la sensation de petits kystes proéminents dans le rectum. Pour être autorisé à comprimer un de ces points, il faut que celui-ci présente une certaine mollesse, qu'il cède sous le doigt à la moindre pression, comme une poche qui se vide. Peu à peu, là où le doigt appréciait une saillie, il discerne maintenant une dépression limitée par des bords réguliers et plus fermes, comparable à celle qu'il déterminerait en appuyant sur un morceau de cire molle. Au contraire, à la moindre résistance, à la moindre douleur éprouvée par le malade, le doigt sera retiré. Cette compression digitale doit donc être faite avec la plus grande prudence ; car elle provoquerait et a provoqué, entre des mains inexpérimentées, une exacerbation des souffrances et une poussée nouvelle de congestion prostatique.

Après quelques jours de traitement dans les prostatites aiguës, lorsque les phénomènes douloureux commencent à s'amender, il faut songer à faire la compression digitale; l'état local reconnu par le toucher renseignera sur son opportunité. De même dans l'hypertophie sénile, comme dans les prostatites chroniques, ce n'est point au début, mais après avoir utilisé les autres procédés thérapeutiques (lavements, suppositoires, cathéterismes, etc.), pendant une période de durée variable, que l'on évacuera ainsi artificiellement les glandes.

Une seule séance de compression ne permet ordinairement point de vider toutes les dilatations glandulaires; ensuite, quelques-unes de ces dilatations se reproduisent, c'est la règle, moins volumineuses il est vrai. Il faut donc, à certains intervalles, pendant un certain temps (intervalle et temps que l'observation du malade sert à préciser), renouveler la compression. Je la fais habituellement précéder du passage d'une bougie molle en gomme de calibre moyen (16 à 18).

Pendant que la pulpe du doigt efface les dilatations glandulaires, le malade éprouve la sensation du passage d'un liquide dans l'urèthre; et souvent se présentent au méat de grosses gouttes de sécrétion prostatique, purulentes, fétides, striées de sang, parfois au contraire d'aspect presque normal. Le microscope en fait au besoin reconnaître aussitôt l'origine. On doit parfois attendre un instant pour voir s'écouler au dehors ces sécrétions stagnantes. Souvent, elles refluent en partie dans la vessie et l'urine, immédiatement après, sort trouble ou chargée de pus.

Les complications possibles sont toutes imputables à une faute opératoire, même celles qui résulteraient de la pénétration de l'urine dans les glandes dont la cavité reste béante et le canal excréteur dilaté. Ce qui revient à dire que chez le vieillard prostatique, à partir de la seconde étape, on comprimera la prostate sur la sonde à demeure ou en assurant la miction par un cathétérisme régulier.

Après la compression apparaît un calme relatif : les besoins d'uriner sont plus espacés; les érections pathologiques sont moins fréquentes; la congestion locale est atténuée; les urines sont plus claires; la vessie se vide plus complètement. Au total, amélioration indiscutable et qui peut être définitive.

Il convient le plus souvent de revenir à la compression digitale de la prostate jusqu'au moment où l'organe, diminué de volume, a acquis une consistance uniforme et souple et où cette compression ne provoque plus la sortie d'aucun liquide.

En résumé, pratiquée avec méthode, au moment exact où elle est indiquée, la compression digitale de la prostate vient s'associer aux autres moyens que nous avons décrits bien des fois, pour obtenir et hâter le dégonflement prostatique et faire cesser les troubles urinaires et les accidents infectieux qui en dépendent. Son utilité est particulièrement appréciable dans l'hypertrophie sénile, lorsque les parois des glandes ne sont point trop sclérosées, puisque la guérison de tous les symptômes morbides dont souffre le malade est encore possible; elle abrège, en outre, la durée du traitement. Dans beaucoup d'affections glandulaires de la prostate et des vésicules, la compression reste un des procédés les plus actifs dont nous disposions pour favoriser le retour des glandes à leur état normal.

(1) Reliquet et Guépin. *Les glandes de l'urèthre*, t. I, p. 107 et suiv.

DU SYNDROME RHUMATISMAL CHRONIQUE DÉFORMANT (1)

Par M. le docteur F. Barjon.

Conclusions. — I. — Le rhumatisme chronique déformant se développe chez des débilités, des prédisposés, des héréditaires sous des influences pathogéniques multiples : rhumatisme articulaire aigu; pseudo-rhumatismes (maladies infectieuses diverses : blennorragie, scarlatine, tuberculose, diphtérie, etc.).

Dans aucun cas, il ne paraît dépendre d'une lésion primitive des centres nerveux.

II. — Dans ces diverses manifestations chroniques polyarticulaires, il existe un syndrome clinique, toujours le même, évoluant en trois périodes : articulaire, névrotrophique et myélopathique, s'accompagnant toujours des mêmes lésions anatomiques essentielles au niveau des articulations et des extrémités osseuses et ayant constamment une courbe uroséméiographique identique.

Nous proposons le nom de : syndrome rhumatismal chronique déformant.

III. — La distinction actuellement établie entre l'affection dite « rhumatisme vrai » et les « pseudo-rhumatismes » doit être considérée comme provisoire. Elle est destinée à disparaître devant la détermination de plus en plus précise des causes de chaque processus rhumatismal et des conditions qui font varier l'évolution ultérieure de ce même processus une fois produit.

IV. — L'emploi des rayons X peut être très utile pour permettre de différencier les lésions anatomiques créées par le syndrome rhumatismal chronique de celle des autres arthropathies déformantes (goutte et affections nerveuses).

(1) Th. de Lyon. 1 vol. gr. in-8°, avec 8 figures et 14 graphiques dans le texte et 21 planches hors texte. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

THÉRAPEUTIQUE

Solution claire de cocaïne et de sublimé corrosif pour injections hypodermiques (R. V. G.).

Chlorhydrate de cocaïne . . .	10 centigr.
Bichlorure de mercure	20 —
Chlorure sodique	75 —
Glycérine	7 grammes.
Eau stérilisée . . . . Q. s. p.	20 cent. cubes.

Dans un flacon d'une capacité de 30 grammes, on pèse d'abord la glycérine; on prend ensuite deux tubes renfermant chacun une très petite quantité d'eau distillée; dans l'un on dissout la cocaïne, dans l'autre le bichlorure de mercure et le chlorure sodique. Le contenu de ce dernier tube est chauffé à l'ébullition, puis versé dans la glycérine et on agite bien le mélange. On ajoute ensuite en un mince filet la solution de cocaïne, on agite constamment et on parfait les 20 centimètres cubes avec de l'eau distillée bouillie. (*Journ. de pharm. d'Anvers.*)

Potion expectorante.

Eau de tilleul.	200 grammes.
Suc de réglisse.	10 —
Sel ammoniac	5 —
Extrait de jusquiame	10 centigr.
Émétique.	5 —

M. — Une cuillerée toutes les heures dans les rhumes avec réplétion bronchique. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 août 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATIONS

Holothyrus coccinella. — M. Mégnin fait connaître un acarien venimeux, qui se trouve dans l'Archipel indien. Cet acarien, qui mesure 5 millimètres de long sur 4 de large, est très nocif pour les oiseaux de basse-cour. Il est même dangereux pour l'homme et surtout pour les enfants qui présentent de l'œdème de la langue et de la région pharyngienne, quand ils portent leur main à la bouche après avoir touché ces acariens.

M. Mégnin a reçu dix de ces animaux, mais ils sont arrivés morts. Or, le simple contact sur la peau de l'avant-bras a suffi pour donner naissance à une brûlure assez intense avec un léger œdème local.

Compression digitale de la prostate. — M. Guépin lit une note sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 956.)

Sérum antitétanique. — M. Weber, résumant l'opinion d'un grand nombre de vétérinaires de Paris, confirme l'opinion émise par M. Nocard sur l'influence préventive et non curative du sérum antitétanique.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Genèse et nature de l'hystérie (1), par le docteur Paul Sollier.

M. Sollier s'est proposé d'étudier, dans cet important ouvrage, le mécanisme des différents accidents hystériques et la nature du trouble primordial qui les provoque.

Son travail est divisé en deux parties. La première (tome I) comprend l'exposé des faits et les doctrines. L'auteur indique d'abord la façon dont il a été amené à faire les recherches qu'il expose, la genèse même de sa conception de l'hystérie et les phénomènes qu'il fut à même de constater immédiatement dans leur ensemble. Ensuite sous le titre : « Réactions liées au réveil de la sensibilité », il analyse ces phénomènes de la façon la plus précise possible. Puis, allant du composé au simple, toujours par voie d'analyse, il interprète, à la lumière des faits précédemment démontrés, les accidents hystériques somatiques, les accidents mentaux, et les stigmates. Enfin, procédant par synthèse, il groupe tous ces faits pour s'élever à une conception générale de l'hystérie, qu'il expose dans un chapitre final. Toutes les théories proposées par M. Sollier sont appuyées sur des observations et des faits cliniques rédigés avec le plus grand détail et au jour le jour, qui constituent la matière de la deuxième partie (tome II) de l'ouvrage. Ces documents par eux-mêmes, en dehors de la question de doctrine, offrent un grand intérêt au point de vue thérapeutique et psychologique, l'observation clinique et l'expérimentation s'y contrôlant réciproquement.

La défense de l'Europe contre la Peste et la conférence de Venise de 1897 (2), par A. Proust, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, inspecteur général des services sanitaires.

Cet ouvrage a pour but de répandre les connaissances scientifiques sur la peste, afin de donner à l'opinion les

(1) 2 vol. in-8°. Prix : 20 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-8°. Prix : 9 francs. — Paris, Masson et Cie.

moyens de se rendre compte de ce que l'on doit faire pour empêcher le fléau, endémique en Extrême-Orient, de pénétrer en Égypte, dans la Méditerranée et en Europe, et cela sans tomber dans les errements anciens, sans apporter aucune entrave sérieuse au commerce et à la navigation. C'est une relation exacte de ce qui s'est passé à la conférence de Venise de 1897, l'exposé de la discussion telle qu'elle fut conduite, le récit des luttes que les représentants français eurent à soutenir pour triompher des oppositions de l'Angleterre et de la Turquie; mais c'est encore et surtout une sorte de monographie de l'histoire internationale et prophylactique de la peste, enrichie de toutes les données que l'étude des épidémies précédentes a permis d'y ajouter, des faits nombreux dont la bactériologie l'a si heureusement accrue, et aussi des moyens à mettre en œuvre en pareille occurrence. On lira aussi avec intérêt le chapitre consacré au traitement prophylactique et curatif de la peste, à la sérothérapie et à la vaccination antipesteuse de Yersin. Une bibliographie très riche, des figures et des cartes très claires complètent ce volume qui vient bien à son heure.

Les Tractions rythmées de la langue (1), moyen rationnel et le plus puissant de ramener la fonction respiratoire et la vie, par le docteur J.-V. Laborde.

La nécessité de cette nouvelle édition ne résulte pas seulement de l'épuisement de la première, mais aussi de la multiplication considérable des faits qui se sont produits dans ces deux dernières années, grâce à la vulgarisation et à l'extension croissante de la méthode qui a reçu une affirmation et une consécration définitives.

La méthode du docteur Laborde produit une véritable résurrection après une, deux et jusqu'à trois heures de manœuvre persistante et patiente. Il y a là une donnée toute nouvelle, du plus haut intérêt scientifique et pratique, relativement à la limite de survie, des propriétés fonctionnelles des éléments organiques qui interviennent dans ce procédé de ranimation.

Ce procédé purement mécanique donne, en outre, une solution pratique et accessible à tous du problème de la certitude de la mort.

Répandue non seulement en France, mais aussi à l'étranger, la méthode des tractions rythmées de la langue continuera à opérer de nombreuses résurrections, pour le bien de l'humanité et pour la lutte contre la dépopulation de notre pays.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le docteur Luys, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, est mort subitement à Divonne (Ain).

Né à Paris en 1828, interne en 1853, docteur en 1857, Luys devint en 1862 médecin de la Salpêtrière. C'est dans cet hospice qu'il commença ses remarquables recherches sur les affections du système nerveux. Il s'adonna tout entier à cette partie si intéressante de la pathologie et publia, en 1878, un livre qui fit époque : *Le cerveau et ses fonctions*.

Dans ces dernières années, il s'était mis fiévreusement à l'étude des phénomènes les plus délicats de l'hypnotisme et il défendit avec courage ses curieuses expériences devant l'Académie et la Société de biologie.

Tout récemment encore, il appelait l'attention du monde savant sur la photographie des effluves dégagés par le corps humain.

Ses obsèques ont eu lieu hier mercredi, en l'église Saint-Thomas-d'Aquin, au milieu d'une foule de collègues et d'amis venus pour lui donner le dernier adieu.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 août 1897, M. le docteur Goudounèche, à Ussel, a été nommé officier d'Académie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 98. — SAMEDI 28 AOUT 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 28 AOUT 1897. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS DE MOSCOU

RAPPORT

Sur le traitement du tabes. — M. J. GRASSET (de Montpellier) termine son rapport sur le traitement du tabes par les conclusions suivantes :

I. Comme il n'y a pas de traitement spécifique du tabes, les indications thérapeutiques ne peuvent être déduites que de la connaissance de la nature nosologique de cette maladie.

Le tabes est un syndrome anatomo-clinique, bien défini d'un côté par ses symptômes et son évolution (histoire clinique), de l'autre par ses lésions (histoire anatomique).

Ce syndrome anatomo-clinique fait partie d'une maladie plus générale : la sclérose multiple disséminée.

Car, 1° dans le tabes pris en lui-même il y a souvent des lésions scléreuses éparses, discontinues, disséminées; 2° avec le tabes coexistent souvent, chez le même sujet, d'autres syndromes anatomo-cliniques nerveux, qui correspondent à d'autres foyers disséminés de sclérose du système nerveux; 3° au tabes on trouve également fréquemment associées, chez le même sujet, diverses scléroses d'organes autres que le système nerveux.

Comme l'étiologie de la sclérose multiple disséminée, l'étiologie du tabes est essentiellement complexe.

La syphilis est la cause la plus fréquente; mais elle n'est pas le seul élément étiologique, même dans les cas où on la rencontre. L'arthritisme, diverses intoxications, la disposition névropathique héréditaire ou acquise, le surmenage médullaire et d'autres causes jouent aussi un rôle. Il y a des éléments étiologiques multiples qui collaborent pour produire soit la maladie elle-même, soit sa localisation sur la moelle sensitive.

Cette notion importante de la complexité étiologique est la seule qui me paraisse expliquer la parasyphilis : la syphilis n'y est qu'un complice ou un coaccusé.

II. Cela posé, le tabes est curable.

Les faits prouvent notamment qu'il peut être cliniquement guéri alors même que la lésion persiste.

D'autre part, le tabes peut aussi, à défaut de guérison, présenter des rémissions et des rétrocessions partielles, assez longues et assez durables pour être désirées par le malade.

Enfin, dans des cas moins favorables, on peut encore obtenir des temps d'arrêt.

L'ataxie locomotrice n'est donc pas implacablement progressive.

Donc, malgré l'anatomie pathologique et ses conclusions décourageantes sur la sclérose définitive de la moelle, il y a lieu d'étudier le traitement du tabes et de discuter ses ressources.

III. On peut classer sous trois chefs les actions thérapeutiques à rechercher dans le tabes. On peut chercher : 1° à guérir, améliorer ou enrayer l'état anatomique de la moelle; 2° à rétablir les fonctions troublées de la moelle malade; 3° à soulager les symptômes pénibles ou gênants.

Et les moyens proposés pour remplir ces indications se classeront en trois groupes : 1° Moyens s'adressant aux éléments étiologiques (agents modificateurs des causes du tabes); 2° Moyens s'adressant aux éléments anatomiques (agents modificateurs des lésions du tabes); 3° Moyens s'adressant aux éléments symptomatiques (agents modificateurs des symptômes du tabes).

IV. Dans les médications étiologiques du tabes, il faut discuter le traitement antisyphilitique, le traitement antiarthritique et divers autres traitements étiologiques.

1° Le traitement antisyphilitique n'est pas nuisible dans le tabes. Souvent il fait du bien (rémissions, rétrocession partielle); exceptionnellement, il guérit.

On doit l'instituer toutes les fois que la syphilis antérieure est certaine, probable ou seulement possible chez le tabétique. D'où la règle qu'on doit toujours instituer le traitement spécifique chez un tabétique dont on pose le diagnostic pour la première fois.

Ce premier traitement sera mixte et durera trois mois.

Les reprises ultérieures du traitement seront réglées suivant la tolérance et les effets.

L'emploi des eaux chlorurées et sulfureuses se rattache à cette indication.

2° Le traitement antiarthritique comprendra les alcalins,

les iodures (à faible dose), l'arsenic... un régime et une hygiène particuliers, certaines eaux minérales.

3° Les indications tirées des autres éléments étiologiques se déduisent de ces éléments mêmes et se synthétisent dans le traitement étiologique de l'état névropathique en général.

V. Les agents thérapeutiques qui s'adressent aux lésions du tabes tirent leur indication de la nature scléreuse de ces lésions ou de leur localisation médullaire.

1° Contre la sclérose, on emploie surtout les préparations iodées (iodures, teinture d'iode), les sels d'argent s'il y a intolérance des iodiques; le seigle ergoté (en surveillant et par séries courtes) dans les poussées aiguës ou subaiguës; le régime antiscléreux (qui est très important).

2° Plus spécialement à la moelle s'adressent les moyens de révulsion locale (dans les poussées aiguës ou subaiguës, en dehors des périodes de rémission), certains procédés électrothérapiques, l'élongation des nerfs (à peu près abandonnée aujourd'hui) et divers procédés d'élongation de la moelle.

Parmi ces derniers, la suspension doit être retenue comme un moyen utile, dans les phases essentiellement chroniques, à la condition formelle d'être continuée très longtemps: elle paraît s'adresser à la sclérose réalisée, au reliquat des poussées antérieures, à l'infirmité ou à la cicatrice plutôt qu'à la maladie dans son processus actif et progressif.

VI. Le traitement symptomatique peut se grouper sous cinq chefs principaux.

1° Les douleurs fulgurantes et les crises viscéralgiques sont justiciables de tous les sédatifs : opium (éviter le plus possible les injections de morphine), antipyrine, etc.

Contre les crises d'estomac, on a employé l'oxalate de cerium. L'étude du chimisme stomacal dans chaque cas fournira des indications complémentaires utiles.

Au même groupe appartient une série de moyens externes : révulsifs, chloroforme, eau chaude, électricité, eaux minérales sédatives.

2° A l'amyosthénie et à l'asthénie on a opposé la médication sequardienne et la transfusion nerveuse, qui peuvent être remplacées aujourd'hui par les injections de sérum artificiel et de glycérophosphates.

Au même groupe appartiennent les toniques internes (généraux et spéciaux) et aussi le massage et l'hydrothérapie, l'électricité et certaines eaux minérales.

3° Contre l'ataxie, la rééducation des muscles suivant la méthode de Frenkel est un récent et utile moyen : c'est la rééducation de la moelle par le cerveau ou le développement, par l'action cérébrale, d'une compensation médullaire, compatible avec la persistance de la lésion (comme dans le cas de Schultze).

Ce moyen doit être employé en dehors des poussées aiguës ou subaiguës, quand la vue, les fonctions intellectuelles et la force musculaire sont suffisamment conservées.

4° Sans parler de l'hystérie simulant le tabes et de l'association hystéro-tabétique, on peut dire que les phénomènes névrosiques occupent dans la symptomatologie du tabes une place beaucoup plus importante qu'on ne le croit et qu'on ne le dit généralement.

Le premier et le principal moyen pour combattre ces symptômes est la suggestion.

Au même groupe appartiennent : certaines applications électriques, l'hydrothérapie et certaines eaux minérales.

5° Enfin les troubles vésico-rectaux, les troubles oculaires, les troubles trophiques, les troubles circulatoires, les crises bulbaires sont le point de départ d'indications spéciales dans certains cas.

COMMUNICATIONS

Formes cliniques des cirrhoses du foie. — M. CHAUFFARD (de Paris). Très nombreuses sont les cirrhoses hépatiques et leur classification rationnelle doit tenir compte, à la fois, et des voies anatomiques vectrices de l'agent cirrhogène et de la nature même de cet agent; en d'autres termes, la classification doit être anatomique et, en même temps, étiologique. C'est à ce double titre que l'on a distingué des cirrhoses par voie vasculaire, biliaire ou capsulaire et relevant des intoxications exogènes ou endogènes, des infections et des toxines infectieuses, ou, enfin, des troubles mécaniques de la circulation.

Pourquoi et comment les cirrhoses hépatiques évoluent-elles tantôt sous le mode aigu, ou subaigu, ou chronique?

Avant tout, il faut tenir compte de la nature plus ou moins gravement nocive de l'agent cirrhogène, ainsi que du mode et de la durée de son action sur le foie.

Puis M. Chauffard, par une série d'exemples, démontre que tout agent capable de déterminer une cirrhose peut également, dans d'autres conditions, provoquer tous les degrés des réactions inflammatoires et dégénératives de la cellule hépatique.

La lésion cirrhotique n'est qu'une manière de résister du foie, un indice qui trahit la médiocre intensité d'action de l'agent irritant, en même temps que la réaction protectrice, au moins à son début. Mais cette lésion scléreuse devient à son tour autonome, perturbatrice et pathogène.

Toutes les cirrhoses veineuses dépendent d'une intoxication préalable, par poison exogène, par auto-intoxication, par toxi-infection. Cette intoxication doit agir à petites doses et pendant un temps prolongé; l'intoxication brusque et intense provoque la stéatose ou des dégénérescences nécrobiotiques de la cellule hépatique.

Pour les cirrhoses biliaires, le problème reste beaucoup plus obscur, et nous ne savons rien de certain sur la pathogénie de la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot.

On peut supposer que la série décroissante des affections biliaires part de l'ictère grave, descend aux ictères infectieux bénins et se termine à la cirrhose de Hanot, quand l'action toxique infectieuse évolue sous un type très atténué, mais par instant, et prolongé presque toujours pendant plusieurs années. Cette systématisation, si l'avenir en démontre le bien fondé, formerait une série, depuis les hépatites toxiques aiguës, jusqu'aux cirrhoses veineuses.

Dans les deux cas, la systématisation de la cirrhose diffère, mais sa loi de production reste la même : action faible, lente et prolongée du poison pathogène, quelles que soient la nature et l'origine de celui-ci.

Une cirrhose hépatique une fois constituée devient une maladie autonome, avec ses symptômes, ses complications, son évolution, ses terminaisons.

Ces divers éléments cliniques se groupent, s'associent entre eux, de façon à individualiser une série de types de cirrhoses dont la description est aujourd'hui classique.

Certains des symptômes observés sont d'ordre purement local et subordonnés à la systématisation du processus sclé-

rogène; tels, par exemple, l'ascite, les varices œsophagiennes, l'ictère, etc.

D'autres relèvent déjà d'une pathogénie plus complexe, des troubles subis par le fonctionnement d'autres organes, le cœur, les reins, le tractus intestinal. A mesure que la maladie progresse, elle généralise ainsi ses effets aux divers appareils organiques, et le processus, purement hépatique à son début, aboutit à un syndrome très complexe, à une maladie *totius substantiæ*.

Mais l'on n'aurait qu'une idée très incomplète des cirrhoses du foie, au point de vue de leur évolution clinique, si l'on ne tenait compte d'un élément majeur, l'état anatomique et fonctionnel des cellules hépatiques. Hanot a exprimé cette notion capitale sous une forme saisissante et très juste, quand il a dit que : « En matière de cirrhose, le diagnostic se tire de l'état du tissu conjonctif, et le pronostic de l'état des cellules hépatiques ».

Mais ce qu'il faut savoir, c'est que le foie lésé peut se réparer et s'hypertrophier pour suppléer à ses cellules détruites.

Grâce aux travaux de Hanot, on peut affirmer que l'hypertrophie compensatrice est une loi générale en pathologie hépatique. Dans les lésions les plus diverses, aiguës ou chroniques, pour peu que la destruction du parenchyme ne soit pas immédiate et définitive, on trouve des îlots, des foyers d'hypertrophie cellulaire, évoluant, le plus souvent, aux confins des espaces porto-biliaires, c'est-à-dire dans les régions du lobule où l'apport nutritif est le plus direct et la vitalité la plus grande.

Quand ces foyers hyperplasiques ont un développement très actif, les extrémités des trabécules hypertrophiés se tassent au contact des lobules voisins, sont refoulés, aplatis, et finissent par encapsuler le nodule. Ce sont des figures de ce genre qui ont été vues et décrites par Sabourin sous le nom d'hépatites nodulaires, de foyers d'hypertrophie nodulaire.

Enfin, quand le processus est poussé à son maximum d'activité, on trouve ces nodules adénomateux, si souvent observés dans la cirrhose atrophique du foie, et sur la nature desquels on a longuement discuté. Ici, l'hyperplasie épithéliale confine à la néoplasie, et l'on sait que certains de ces adénomes peuvent envahir la veine porte et devenir infectants comme de vraies tumeurs malignes.

Dans d'autres cas, les cellules hyperplasiées sont atteintes des mêmes lésions dégénératives que le reste du parenchyme, par exemple, dans l'hépatite nodulaire graisseuse des tuberculeux.

Ce processus d'hyperplasie compensatrice est si général, qu'il peut apparaître même dans les cas où on l'attendrait le moins. F. Flœck l'a constaté dans plusieurs cas de cancer du foie, et Neumann et Kolisko, dans un cas d'atrophie jaune aiguë, ont trouvé le foie bourré d'adénomes isolés ou confluents, et disposés autour des espaces porto-biliaires.

M. Chauffard fait l'application de ces données aux cirrhoses du foie et, à cet égard, distingue trois groupes de faits.

a. Dans une première catégorie de cirrhoses, l'hypertrophie compensatrice est insuffisante ou masquée par la destruction plus ou moins rapide ou totale des éléments glandulaires. Tel est le cas pour la cirrhose atrophique de Laënnec. La maladie est ici si grave, par les désordres circulatoires qu'elle entraîne, que la mort peut être la conséquence directe de ceux-ci. Mais, bien souvent, les cirrhotiques meurent de toxémie hépatique, par stéatose ou atrophie pigmentaire des cellules glandulaires et, parfois, dans un délai extrêmement court.

Ainsi meurent aussi les malades atteints de la cirrhose hypertrophique graisseuse de Hutinel et de Sabourin.

b. L'hypertrophie compensatrice peut être suffisante pour permettre aux malades une longue survie, mais non la guérison. Le processus sclérogène continuant à évoluer, un jour vient où les accidents apparaissent sous forme d'un ictère grave secondaire. C'est ainsi que meurent, le plus souvent, les sujets atteints de la maladie de Hanot ou cirrhose hypertrophique biliaire. Nous savons combien est longue l'évolution de cette cirrhose, dont la durée se compte par années. Si le malade meurt par accident au cours de son affection hépatique, par pneumonie, par exemple, on trouve des cellules hépatiques saines, hypertrophiées, souvent en pleine activité karyokinétique. Mais, si la cirrhose a le temps d'arriver à sa fin naturelle, c'est-à-dire à l'ictère grave secondaire, on trouve des trabécules dissociés, des cellules hépatiques fragmentées, dépourvues de noyaux, ou même granulo-graisseuses, et cela surtout au centre des lobules.

La vitalité, longtemps conservée et même accrue, des cellules hépatiques, leur hypertrophie compensatrice, nous expliquent ainsi la survie si prolongée des malades atteints de cirrhose hypertrophique biliaire.

c. Enfin l'hypertrophie compensatrice peut rester assez longtemps suffisante pour qu'une guérison, au moins apparente, soit obtenue. C'est ce qui se produit dans la cirrhose alcoolique hypertrophique de Hanot et Gilbert. Nous savons, depuis les travaux de ces auteurs, combien est différent le pronostic des cirrhoses alcooliques, suivant que le foie est atrophié ou hypertrophié. Dans ce dernier cas, il n'est pas rare de voir, par le régime lacté et la médication diurétique, l'ascite disparaître, l'état général redevenir satisfaisant; le malade semble guéri, et cela pendant de longues années parfois, et rien n'est plus frappant que ces guérisons souvent très inattendues.

Le foie ne réagit sous forme de cirrhose que si l'action de l'agent pathogène est relativement modérée et de longue durée. Le processus sclérogène est, jusqu'à un certain point, un processus protecteur et défensif pour la cellule hépatique. Celle-ci, à son tour, participe à l'évolution morbide, soit qu'elle réagisse par hypertrophie compensatrice, soit qu'à un moment donné et variable, suivant les catégories de faits, elle soit lésée ou détruite dans son protoplasma.

La forme clinique et évolutive d'une cirrhose dépend, en grande partie, de cette orientation variable des cellules hépatiques.

Mais elle est également subordonnée à bien d'autres conditions pathologiques, dont l'intervention toujours possible nous rappellerait, s'il en était besoin, toute la distance qui sépare un schéma nosographique de la réalité clinique. Non seulement la systématisation anatomique de la cirrhose (cirrhoses bi-veineuses, porto-biliaires, et biliaires pures) commande par elle-même une série de symptômes fondamentaux, mais, de plus, que d'incidents pathologiques possibles et capables d'aggraver ou de modifier le cours régulier de la maladie! Ce sera, par exemple, un érysipèle intercurrent (et nous savons combien est nocive, pour le cirrhotique, la toxine du streptocoque), ou un excès alcoolique,

ou un surmenage, un coup de froid, un traumatisme. L'insuffisance hépatique est toujours menaçante, et, pour le foie du cirrhotique comme pour le myocarde du cardiaque, la compensation fonctionnelle ne donne qu'un équilibre instable et précaire.

De plus, au cours d'une cirrhose en évolution, le processus morbide ne reste pas exclusivement hépatique : d'autres organes entrent en jeu, notamment le rein et le cœur ; ils interviennent pour leur propre compte dans l'évolution des accidents et le pronostic de la maladie.

Enfin, une cirrhose hépatique n'est bien souvent qu'un fragment d'une maladie plus générale, une des multiples localisations d'un processus plus ou moins diffus, tels qu'en peuvent engendrer les intoxications alcooliques ou toxiniques, et la prédominance hépatique des accidents ne doit pas faire isoler la cirrhose de l'ensemble des autres appareils organiques.

On voit combien est complexe l'appréciation de chaque cas individuel, et encore M. Chauffard n'a-t-il tenu compte que des formes cliniques principales et nettement classées.

Sur les toxines en dermatologie. — M. HALLOPEAU (de Paris). L'introduction de la notion des toxines dans l'interprétation des phénomènes pathologiques doit être considérée comme un progrès aussi fécond en conséquences doctrinales et pratiques que la découverte par l'histologie des unités cellulaires et que celle des microbes. On peut dire qu'elle constitue une véritable révolution, car elle a modifié de fond en comble l'interprétation de la plupart des phénomènes morbides. Ce travail a pour objet de résumer les acquisitions nouvelles qui en ont résulté pour la dermatologie.

L'auteur entend par toxines toutes les substances morbifiques produites par des êtres vivants. La condition essentielle de leur production est l'activité cellulaire; à chaque activité cellulaire appartient la genèse de produits qui lui sont propres et peuvent rester incorporés à l'élément anatomique, s'accumuler dans le tissu ambiant, pénétrer dans la circulation lymphatique ou sanguine, s'éliminer primitivement ou secondairement, avec les produits de sécrétion : d'où l'apparition possible de phénomènes morbides, au point de vue qui nous occupe, soit dans un territoire limité du tégument externe, soit en diverses parties de sa surface, soit dans sa totalité. Ils peuvent se développer chez le sujet générateur des toxines ou chez d'autres êtres vivants auxquels est transmis le produit nocif.

Le champ des toxines ainsi conçues est des plus vastes, puisqu'il comprend, non seulement tous les venins ou poisons, mais aussi tous les produits de sécrétion et de désassimilation des organismes vivants et des parasites qui s'y multiplient; bien plus, les tissus et surtout les liquides normaux de chaque espèce vivante peuvent devenir nocifs pour d'autres espèces.

M. A. Gautier, en étudiant ces produits au point de vue de la chimie et de la biologie, est arrivé à les grouper en trois grandes classes : les leucomaïnes, les ptomaïnes et les toxines proprement dites.

Il faut tenir grand compte, dans l'interprétation pathogénétique des toxines, non seulement de la nature de l'agent, mais aussi du terrain que lui offre le sujet affecté en raison de sa constitution, de son âge et des conditions dans lesquelles il se trouve au moment où il est exposé à l'action nocive. Les toxines peuvent être exogènes, endogènes, ou d'origine mixte.

Toxines exogènes. — Ce sont les venins, les poisons, les liquides et les tissus d'autres espèces animales.

Leur action s'exerce soit au niveau de la porte d'entrée, sous la forme d'érythèmes, de vésications, de suppurations, d'urticaires, de purpuras, plus rarement de gangrènes, parfois de dyschromies telles que celles qui caractérisent l'action des Pediculi pubis et de sensations anormales, le plus souvent prurigineuses ou cuisantes. Elle peut se traduire à distance ou se généraliser à toute la surface cutanée.

Certaines de ces toxines, par exemple celles qu'engendrent certains mollusques, n'agissent qu'après avoir été introduites dans les voies digestives; les champignons des teignes agissent par l'intermédiaire de toxines.

Toxines endogènes. — Elles peuvent provenir de troubles dans le fonctionnement cellulaire ou de la résorption de produits de sécrétion normaux ou altérés.

Les produits de fonctionnement cellulaire peuvent devenir nocifs, soit par leur quantité exagérée, soit par leur altération, sous l'influence tantôt d'une prédisposition héréditaire ou acquise, tantôt d'une altération passagère ou durable du milieu interne que constituent les humeurs : cette altération peut être elle-même d'origine extérieure, accidentelle ou provoquée par un trouble dans telle ou telle autre fonction de l'organisme.

Parmi ces produits d'origine viscérale, qui peuvent donner lieu à des altérations cutanées, on doit mentionner la thyroïdine et les substances qui s'accumulent lorsque le corps thyroïde est détruit, les sécrétions des capsules surrénales (mélanodermie), les substances anormales qu'engendre la ponte menstruelle, etc.

Parmi les produits de sécrétion dont la surabondance, l'altération ou l'élimination insuffisante sont causes d'intoxications, il faut citer surtout la bile, le glucose et les matériaux des sécrétions urinaire et sudorale. Tomasoli a mis en relief l'influence des auto-toxines sur la genèse des hyperkératoses.

Toxines d'origine mixte. — Celles qu'engendrent les microbes introduits dans l'organisme doivent être considérées comme telles, car si l'agent qui les produit vient directement ou indirectement du dehors, il les engendre à l'aide des éléments qu'il trouve dans les cellules ou les liquides de l'organisme. Le fait est de toute évidence pour les fermentations des voies digestives, envahies incessamment par de nombreuses colonies microbiennes qui y sécrètent des toxines aux dépens soit des aliments, soit des produits de sécrétion. L'organisme est protégé contre elles, surtout par l'épithélium et par le foie (Roger). La bouche est le siège fréquent de résorptions infectieuses : c'est là une cause d'altérations cutanées dans les pyrexies. La résorption des produits toxiques élaborés dans l'estomac dilaté est cause d'acné, d'eczéma et d'urticaire; les taches rosées typhiques sont dues à l'action des toxines développées dans l'intestin.

Bouchard et Charrin ont montré que les toxines engendrées par les microbes ont la même action pathogénétique que ces microbes eux-mêmes. L'action des toxines microbiennes peut rester limitée au voisinage immédiat de leur foyer générateur ; il en est ainsi dans les tuberculoses localisées, le chancre simple, les condylomes, le molluscum contagiosum, les acnés, les folliculites pustuleuses et le

furoncle; d'autres peuvent se répandre excentriquement. Il en est ainsi de la tuberculine, quand elle donne lieu à la production de lichen scrofulosorum autour de foyers lupiques; certains microbes, après s'être primitivement localisés, produisent secondairement des phénomènes d'infection qui peuvent eux-mêmes rester localisés ou se généraliser; si l'on ne retrouve pas dans ces manifestations secondaires le microbe pathogène, c'est qu'elles sont dues à la résorption des toxines. Il en est ainsi dans la diphtérie où l'on voit apparaître secondairement des éruptions semblables à celles que produisent les injections de sérum : dans la blennorragie dont les toxines vont provoquer en même temps que des arthropathies, soit des éruptions pseudo-exanthématiques, soit des élevures cornées, dans le coli-bacillose, dans le choléra, dans la tuberculose et la farcinose.

Le mode d'action de certaines toxines peut être très divers : c'est ainsi que celles de la tuberculose peuvent rester localisées autour des foyers microbiens et donner lieu, soit au tubercule anatomique, soit à d'autres néoplasies isolées et circonscrites, qu'elles peuvent se propager de proche en proche, comme dans le lichen scrofulosorum et, enfin, qu'elles peuvent aller provoquer à distance diverses autres manifestations de la tuberculose, telles que les follicules de Barthélemy, les acnés dites des cachectiques et des scrofuleux, diverses folliculites isolées ou agminées, compliquées ou non d'éruptions pemphigoïdes, et des éruptions papulo-érythémateuses persistantes; les manifestations pseudo-exanthématiques du lupus érythémateux doivent être interprétées dans le même sens; il en est vraisemblablement de même des éruptions érythémateuses aiguës, que l'on observe dans le farcin, la lèpre et les mycosis, les toxines interviennent, selon toute vraisemblance, dans la genèse des eczémas, des psoriasis, des purpuras, des éruptions pemphigoïdes non tropho-névrotiques.

Les toxines jouent un rôle prépondérant dans la genèse des dermatoses; il appartiendra à l'avenir de déterminer la constitution chimique exacte de chacune d'elles.

Les vomissements incoercibles des femmes enceintes; leur guérison rapide. — Appliquant la méthode de la palpation prolongée du tube digestif à l'examen des femmes grosses, atteintes de vomissements incoercibles, M. JULES GEOFFROY (de Paris) est arrivé à constater que ces vomissements étaient dus à une contracture réflexe du tube digestif, pylore, duodénum, mais plus particulièrement de l'angle ilio-pelvien du côlon.

La contracture du pylore et du duodénum étant elle-même secondaire et résultant de celle de l'angle ilio-pelvien du côlon, c'est sur ce dernier point qu'il faut agir.

La palpation prolongée, qui permet de reconnaître cet état d'hyperesthésie et de contracture, en constitue aussi le traitement; son action est certaine et rapide. En une, deux ou trois séances très courtes, elle calme l'hyperesthésie, fait cesser la contracture. La disparition de ces phénomènes entraîne celle des vomissements dont ils étaient la cause et la guérison s'établit ainsi rapidement. L'auteur rapporte plusieurs observations concluantes à l'appui de sa découverte.

Rôle du spasme et de la contracture dans les affections des organes digestifs. Description, diagnostic, traitement. — M. JULES GEOFFROY (de Paris) dit que dans les travaux d'ailleurs très remarquables qui ont été publiés au cours de ces dernières années, on a absolument laissé de côté l'étude du rôle que joue le tissu musculaire dans les états physiologiques et pathologiques de l'appareil digestif; ou, du moins, on ne s'en est occupé que pour réduire sa pathologie à l'atonie. Il faut cependant réfléchir que, quand un muscle est frappé d'atonie, c'est, ou bien que le système nerveux qui l'anime est lui-même atteint, ou que le muscle a été soumis à un travail excessif ou trop prolongé : l'atonie est une conséquence, dont il n'est pas oiseux de rechercher la cause. C'est cette importante période d'activité exagérée, maladive, de la fibre musculaire des voies digestives, que le docteur J. Geoffroy veut désormais faire entrer en ligne de compte dans l'étude des affections digestives.

Il fait remarquer que, si les fonctions physiologiques dévolues à l'estomac et à l'intestin, ne peuvent aucunement s'accomplir sans l'intervention directe et constante de leur tunique musculeuse, par contre, il faut bien reconnaître que toutes les affections de ces organes retentissent sur elle par la voie du système nerveux, en produisant d'abord le spasme et la contracture, plus tard, mais plus tard seulement, l'atonie et la dégénérescence. Pour l'auteur, spasme et contracture ne sont que la réaction des fibres musculaires lisses de l'appareil digestif en présence de l'état pathologique de la muqueuse et de ses sécrétions, ou des tiraillements que l'organe peut subir dans ses déplacements (ptoses). Il va plus loin, et, considérant la richesse nerveuse du tube digestif avec son double plexus, il pense que, sous la seule influence du système nerveux, il peut se produire une susceptibilité, une irritabilité de la fibre musculaire lisse (états moraux, fatigues, surmenage, névropathie, hystérie) capable d'engendrer à elle seule le spasme et la contracture et les phénomènes pathologiques qui en sont la conséquence.

Quand le tube digestif est affecté de spasme et de contracture, que l'affection soit primitive ou secondaire, la circulation intérieure et l'élaboration des matériaux de la digestion se trouvent arrêtées, de même que leur absorption et l'élimination de leurs résidus; la circulation sanguine rencontre elle-même des difficultés qui, ajoutées à l'irritation des plexus nerveux gastro-intestinaux, exercent une influence fâcheuse sur l'état général de la constitution. Il se crée ainsi des états morbides qui varient suivant la localisation des phénomènes de spasme et de contracture, et sur lesquels l'auteur appelle l'attention.

En face de ces obstacles mécaniques, il faut reconnaître l'impuissance de la thérapeutique pharmaceutique. Que peuvent en une telle occurrence les digestifs, les absorbants et les antiseptiques?

Il importe donc de savoir reconnaître ces états si importants de spasme et de contracture des différentes régions du tube digestif, et de savoir quelles sont les régions qui peuvent en être affectées, et pourquoi certaines régions plutôt que d'autres. Une sorte de massage particulier, à la fois doux et pénétrant, et surtout très calmant, que l'auteur désigne sous un nom qui le définit, la palpation prolongée, constitue à la fois le moyen de diagnostic et le procédé de traitement; son effet est certain et généralement très rapide, pourvu que l'on sache où et comment il faut l'appliquer.

De même que les spasmes des organes abdominaux (utérus, vessie) peuvent se communiquer au tube digestif, de même le spasme et la contracture des différentes por-

tions du tube digestif retentissent souvent sur les organes voisins (canal cholédoque, ictère ; utérus, vessie, urèthre). Ces spasmes secondaires cèdent, sans traitement particulier, dès que l'on fait cesser ceux du tube digestif qui les avaient engendrés.

Ce procédé ouvre donc une voie nouvelle et très féconde, aussi bien pour le diagnostic que pour la thérapeutique.

Étude sur l'immunité. — M. ROGER (de Paris) lit un long travail fort documenté sur le rôle et l'importance de l'immunité et sur les modifications humorales observées dans l'immunité acquise.

Il donne les conclusions suivantes :

Arrivé au terme de notre étude, nous pouvons mieux comprendre quelles sont les grandes causes de l'immunité, et nous pouvons pénétrer dans le mécanisme mis en œuvre par l'économie pour résister aux infections.

Il nous a été facile de démontrer que les conditions physiques ne sont pas capables d'expliquer le phénomène que nous étudions; il faut, de toute nécessité, faire intervenir des causes chimiques ou vitales. C'est ce qu'on met surtout en évidence en étudiant l'immunité acquise. Mais les changements qui se produisent alors dans la constitution des humeurs et des tissus ne sont pas primitifs; ils relèvent d'une direction nouvelle imprimée à l'activité nutritive des cellules.

Les cellules peuvent exercer leur rôle protecteur par deux procédés : 1° en sécrétant des substances solubles dont les unes diminuent l'activité des microbes (substances bactéricides ou antimicrobiennes), dont les autres augmentent la résistance de l'organisme aux toxines (substances antitoxiques); 2° en englobant, détruisant, digérant les éléments figurés.

Quelle est la part respective de ces deux modes de défense?

Si l'on admet qu'il y a véritablement des modifications humorales chez les animaux vaccinés, on sera tout naturellement conduit à leur attribuer l'action initiale. Dès qu'un microbe tombe dans un organisme rendu réfractaire, il se trouve immédiatement plongé dans les liquides doués d'un certain pouvoir antiseptique; dès lors, les éléments les plus faibles seront détruits, les plus résistants présenteront des signes non douteux de dégénérescence; cependant, quelques-uns prendront le dessus, se développeront et proliféreront. Mais c'est une loi de biologie générale, que les propriétés des cellules sont sous la dépendance du milieu où elles se développent; la vie n'étant qu'une adaptation au milieu, on conçoit que, suivant l'état des humeurs, les bacilles peuvent acquérir des caractères ou des propriétés dissemblables. Or l'expérience démontre que, dans le sérum des vaccinés, les microbes qui prennent le dessus sont souvent dépourvus de virulence, et quelques recherches établissent que les mêmes effets s'observent dans l'organisme vivant : dès lors, les bactéries deviennent incapables de sécréter les substances qui empêchent la diapédèse. Les cellules migratrices pourront donc accourir sur le point envahi, et, s'attaquant à des parasites affaiblis par les humeurs, en détermineront facilement la destruction. Sans l'intervention de la phagocytose, les microbes auraient fini par se développer, comme ils le font dans les sérums, en dehors de l'organisme; et la maladie, pour avoir été retardée dans ses débuts ou pour s'être atténuée dans ses manifestations, aurait fini par éclater; sans l'action préalable des humeurs rendues antibactériennes, les cellules auraient été incapables d'englober les éléments microbiens et n'auraient pu remplir leur rôle protecteur. En un mot, chez les animaux vaccinés, la phagocytose achève l'œuvre commencée par les humeurs. Les deux processus sont également indispensables pour assurer le triomphe de l'organisme.

Telle est la conception qui nous paraît cadrer le mieux avec les résultats actuellement acquis. Sans doute, comme toutes les théories, celle que nous admettons est destinée à se modifier profondément. Mais elle nous semble s'appuyer sur des faits nombreux et précis; elle conduit à cette conclusion dernière que, si les moyens dont l'organisme dispose pour combattre l'infection sont multiples, ils relèvent tous d'une même origine : l'immunité est une propriété d'ordre cellulaire.

Des causes essentielles de la chlorose. — On peut résumer le travail de M. GILBERT de la façon suivante :

La chlorose n'est pas une anémie secondaire subordonnée à un état pathologique des ovaires, du tube digestif, du foie ou du système nerveux, mais une anémie primitive.

Elle représente l'un des modes d'expression de la déchéance organique héréditaire, d'où sa coexistence fréquente avec d'autres stigmates de déchéance, tels que l'hypoplasie vasculaire, l'hypoplasie des organes génitaux, l'hystérie.

Elle se manifeste habituellement chez les jeunes filles, à l'époque de la puberté, avec ou sans l'intervention adjuvante de circonstances diverses, ces conditions étiologiques aisément saisissables devant être interprétées comme ayant une signification provocatrice.

De la physiologie pathologique des thromboses et des coagulations sanguines. — Voici le résumé de cette communication faite par M. CORNIL :

1° L'organisation des caillots intra-vasculaires se fait aux dépens des éléments cellulaires de la tunique interne des vaisseaux, cellules endothéliales de l'endoveine ou de l'endartère. Le réticulum fibrineux du caillot sert de soutien à la végétation de ces éléments.

2° Les phénomènes d'organisation sont très rapides; ils commencent, dès le premier jour, par des modifications dans les cellules endothéliales. Les néo-capillaires apparaissent vers le troisième et quatrième jour et le tissu conjonctif vers le neuvième et dixième.

3° L'étendue et le degré du traumatisme que l'on fait subir au vaisseau ont une certaine influence sur l'étendue et la rapidité de l'organisation. La septicité du caillot retarde, au contraire, les phénomènes.

4° Les phénomènes d'organisation sont partout les mêmes, quel que soit le siège de la coagulation sanguine, vaisseau, cœur, poumon, tissu cellulaire. Selon le siège, l'agent de l'organisation est la cellule endothéliale vasculaire, cardiaque, pulmonaire, ou bien la cellule fixe du tissu conjonctif, dont les autres ne sont que les dérivés.

Pathogénie de l'obésité. — Suivant M. LE GENDRE, les causes prédisposantes sont l'hérédité et le sexe féminin. L'hérédité se manifeste soit sous la forme similaire, soit sous l'apparence de la diathèse bradytrophique, l'arthritisme. On trouve, chez les ascendants des obèses, l'obésité, le rhumatisme et la goutte, l'asthme, les lithiases, le dia-

bète, la dyspepsie, l'eczéma, la migraine, les hémorrhoïdes, etc., et, dans leurs antécédents personnels, ce sont encore les mêmes maladies dont le lien commun est un état diathésique, une modalité vicieuse de la nutrition dans le sens du ralentissement (Bouchard). Le lymphatisme, autre état diathésique où la nutrition est ralentie, prédispose aussi à l'obésité.

La femme est deux fois plus exposée à l'obésité que l'homme, non seulement parce qu'elle est plus sédentaire, mais parce que diverses circonstances de sa vie génitale, en particulier la grossesse et la lactation, ralentissent encore sa nutrition.

Les causes occasionnelles sont le régime alimentaire défectueux, soit par la prédominance des aliments féculeux et sucrés plutôt encore que des graisses; la dyspepsie, dont nous expliquerons plus loin l'influence pathogénique; l'usage habituel de l'alcool, et, peut-être, l'abus des liquides; la sédentarité ordinaire, et surtout le passage brusque d'une vie active à une vie sédentaire, et la cessation subite de longues privations (cas fréquents d'obésité après le siège de Paris).

Citons encore certaines circonstances d'ordre pathologique telles que : les anémies par pertes de sang abondantes ou prolongées, et la chlorose; une maladie aiguë grave (fièvre typhoïde, par exemple) ou chronique (syphilis), aussitôt après laquelle l'obésité commence à se manifester.

Comment peut-on interpréter l'influence de ces diverses circonstances étiologiques? Quelles sont les origines de la graisse et pourquoi s'accumule-t-elle en excès chez les obèses?

La graisse pénètre dans l'économie par la voie alimentaire, soit directement, sous forme de matières grasses, soit par la transformation de certaines matières albuminoïdes, des féculents et des sucres.

M. Le Gendre montre la graisse s'accumulant dans les tissus, en nature, par simple dépôt. Il étudie comment les aliments les plus divers sont susceptibles de se transformer en graisse dans l'organisme.

Puis, l'orateur attire l'attention sur l'existence, dans le sang, d'un certain ferment qui transforme les graisses en acides et permet leur élimination.

Les causes de l'obésité peuvent donc se ranger sous deux chefs.

Il y a celles qui s'opposent à la destruction de la graisse dans l'économie, en entravant l'apport de l'oxygène, qui est nécessaire pour comburer les graisses; à cette catégorie appartiennent les anémies, les chloroses, les hémorragies, les saignées, qui ont toutes pour effet de diminuer le nombre des globules ou de les priver d'hémoglobine; la sédentarité et l'absence d'exercice musculaire agissent dans le même sens en laissant tomber au minimum compatible avec la vie l'oxygène introduit par la respiration; tandis que le mouvement, la marche, en accélérant la respiration, introduisent plus d'oxygène dans le sang par la voie pulmonaire.

La dyspepsie est souvent accompagnée ou suivie d'obésité. Voici comment M. Bouchard explique cette relation. Dans certaines dyspepsies, l'acidité de l'intestin cause une insuffisante sécrétion de bile alcaline, et l'arrivée dans le duodénum des acides de fermentation formés dans l'estomac a pour effet d'empêcher l'action du suc pancréatique sur les matières grasses. Celles-ci, au lieu d'être décomposées en glycérine et en acides gras, restent à l'état de graisse émulsionnée ou de graisse neutre dissoute; beaucoup plus lentes à s'oxyder quand elles pénètrent sous cette forme dans la circulation, elles peuvent se soustraire aux combustions, en s'enkystant dans les cellules du tissu adipeux.

Une seconde catégorie de causes sont celles qui accroissent la production de la graisse dans l'économie, soit en augmentant l'apport des graisses par l'alimentation, soit en favorisant la formation de graisses aux dépens des hydrocarbures et des albuminoïdes.

L'introduction d'aliments gras en excès contribue à l'accumulation de la graisse dans l'organisme, cela est naturel et ne souffre pas de contestation. Mais ce mécanisme de l'obésité ne saurait être ni unique ni constant, ni même prédominant sur les autres, puisqu'il est prouvé par l'observation que l'homme sain peut user et abuser de la graisse, sans aboutir à la polysarcie, que la plupart des obèses ne consomment pas plus de graisse que n'en comporte le régime normal et que beaucoup deviennent ou restent obèses en s'abstenant presque complètement de l'usage des graisses.

Les graisses peuvent n'être pas apportées en excès par l'alimentation, mais être mal élaborées dans le tube digestif par suite d'un état dyspeptique; alors introduites dans la circulation sous forme de graisse neutre dissoute ou de graisse émulsionnée, plus rebelles à l'oxydation que les acides gras, elles s'accumulent plus aisément dans le tissu adipeux.

Ensuite, nous avons vu qu'on peut faire engraisser des animaux en les privant complètement de matières grasses, si on leur donne en quantité suffisante des matières albuminoïdes.

Ainsi s'explique que de gros mangeurs, se nourrissant de viande exclusivement, deviennent obèses. On voit encore des hommes qui deviennent obèses, sans faire abus de graisse ni de matières azotées, mais en usant avec excès des farineux, comme on engraisse les oies, le bœuf, le porc par une alimentation riche en fécules.

En résumé, tous les aliments, quaternaires ou tertiaires, peuvent contribuer à faire de la graisse, soit directement, soit indirectement. Pris seuls, les aliments azotés n'engraissent que s'ils sont pris en grande quantité; ils contribuent plus rapidement à l'engraissement s'ils sont associés, dans l'alimentation, à une certaine quantité de graisse et d'hydrocarbures. Les aliments hydrocarbonés sont ceux qui favorisent le plus l'engraissement.

Les boissons contribuent-elles à l'obésité, et de quelle manière? Ont-elles un rôle dans la nutrition? Les physiologistes, jusqu'à ces dernières années, admettaient tous que l'urée et les matières minérales augmentent dans les urines quand on prend des boissons abondantes. Est-ce seulement parce que l'ingestion d'une plus grande quantité d'eau opère un lavage plus complet des tissus, comme l'a soutenu Jeanneret? Faut-il admettre, avec A. Robin, que l'eau, soit par son contact direct avec la masse alimentaire après ingestion, soit en provoquant une hypersécrétion intestinale après absorption, dissout une plus grande quantité de substances que l'intestin absorbe? Mais M. Debove a soutenu que l'eau n'a aucune influence de nutrition.

Depuis cette discussion, M. Briquet a fait connaître la fréquence de l'obésité chez certains ouvriers d'Armentières (Nord), les « pareurs » qui encollent le fil dans les tissages de toile. Ces hommes travaillent dix à onze heures par jour

dans une atmosphère surchauffée (35, 45 et même 50 degrés l'été) et chargée de vapeurs d'eau. On compte, parmi eux, 51 p. 100 d'obèses, tandis que l'obésité ne se rencontre que chez 5 p. 100 des ouvriers employés dans les autres ateliers des mêmes tissages.

M. Briquet, frappé, avec juste raison, de cet écart énorme, en recherche les causes. Ces pareurs dépensent beaucoup de forces; et pourtant 80 p. 100 d'entre eux sont petits mangeurs et ont une nourriture surtout azotée. En revanche, ayant des sueurs abondantes, ils boivent beaucoup (5 litres par jour, souvent plus en été). Outre les boissons destinées à compenser leurs pertes d'eau par sudation, ils prennent de l'alcool (de un verre à un demi-litre), mais les autres ouvriers non obèses en boivent autant. Leur boisson comprend 3 litres de bière (contenant de l'alcool et de la dextrine), mais c'est une bière peu nutritive, et, d'ailleurs, les autres ouvriers en boivent autant sans engraisser comme eux, de sorte que c'est surtout à la quantité des liquides qu'on doit attribuer leur obésité. La présence d'une grande quantité de vapeur d'eau dans l'atmosphère où ils vivent doit jouer également un rôle; car les lustreurs des retorderies de fil de lin, à Lille, qui travaillent dans une même température de 40 à 45 degrés, mais sèche, sont presque tous maigres.

Briquet (d'Armentières) admet : 1° avec Debove que, chez l'homme sain, si on augmente brusquement pendant deux ou trois mois la quantité d'eau ingérée, on ne produit pas d'engraissement; 2° avec A. Robin que, chez l'homme obèse, l'eau est indifférente dans certains cas, nuisible dans d'autres; 3° qu'un homme, travaillant plusieurs années dans une atmosphère chaude et humide et obligé à boire beaucoup, a une tendance marquée à l'engraissement.

L'alcool, en tous cas, favorise l'obésité par plusieurs mécanismes, en produisant la dyspepsie, en ralentissant la nutrition, puisqu'il diminue l'excrétion d'urée et l'exhalation d'acide carbonique par la voie pulmonaire, ou, comme on l'a dit aussi, en empêchant le sucre de s'oxyder complètement, de sorte que celui-ci fournit de la graisse au lieu d'aboutir à l'état d'eau et d'acide carbonique.

Une autre part doit être faite à l'influence du système nerveux, qui est évidente dans certains cas, mais dont le mécanisme est encore assez obscur. On a d'abord remarqué que l'adipose sous-cutanée apparaissait dans certaines régions sous l'influence de névralgies ou qu'elle accompagnait des troubles trophiques du système musculaire.

On peut admettre que l'accumulation de la graisse dans les parties paralysées résulte, soit de ce que les muscles, ne fonctionnant plus, cessent de brûler la graisse, soit de ce que l'oxydation de la graisse est enrayée, comme les autres combustions locales, par les troubles vaso-moteurs qui existent dans les membres paralysés. A l'appui de cette seconde opinion, M. Landouzy a invoqué la diminution de la température locale constatée par lui sur les membres en état d'amyotrophie et de lipomatose sous-cutanée.

En généralisant ces faits, on arrive à s'expliquer la coïncidence de certaines affections nerveuses avec l'obésité. On voit assez souvent des hystériques atteintes d'une polysarcie monstrueuse. De même que l'hyperglycémie qui constitue le diabète peut résulter d'une influence nerveuse, il est admissible qu'il puisse exister une lipémie et une adipose généralisée d'origine nerveuse.

Dans certains cas, on peut faire jouer un rôle à une insuffisance du myocarde, aboutissant à des stases et à des œdèmes qui fournissent des éléments à la surcharge graisseuse de certaines régions.

En mettant à part l'obésité acquise soit par un régime alimentaire vicieux, soit par quelque circonstance qui modifie accidentellement la nutrition, nous avons vu la nécessité d'accorder la plus grande part dans la pathogénie de l'obésité à une influence constitutionnelle héréditaire et diathésique, et M. Le Gendre conclut que si les deux facteurs de l'obésité sont, en résumé, l'excès des recettes et l'insuffisance des dépenses, ils ne peuvent rien dans les conditions ordinaires de la vie humaine sans une prédisposition qui est une modification héréditaire de l'activité cellulaire, une viciation préalable de l'innervation trophique. L'obésité est une des modalités de l'arthritisme.

FISTULE VÉSICO-UTÉRINE

SUTURE INTRA-VÉSICALE PAR LA VOIE SUS-PUBIENNE

(Rapport à la Société de chirurgie par M. A. Ricard, professeur agrégé à la Faculté de médecine.)

J'ai été chargé de vous rendre compte d'un travail du docteur Latouche (d'Autun) sur un cas de fistule utéro-vésicale, traitée avec succès par la suture intra-vésicale pratiquée après la taille sus-pubienne.

Voici en quelques mots l'observation :

La nommée G..., 44 ans, vigoureuse, bien portante, de taille moyenne, légèrement obèse, est accouchée le 6 avril 1895, d'un treizième enfant vivant. Tous ses accouchements antérieurs ont été pénibles, huit enfants sont morts en naissant ou peu après la parturition. Dans ce cas, le travail a duré vingt-quatre heures et s'est terminé par une application de fers difficile.

Six semaines après sa délivrance, cette femme s'aperçut qu'elle ne retenait pas ses urines. Elle consulta un médecin qui pensa à une fistule vésico-vaginale et l'adressa au docteur Latouche. Elle se présenta à lui, le 15 octobre 1895. L'état général est excellent, mais la malade est constamment mouillée. A l'examen local, il trouve le périnée sain, le vagin et le col en bon état, mais par l'orifice du museau de tanche on voit sourdre de l'urine. Une injection colorée poussée dans la vessie confirme le diagnostic. Une sonde recourbée de Mercier introduite dans la cavité cervicale butte un peu au-dessous de l'orifice interne du col sur une partie qui l'arrête et qui paraît être là fistule; cependant on n'entre pas facilement dans la vessie, ce qui s'explique par la situation élevée de la lésion et l'impossibilité de manœuvrer librement le bec de la sonde dans la cavité cervicale de l'utérus.

L'opération est pratiquée le 20 octobre 1895. Éthérisation par le docteur Valat. Assistance du docteur Gillot. Après désinfection de la vessie à l'eau boriquée, savonnage et nettoyage du vagin, et pose du ballon de Petersen dans sa cavité, le ventre est incisé depuis le pubis, suivant une ligne médiane remontant à 12 ou 15 centimètres en haut vers l'ombilic. Le cul-de-sac péritonéal visible est refoulé en haut et maintenu par une compresse stérile. L'écartement des droits ne paraissant pas suffisant, M. Latouche les désinsère de deux ou trois coups de pointe sur leur tendon dans leurs attaches internes au pubis. Puis des écarteurs étant placés et refoulant au maximum de chaque côté les parois, on voit très nettement le globe vésical gonflé par injection préalable, de 200 grammes environ d'eau bouillie. La face antérieure de la vessie est alors incisée sur la ligne médiane du sommet jusqu'au col derrière le pubis.

Immédiatement, chaque lèvre de l'incision est saisie entre les mors d'une pince en T à longues branches et confiée à l'aide qui fait bâiller en l'attirant au dehors la plaie vésicale.

L'exploration de la cavité de la vessie est difficile, le doigt sent mal la partie à suturer qui paraît profonde et comme cachée derrière une bride transversale de la muqueuse. On s'aperçoit bientôt que la difficulté est due à la présence du ballon de Petersen qui, repoussant en avant la portion vaginale de la vessie, cache la portion utérine sur laquelle siège la fistule. Le ballon vidé est enlevé, et alors toute la face postérieure du réservoir, quoique plus profonde, devient accessible. Le doigt sent alors nettement la fistule qui admet facilement la pulpe de l'index et est située à peu près entre les uretères et un peu au-dessus d'eux. La découverte de ceux-ci est faite péniblement. Un éclairage électrique du fond de la vessie serait à ce moment des plus utiles. Avec un bistouri boutonné introduit dans la fistule, le chirurgien avive largement l'orifice, et l'issue du sang par la vulve lui indique que l'avivement a porté sur le tissu utérin. A ce moment, l'écoulement sanguin intra-vésical est assez considérable pour gêner l'opération et nécessiter un tamponnement de quelques instants. Avec une aiguille courbe genre aiguille d'Emmet on passe quatre fils de soie fine de haut en bas et non de droite à gauche, de peur de blesser les uretères qui sont peu visibles et cachés par le suintement sanguin. Les fils noués solidement, il est facile de s'assurer par le doigt plus que par la vue que l'orifice vésico-utérin est hermétiquement clos.

Toilette de la vessie, suture à la soie et à deux plans de l'incision antérieure, en ayant soin d'invaginer les deux bandes serrées par les mors des pinces (suture d'Albarran), puis drainage de la cavité de Retzius avec une petite mèche de gaze, suture à trois plans de la paroi et pansement aseptique.

Après injection vaginale, lavage soigné de la vulve, une sonde de de Pezzer est placée dans la vessie.

La malade reportée dans son lit se réveille facilement, n'a aucun vomissement et ne souffre pas.

Les suites opératoires ont été absolument simples. Le drainage prévésical a été enlevé le matin du troisième jour chaque jour une injection vaginale et une injection vésicale poussée avec une grande douceur ont été pratiquées.

Il n'y a jamais eu de fièvre, ni de douleur. L'appétit est revenu de suite, et dès le cinquième jour, la malade était absolument en convalescence. La sonde à demeure a été changée deux fois pendant le traitement pour assurer son libre écoulement et éviter les dépôts uratiques. Elle a été supprimée le quinzième jour; la malade s'est levée le vingt-deuxième jour et a quitté la clinique le vingt-cinquième jour, complètement guérie.

Depuis lors, la guérison s'est maintenue parfaite, et jamais une goutte d'urine n'est sortie par le vagin.

La vessie fonctionne très bien, la malade retient ses urines et les émet à volonté et sans ténesme.

M. Latouche fait suivre son observation de quelques réflexions :

Sauf le cas de fistules utéro-vésicales siégeant très bas, facilement accessibles après un débridement du col, sans décollements ni délabrements de l'utérus, chez une femme ayant un vagin large, où la manœuvre des instruments dans la profondeur est aisée, il pense que l'opération idéale doit être la suture directe du fond de la vessie après taille sus-pubienne.

L'intervention, dit-il, est délicate, voire même difficile. L'épaisseur des parois est un facteur important, et la profondeur où l'on opère varie beaucoup suivant que la femme est maigre ou obèse. De plus, il faut se donner du jour, on n'y voit jamais trop, et, à cet effet, l'incision vésico-abdominale doit être très longue et bien descendre jusqu'au pubis. Il ne faut pas craindre de sectionner en bas une partie des tendons des muscles droits, afin de permettre à l'aide de manœuvrer facilement ses écarteurs et de bien ouvrir la voie vésicale. L'incision médiane lui paraît devoir toujours suffire, et il la préfère à l'incision de Trendelenburg.

La fixation des lèvres de la plaie vésicale est également très importante. M. Latouche s'est mal trouvé du passage de fils, suivant le précepte de Pousson; on tiraille ainsi la paroi vésicale qui peut déchirer; il préfère prendre avec une pince en T à longs mors de chaque côté de la section une longue bande vésicale qui permet une traction solide de la vessie au dehors. Si, à la fin de l'opération, la partie saisie par les pinces paraît compromise dans sa vitalité par la pression exagérée, il est facile de faire la suture vésicale en dehors d'elle sans avoir à craindre la désunion.

Le point délicat de l'opération, une fois la vessie largement ouverte, est la recherche des uretères. A cet effet, il est très utile d'avoir à sa disposition un éclairage suffisant, par exemple une petite lampe électrique facile à faire manier par un aide. Il est d'ailleurs indispensable de bien prendre ses points de repère et d'opérer avec le doigt plutôt qu'avec l'œil, car il ne faut pas oublier que la vessie saigne après l'avivement de la fistule, et que le sang gêne beaucoup. Aussi, après avoir reconnu la fistule, ce qui se fait par le doigt seul, et après s'être assuré par le doigt et par l'œil, autant que possible, qu'elle ne siège pas au niveau d'un uretère, il est prudent de diriger l'aiguille chargée du fil dans une direction parallèle à celle du conduit urinaire; on risque moins, de la sorte, d'enserrer dans un nœud un des orifices uretéraux. D'ailleurs il est de toute nécessité, après nettoyage du champ opératoire, avant de fermer la plaie vésico-abdominale, de bien s'assurer de la libre arrivée de l'urine dans le réservoir.

La possibilité de faire plusieurs plans de sutures paraît à M. Latouche absolument illusoire. On coud ce qu'on peut et comme on peut, et il lui a paru impossible de faire, comme le préconisent certains auteurs, plusieurs plans, l'un à la soie, l'autre au catgut. Il a préféré le fil de soie fin au catgut, visant avant tout à la solidité. Quant à la crainte de voir les fils être le point de départ de concrétions calcaires, il pense que le danger n'existe guère et croit plutôt que les fils qui pourront s'infecter au contact de l'urine seront éliminés à une époque où la solidité de la suture sera un fait acquis.

Il lui paraît utile, après fermeture de la vessie à deux plans suivant le procédé d'Albarran, de placer une lanière de gaze dans la cavité de Retzius. Ce drainage, que l'on enlève au bout de quarante-huit heures, a pour avantage de donner une sécurité absolue au cas où un fil viendrait à lâcher.

L'usage de la sonde à demeure est de rigueur pendant un temps plus ou moins long, quinze jours environ. La sonde de de Pezzer est la plus commode; à dater du troisième jour, on fait une injection vésicale quotidienne à l'eau boriquée tiède. Cette injection envoyée avec précautions assure l'asepsie de la vessie et le libre écoulement de l'urine par la sonde.

Au point de vue asepsie, il est indispensable, avant l'o-

pération, de faire un lavage de la vessie et surtout de savonner le vagin. En pareille occurrence, il serait bon de pratiquer un curettage utérin; ce curettage présenterait le double avantage de désinfecter la muqueuse utérine et d'aviver la face profonde de la fistule.

Toutes ces réflexions sont judicieuses et nous nous y associons pleinement. Toutefois, M. Latouche me permettra de lui faire une légère critique.

La nécessité d'une opération dans le cas de fistule vésico-utérine ne pouvant pas être discutée, le chirurgien doit se demander, non pas s'il doit intervenir, mais à quelle variété d'acte opératoire il va avoir recours, et faire un choix parmi les différents procédés existants.

Or, on ne voit pas notre confrère tenter la voie vaginale, et cependant le vagin est sain, le col est sain. Il est toujours facile d'argumenter théoriquement sur un cas que l'on n'a pas observé personnellement; cependant, j'aurais été heureux de voir tout au moins discuter la voie vaginale.

Le vagin étant sain, le col sain, tout porte à croire que la vessie et l'utérus étaient facilement abaissables, surtout chez une multiplare qui avait eu 13 enfants. Dans ces conditions, l'opération faite par la voie vaginale en dédoublant la cloison vésico-utérine m'eût paru plus facile et moins complexe. Je n'en veux pour preuve qu'une intervention analogue à laquelle notre collègue et ami Walther me pria d'assister. Dans son cas, il s'agissait d'une femme ayant déjà subi plusieurs interventions infructueuses, dont la dernière avait été faite par la voie sus-pubienne, par la suture intra-vésicale. Notre collègue fit un large dédoublement vésico-utérin, put atteindre la fistule et suturer facilement les surfaces avivées. Son intervention réussit.

Aussi, sans vouloir en déduire que dans le cas de M. Latouche la voie vaginale était indiquée, je puis dire que d'après son observation elle ne paraissait pas contre-indiquée.

Ceci étant posé, et l'opération ayant été d'emblée pratiquée par la voie sus-pubienne, je ne puis que féliciter notre confrère de l'avoir menée à bien, et je m'associe à toutes les déductions qu'il tire de son observation :

1° Nécessité d'une asepsie rigoureuse du vagin et même de l'utérus. Notre confrère reconnaît qu'il eût bien fait de commencer par un curettage utérin.

2° Nécessité d'une longue incision de la paroi abdominale, d'une large ouverture de la vessie, de la désinsertion des muscles droits. On n'y voit jamais assez pour aviver et suturer dans le fond de la cavité vésicale, d'où nécessité également d'un bon éclairage, voire même par une lampe électrique.

3° L'incision verticale est préférable à l'incision transversale, la malade sera couchée en position inclinée de Trendelenburg; l'on devra éviter l'emploi du ballon de Petersen, après le premier temps de l'opération; il ne devra servir que pour rechercher et ouvrir la vessie.

4° La difficulté véritable de l'opération consiste dans l'avivement et l'affrontement des surfaces avivées. Comme le dit M. Latouche, on coud ce que l'on peut et comme l'on peut, le point capital est de bien savoir où sont les uretères, pour ne pas occlure leur orifice par la suture.

On me pardonnera de ne point faire l'historique de cette intervention relativement récente, historique que l'on trouvera dans la communication de notre collègue Pousson au Congrès de chirurgie de 1895, et dans une autre communication du professeur Duplay à l'Académie de médecine (19 novembre 1895) et dans le mémoire remis par M. Latouche.

Ce qu'il faut retenir de l'observation de notre confrère, c'est que la suture intra-vésicale est une opération difficile et délicate; et par conséquent qu'elle ne trouve son indication que lorsque les procédés d'occlusion sont impossibles par la voie vaginale. C'est la conclusion à laquelle je m'arrêterai. Mais, d'autre part, il est évident que, comme tout procédé d'occlusion directe de la fistule, la suture intra-vésicale est infiniment supérieure, au point de vue thérapeutique, à tous les procédés d'occlusion indirecte : occlusion du museau de tanche, du vagin ou de la vulve.

Je félicite donc notre confrère d'avoir su mener à bien une opération aussi délicate, ce qui nous est un garant de son habileté chirurgicale bien connue, mais je tiens à répéter que toute fistule utéro-vésicale n'est pas fatalement et nécessairement justiciable de la suture par la voie sus-pubienne. Nombre de ces fistules seront avec fruit attaquées par le vagin, toutes les fois que le conduit sera dilatable et que l'utérus pourra facilement être abaissé.

En dehors de ces cas, la suture intra-vésicale par la voie sus-pubienne est une conquête nouvelle de la chirurgie, qui permet de guérir des malheureuses femmes jusqu'ici regardées comme incurables ou difficilement curables.

THÉRAPEUTIQUE

Remède contre les plaies occasionnées par l'usage de mauvaises chaussures.

Savon de potasse du commerce.	52	parties.
Eau	27	—
Vaseline	15	—
Oxyde de zinc.	6	—
Essence de lavande	q. s.	

Pour un liniment, pouvant être utilisé également contre l'hyperhydrose des pieds.

Contre le pityriasis versicolor.

Alcoolat de lavande.	120
Sublimé.	1
Huile de lavande.	4
Savon vert.	80

Cette friction, d'odeur agréable, appliquée sur la peau, sans l'essuyer, fait disparaître rapidement les plaques de pityriasis. On prend un grand bain trois jours après la lotion.

Cachets digestifs et stimulants.

Poudre de fèves de Saint-Ignace.	3	centigr.
Pepsine extractive.	30	—
Maltine.	10	—
Poudre récente de noix de kola.	20	—

Pour un cachet.
Un cachet au milieu du déjeuner et du dîner.

Injections sous-cutanées contre les affections rhumatismales (Bozzolo).

R. Salol.	1	gramme.
Chloroforme	1	—
Huile d'amandes stérilisée. . .	8	—

Deux à quatre seringues de Pravaz par jour. (*Gaz. hebd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 24 août 1897, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Baudoin, désigné comme médecin-chef de l'hospice mixte de Castres; — Gély-Guinard, pour le 163e d'infanterie; — Blanchetière, pour l'hôpital militaire de Bastia; — Hermantier, pour le 36e d'artillerie; — Courtot, pour le 3e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Petit, pour le 81e d'infanterie; — Mandoul, pour le 40e d'infanterie; — Chandèze, pour le 163e d'infanterie; — Berthier, pour le 110e d'infanterie; — Prieur, pour le 82e d'infanterie; — Lairac, pour le 16e bataillon de chasseurs à pied; — Barudel, pour le 22e d'infanterie; — Janot, pour le 13e escadron du train des équipages; — Herr, pour le 45e d'infanterie; — Rossignol, pour le 89e d'infanterie; — Terrail, pour l'hôpital militaire de Marseille; — Julia, pour le 126e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Barré, pour le 73e d'infanterie; — Duron, pour le 27e bataillon de chasseurs à pied; Althoffer, pour le 4e d'artillerie; — Cultin, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Moinet, pour le 5e cuirassiers; — Marotte, pour être employé comme surveillant à l'École du service de santé militaire à Lyon; — Job, pour l'École militaire d'infanterie de Saint-Maixent; — Marie, pour le 3e chasseurs d'Afrique; — Eybert, pour le 52e d'infanterie; — Vernet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Mariau, pour le 16e bataillon de chasseurs à pied; — Biraud, pour le 20e d'artillerie; — Labaste, pour le 34e d'infanterie; — Du Roselle, pour le 13e cuirassiers; — Roux, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Lesnes, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Guichemerre, pour le 36e d'artillerie; — Huber, pour le 26e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Schneider, pour l'hôpital militaire d'Oran; — L'Homme, pour le 18e d'infanterie; — Guichard, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Ligouzat, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Denis, pour le 6e cuirassiers; — Stéfani, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Bar, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Bouquet de Jolinière, pour le 66e d'infanterie; — Petges, pour le 7e bataillon de chasseurs à pied; — Romary, pour le 3e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 juillet 1897, M. Vast, chirurgien en chef de l'hôpital de Vitry-le-François, a été nommé officier de l'Instruction publique.

— Le prochain Congrès international de médecine se tiendra à Paris en 1900. M. le professeur Lannelongue a été élu président, et M. Chauffard secrétaire général.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Berthelot, médecin du ministère des Postes et Télégraphes, décédé à l'âge de soixante-cinq ans; — Gros, Alsacien d'origine, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de clinique médicale à l'École d'Alger; — Perès (de Monguilhem).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 99. — MARDI 31 AOUT 1897. 70e ANNÉE. MARDI 31 AOUT 1897. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS DE MOSCOU

RAPPORT

Les formes cliniques des cirrhoses du foie, par MM. A. GILBERT (de Paris) et H. SURMONT (de Lille). — Dans son rapport, M. Chauffard (1) a synthétisé les notions actuellement acquises sur la pathologie générale des cirrhoses, MM. Gilbert et Surmont en abordent l'étude analytique, en envisageant spécialement les « formes cliniques » qu'elles revêtent.

Dès l'abord, en se fondant sur l'état de la cellule hépatique, dont le regretté Hanot a montré l'importance dans les cirrhoses, ils en distinguent deux grandes catégories : les cirrhoses simples, les cirrhoses compliquées.

I. Cirrhoses simples. — A. *Cirrhoses toxiques.* — Les poisons capables de provoquer la cirrhose du foie sont puisés dans l'organisme ou proviennent du dehors.

Les cirrhoses par auto-intoxication ont été signalées dans la dyspepsie, la goutte et le diabète.

En ce qui concerne la cirrhose dyspeptique, Hanot et Boix la décrivent comme caractérisée par un foie volumineux, lisse, remarquablement dur, sans augmentation de volume de la rate, sans ictère, sans ascite, sans circulation veineuse collatérale. La durée de cette affection serait très longue, pourrait atteindre et dépasser dix ans, le volume du foie restant stationnaire.

Les poisons qui amènent la cirrhose dyspeptique seraient sans doute multiples. On a songé à incriminer, entre autres, l'acide acétique, qui se forme si fréquemment dans l'estomac des dyspeptiques; expérimentalement, cet acide, entre les mains de Boix, aurait reproduit la maladie.

Dans la goutte, d'après Murchison, M. Rendu, la cirrhose serait susceptible de couronner une série de poussées congestives du côté du foie, traduisant son développement par l'hypertrophie hépatique indolore sans ascite ni circulation abdominale complémentaire.

Chez les diabétiques, enfin, en dehors de la cirrhose pigmentaire, dont nous parlerons ultérieurement, il serait possible de rencontrer des modifications du foie comparables à celles que présentent les goutteux.

Les cirrhoses par hétéro-intoxication sont beaucoup plus fréquentes et bien mieux connues que les précédentes.

Quelques poisons seulement sont considérés comme susceptibles de les produire.

Segers a rapporté des faits qui tendraient à établir que l'ingestion prolongée de grandes quantités de moules serait capable d'amener le développement d'une cirrhose. Il aurait relevé des exemples de cet ordre chez les indigènes de la Terre de Feu, qui se nourrissent presque exclusivement de moules et en ingèrent jusqu'à 5 à 10 kilogrammes quotidiennement.

Le plomb a été formellement accusé d'engendrer la cirrhose. A la vérité, expérimentalement, ainsi que l'a démontré M. Laffitte, on peut, en faisant ingérer du plomb au cobaye, provoquer la production d'une sclérose annulaire périportale; mais chez l'homme, malgré les observations publiées, son existence est encore contestable.

Cirrhoses alcooliques. — Si la cirrhose est presque toujours la conséquence de l'ingestion réitérée et longtemps soutenue de boissons alcooliques, cependant elle a pu être rencontrée chez des individus sobres, vivant au milieu des vapeurs de l'alcool, et reproduite expérimentalement chez des lapins dans des conditions analogues.

L'abus de l'alcool s'accompagnant toujours de désordres gastro-intestinaux, on a été conduit, dans ces temps derniers, à émettre cette idée, que les troubles dyspeptiques ainsi réalisés pouvaient jouer un certain rôle dans la production de la cirrhose.

Nous n'avons pas à insister ici sur les débats qui ont été soulevés relativement au rôle prépondérant de telles ou telles boissons dans la production de la cirrhose; il semble bien, d'ailleurs, que toutes soient également susceptibles de conduire au même résultat.

Nous avons hâte d'arriver à l'étude des formes cliniques sous lesquelles la cirrhose, une fois réalisée, se manifeste.

Il en est deux principales, actuellement bien connues et susceptibles d'être diagnostiquées d'une façon rigoureuse, à savoir : la cirrhose atrophique alcoolique ou maladie de Laënnec, et la cirrhose hypertrophique alcoolique (Hanot et Gilbert).

L'anatomie pathologique révèle qu'atrophique ou hypertrophique, la cirrhose alcoolique est annulaire et biveineuse,

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 962.

sa systématisation étant due à l'apport de l'agent cirrhogène par la voie portale.

Les anneaux fibreux, que l'on observe dans l'une et l'autre forme, entraînent une compression du parenchyme et une gêne circulatoire, qui se traduisent par de la congestion du système portal avec ses conséquences possibles, c'est-à-dire l'ascite, la tuméfaction de la rate, les hémorrhagies gastro-intestinales, le développement d'une circulation collatérale.

Mais, tandis que, dans la maladie de Laënnec, corrélativement au développement des anneaux fibreux, les cellules hépatiques s'atrophient progressivement, dans la forme hypertrophique, celles-ci résistent, se défendent et même s'hypertrophient. MM. Hanot et Kahn ont parlé, dans ces cas, de régénération : M. Gilbert n'y voit qu'un processus de résistance et d'hypertrophie.

Quoi qu'il en soit, de la manière d'être différente du parenchyme, dans les formes atrophique et hypertrophique, découlent des dissemblances symptomatiques considérables.

Alors que, dans la maladie de Laënnec, le foie traduit son insuffisance fonctionnelle par la glycosurie alimentaire, la diminution du taux de l'urée urinaire, l'urobilinurie, l'hypertoxicité des urines, etc., dans la cirrhose hypertrophique, le foie demeure presque complètement à la hauteur de sa tâche; Surmont même, dans un cas, a constaté une diminution de la toxicité urinaire.

L'on conçoit que les fonctions digestives et que l'état général soient fort inégalement influencés dans des conditions si différentes; l'on conçoit également que la marche et la durée des deux cirrhoses soient fort dissemblables, l'on conçoit, enfin, qu'il en soit de même de leur terminaison.

Dans la cirrhose atrophique, la menace de mort est double; elle provient et des troubles circulatoires et des troubles cellulaires qui conduisent progressivement à l'insuffisance hépatique et au coma hypothermique. Dans la cirrhose hypertrophique, au contraire, l'intoxication n'est pas immédiatement menaçante, et le danger le plus proche réside dans la congestion portale pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie mortelle.

Les deux cirrhoses sont donc loin de comporter le même pronostic. Sous l'influence d'un traitement rigoureux, toutes deux, sans doute, peuvent s'amender au point de permettre la disparition de certains symptômes, tels que l'ascite, et de s'accommoder d'une survie plus ou moins longue. Mais, alors que, dans la cirrhose atrophique, ces faits constituent de véritables exceptions, en regard de la multiplicité des cas suivis de mort, le nombre des guérisons des cirrhoses hypertrophiques est considérable, puisque les deux tiers des exemples qui ont été fournis d'amélioration ou de « guérison » de la cirrhose se rattachent, à y regarder de près, à cette modalité pathologique.

Si l'action cirrhogène de l'alcool n'est pas douteuse, quelle que soit, d'ailleurs, l'idée que l'on se fasse de son mécanisme, on ignore, et les raisons pour lesquelles certains individus deviennent cirrhotiques, alors que d'autres échappent à la maladie dans les mêmes conditions, et les raisons qui orientent la cirrhose vers la forme atrophique ou vers l'hypertrophique. Relativement au premier point, on a pu, avec Hanot, invoquer la prédisposition arthritique; en ce qui concerne le second, il faut faire observer, tout d'abord, que, dans la cirrhose hypertrophique, les anneaux scléreux sont généralement moins épais, par suite moins rétractiles, que dans la forme atrophique; mais il faut invoquer, en outre, une résistance vitale particulière. Celle-ci est telle que, quelquefois, l'hypertrophie du parenchyme semble même dépasser la mesure, et l'on voit s'ébaucher les lésions de l'hépatite parenchymateuse, tandis que, d'autre part, la circulation compensatrice devient elle-même excessive, par son excès même, menaçant l'existence.

A côté des deux grandes formes cliniques de la cirrhose alcoolique, et pour être complet, il faut faire une place aux formes frustes, latentes et anormales.

Les formes frustes, qui ne créent qu'un tableau symptomatique ébauché où manquent, plus ou moins complètement, la circulation collatérale, l'ascite, etc., de même que les formes latentes, où tous les symptômes cardinaux font également défaut, sont les unes et les autres exceptionnelles.

Tantôt, elles demeurent telles pendant toute la durée de leur évolution; tantôt, elles succèdent aux formes communes, et l'on peut dire de celles-ci que, améliorées ou guéries, elles se sont transformées en frustes ou latentes.

Une mention doit être accordée à la cirrhose alcoolique des enfants, qui affecterait une marche plus aiguë que celle des adultes, et qui serait traversée par une succession d'épisodes aigus.

B. *Cirrhoses infectieuses.* — De même que les cirrhoses toxiques, les infectieuses se distinguent en deux groupes, selon que l'organisme a puisé l'agent pathogène au dehors ou en lui-même.

Les cirrhoses par hétéro-infection relèveraient d'un grand nombre de causes, si l'on en croyait les auteurs. C'est ainsi que les fièvres éruptives de l'enfance et, particulièrement, la rougeole, la fièvre typhoïde, le choléra, seraient capables de les produire. Mais cette étiologie n'est pas rigoureusement établie, et il demeure douteux que ces maladies aiguës et passagères aient un véritable rôle cirrhogène.

Pour susciter la cirrhose, il semble que les causes morbides doivent être capables d'exercer sur le foie une action, non seulement assez puissante, mais encore prolongée.

Tel ne peut guère être le cas que des maladies chroniques, et, en fait, la syphilis, la tuberculose et l'impaludisme, dont les relations avec la cirrhose ne peuvent guère être contestées, rentrent bien dans cette catégorie.

Dans le paludisme, Kelsch, Kiener, Laveran ont décrit des formes atrophiques et hypertrophiques de cirrhoses qui, par leurs caractères cliniques et anatomo-pathologiques, se distinguent mal des cirrhoses alcooliques.

D'ailleurs, les cirrhoses paludéennes ressortiraient beaucoup plus au groupe des cirrhoses compliquées qu'à celui des cirrhoses simples.

Cirrhoses syphilitiques. — Les scléroses du foie présentent une physionomie clinique et des lésions bien différentes, selon qu'elles se développent à l'époque tertiaire de la syphilis acquise ou chez le nouveau-né frappé héréditairement.

Dans la syphilis acquise, la cirrhose hépatique est d'une très grande rareté, mais elle offre des traits vraiment caractéristiques. Le foie apparaît labouré de sillons profonds qui le lobulent à la façon du rein de veau et lui ont mérité la désignation de foie ficelé. Atrophié dans certains points, il est, au contraire, ailleurs hypertrophié; aussi a-t-il subi des modifications de forme remarquables. Tantôt l'atrophie tend à prédominer, tantôt, et plus souvent, l'hypertrophie, si bien qu'il est généralement augmenté de volume et de poids.

Aux lésions scléreuses, irrégulières, non systématisées, s'associent presque toujours des gommes microscopiques et visibles à l'œil nu.

Cliniquement, cette cirrhose se sépare peu des cirrhoses alcooliques communes, malgré que son tableau soit, en général, plus fruste et sa durée plus longue.

L'on conçoit que les grandes modifications de forme subies par la glande hépatique, quand elles pourront être révélées par son exploration, fourniront des indices précieux de diagnostic.

Tout autres sont les lésions, et, par suite, les symptômes, dans la syphilis héréditaire. Ici le foie est uniformément augmenté de volume; il offre l'aspect du silex, il est lisse, ferme, élastique, tacheté d'un semis de points blanchâtres comparés à des grains de semoule. A l'examen microscopique, on constate l'existence d'une sclérose diffuse qui dissocie les différents éléments des trabécules, les isole, revêt, en un mot, le type monocellulaire.

Une cirrhose d'une telle topographie ne se rencontre guère chez l'adulte, aussi bien dans la syphilis qu'en dehors d'elle. Cependant, on en peut rapprocher, dans une certaine mesure, la cirrhose alcoolique hypertrophique diffuse, telle que l'ont décrite MM. Gilbert et Garnier.

Cliniquement, la syphilis hépatique héréditaire se traduit par une augmentation de volume uniforme du foie; la rate est également hypertrophiée. Il n'y a généralement pas d'ictère, peu ou pas d'ascite, et un faible développement de la circulation complémentaire abdominale. Les fonctions digestives sont très troublées, l'état général s'altère et les malades succombent d'ordinaire rapidement.

Cirrhose tuberculeuse. — La tuberculose peut amener le développement de lésions cirrhotiques du foie. Sous l'influence de celles-ci, l'organe hépatique s'atrophie, s'indure, devient granuleux, comme dans la cirrhose alcoolique atrophique, quoique à un moindre degré; plus rarement, il se creuse de sillons profonds et prend un aspect lobulé, comme dans la cirrhose syphilitique. En d'autres termes, il existe un foie granuleux et un foie ficelé tuberculeux.

La nature tuberculeuse de certaines cirrhoses est établie, non seulement par la coexistence des lésions cirrhotiques et tuberculeuses, mais encore par l'enquête étiologique qui, à côté de faits complexes, où la syphilis, l'impaludisme et surtout l'alcoolisme se disputent avec la tuberculose les antécédents des malades, montre des cas dépourvus de toute signification ambiguë, où la tuberculose et la cirrhose seules se trouvent en présence.

On peut encore invoquer, en faveur de l'action cirrhogène de la tuberculose, les données de la pathologie comparée et celles de la pathologie expérimentale.

On est conduit à regarder le développement de la cirrhose tuberculeuse comme la conséquence, soit d'une résistance individuelle anormale vis-à-vis du bacille tuberculeux, soit d'une infection de l'organisme par des bacilles qui, dans l'échelle de virulence très étendue que doit avoir le bacille de Koch, occupent, eu égard à l'homme, une place peu élevée.

Les cirrhoses par auto-infection, à l'encontre des autres cirrhoses, notamment des cirrhoses par auto-intoxication, n'offrent point le système vasculaire comme centre de développement, mais le système biliaire; de plus, elles affectent, non la forme annulaire, mais la forme insulaire. Il en résulte que, si la plupart des cirrhoses entraînent des troubles dans la circulation du sang, les cirrhoses par auto-infection compromettent la circulation biliaire, et que si, dans les premières, en raison de la rétraction des anneaux cicatriciels, l'atrophie du parenchyme est fréquente, dans ces dernières, elle est exceptionnelle.

Deux types de cirrhose, considérés par la plupart des auteurs comme distincts, ont pour point de départ l'auto-infection : la cirrhose hypertrophique avec ictère de Hanot et la cirrhose par obstruction des voies biliaires.

Cirrhose biliaire de Hanot. — Le tableau clinique si saisissant de la malade de Hanot, du moins telle qu'elle se présente chez l'adulte, est bien connu de tous : l'ictère s'installe chroniquement, et cependant les fèces demeurent colorées quoique plus faiblement qu'à l'état physiologique; le foie et la rate augmentent de volume, l'ascite fait défaut et les veines sous-cutanées de l'abdomen demeurent normales, l'appétit se conserve ou même s'exagère, et l'état général reste assez satisfaisant. L'évolution de la maladie est chronique, semée de poussées fébriles. Sa durée est, en moyenne, de cinq à dix ans, et sa terminaison, qui peut survenir, enfin, au milieu du tableau de l'insuffisance hépatique, est souvent l'effet d'une complication intercurrente.

Chez l'enfant, ainsi que l'ont montré MM. Gilbert et Fournier, l'apparence symptomatique est notablement différente : la rate s'hypertrophie souvent d'une façon excessive, si bien que la maladie paraît l'atteindre plus que le foie, revêtant une véritable forme splénomégalique. En outre, la croissance s'arrête et la puberté avorte, les doigts deviennent hippocratiques et l'on peut noter des arthropathies.

Les lésions du foie, dans la maladie de Hanot, consistent essentiellement en une angiocholite catarrhale desquamative et oblitérante, à laquelle se joint une péri-angiocholite; la cirrhose insulaire, souvent peu notable, contient ordinairement un grand nombre de néo-canalicules biliaires; le parenchyme hépatique est hypertrophié.

Les lésions doivent être considérées comme la conséquence d'une infection ascendante des voies biliaires, par des germes vulgaires venus de l'intestin.

L'absence de toute condition étiologique saisissable, dans la maladie de Hanot, plaide en faveur de cette hypothèse; il en est de même de la constatation de certains symptômes, notamment des accès fébriles; il en est encore ainsi de l'analyse histologique des lésions; il en est ainsi, enfin, dans une certaine mesure, de l'expérimentation et de la recherche bactériologique.

Sa recherche bactériologique n'a, le plus souvent, donné que des résultats négatifs, à cause de la survivance des lésions aux germes qui leur ont donné naissance.

Cirrhose biliaire par obstruction. — L'obstruction du canal cholédoque peut se compliquer d'angiocholite suppurative ou d'angiocholite catarrhale.

Dans cette dernière éventualité, les voies biliaires intra-hépatiques enflammées tendent à l'oblitération, une cirrhose du type insulaire se développe, le foie et la rate s'hypertrophient.

La phénoménalité clinique est alors surperposable presque entièrement à celle de la maladie de Hanot. Toutefois, il existe quelques caractères différentiels de second ordre : dans la cirrhose par obstruction, et en raison même de l'obstruction, les fèces sont souvent très décolorées ou même le sont complètement, les accès de fièvre sont plus fréquents et plus intenses, la marche de la maladie est plus rapidement fatale.

Que l'angiocholite, qui se montre au cours de l'obstruction biliaire, soit suppurée ou non, elle est, dans l'un et l'autre cas, la conséquence de l'infection biliaire par les bactéries intestinales.

Pour ce qui est de l'angiocholite suppurative, le fait est parfaitement établi : divers germes venus de l'intestin la peuvent déterminer, mais surtout le coli-bacille que l'on a pu dénommer le « grand parasite des voies biliaires » (Gilbert et Girode). L'angiocholite catarrhale par obstruction et la cirrhose qui s'y rattache ont la même pathogénie.

Si donc, au cours des obstructions biliaires, l'angiocholite se montre tantôt suppurative et, par suite, aiguë, tantôt catarrhale et chronique, conduisant à la cirrhose, c'est affaire, ou bien de germes inégalement nocifs, ou bien d'individus inégalement résistants.

On voit, par suite, que dans une conception, la cirrhose de Hanot et la cirrhose par obstruction n'offrent pas seulement les plus grandes analogies cliniques, mais qu'encore elles procèdent d'un même processus pathogénique, l'infection biliaire.

Le type de Hanot est donc une cirrhose biliaire infectieuse spontanée ou sans obstruction, au regard de l'autre, qui est une cirrhose biliaire infectieuse avec obstruction.

C. *Cirrhoses mécaniques.* — Le type des cirrhoses d'ordre mécanique est représenté par la cirrhose cardiaque. Liée à la stase longtemps prolongée du sang dans le système des veines sus-hépatiques et dans les capillaires du foie, cette cirrhose se développe autour des veines centrales des lobules, lesquelles finissent par être englobées dans les anneaux de sclérose.

Cette cirrhose, très rare, réclame pour se produire une longue continuité d'action de la stase sanguine. C'est presque exclusivement dans l'asystolie, qualifiée d'hépatite par Hanot, qu'on la rencontre, et, par suite, chez des individus qui, d'après le même observateur, offriraient une disposition anatomique particulière des veines sus-hépatiques.

En clinique, la cirrhose cardiaque se montre précédée dans son apparition par une série de poussées congestives du foie, amenant une notable augmentation de volume de l'organe et son endolorissement. Ultérieurement se montre l'ascite. Le foie devient plus ferme, en se rétractant un peu, et moins sensible à la pression. Au bout d'un assez long temps, il serait susceptible de s'atrophier.

Lorsque la cirrhose cardiaque est constituée, elle peut évoluer pour son propre compte, commandant la reproduction de l'ascite.

II. Cirrhoses compliquées. — Dégénérescence graisseuse et amyloïde, nécrobiose, dégénérescence pigmentaire, hyperplasie diffuse ou nodulaire, transformation adéno-épithéliomateuse, telles sont les principales modifications que peuvent offrir, en dehors de l'atrophie et de l'hypertrophie, les cellules hépatiques dans les cirrhoses.

De ces modifications, les unes sont dégénératives, les autres, au contraire, sont la marque d'une suractivité cellulaire.

Assez fréquemment, les cellules hépatiques, dans un même foie cirrhotique, présentent plusieurs altérations, et ainsi voit-on se juxtaposer les dégénérescences amyloïde et graisseuse, ou l'hépatite parenchymateuse et l'adéno-épithéliome, ou encore la dégénérescence graisseuse, la nécrobiose et l'hépatite parenchymateuse ; dans d'autres cas, l'altération cellulaire est, pour ainsi dire, univoque, ou, du moins, une altération cellulaire unique se montre prépondérante.

La nécrobiose qui, d'ailleurs, est rarement très étendue, ne s'associe jamais exclusivement à la cirrhose ; nous n'y insisterons donc pas davantage ; il en sera de même de la dégénérescence amyloïde, malgré que son importance soit plus grande, et qu'elle puisse intervenir avec une certaine force dans la tuberculose et surtout dans la syphilis hépatique.

Restent les associations de la cirrhose aux dégénérescences graisseuses et pigmentaires, à l'hépatite parenchymateuse et à l'adéno-épithéliome.

Cirrhoses graisseuses. — L'évolution chronique de certaines cirrhoses simples peut être traversée par une brusque dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, ou bien la dégénérescence graisseuse peut surprendre le foie au début de l'évolution scléreuse ; enfin, elle peut se manifester d'emblée.

Dans ces trois conditions dissemblables, les lésions et, par suite, les symptômes sont différents.

Dans la première forme, à l'autopsie, on trouve la dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques unie aux lésions habituelles de la cirrhose.

Dans la seconde, les lésions conjonctives sont moins marquées, souvent plus jeunes, et le foie est de dimensions normales ou légèrement diminué.

Enfin, dans la troisième, la formation scléreuse est peu marquée ou même nulle ; on trouve, en dehors de la dégénérescence graisseuse, une infiltration embryonnaire plus ou moins notable des espaces ou fissures. Le foie, dans ces cas, est augmenté de volume. C'est la cirrhose graisseuse hypertrophique (Hutinel, Sabourin).

La cirrhose graisseuse s'écarte ainsi progressivement du type anatomique de la cirrhose telle qu'elle a été définie tout d'abord. La désignation de cirrhose graisseuse convient parfaitement à la première forme. Mais, en ce qui concerne la seconde, elle devient déjà contestable, et l'on peut lui préférer celle d'hépatite graisseuse, que mérite, en tout cas, la troisième.

Au point de vue symptomatique, la première forme ne se différencie des cirrhoses simples que par un subictère terminal, quelques hémorragies, et les signes anticipés de l'insuffisance hépatique.

La seconde est marquée par la précocité de ces mêmes symptômes et leur évolution rapide comprise entre deux et six mois.

Enfin, la troisième forme reproduit, pour ainsi dire, le tableau d'un ictère grave subaigu, avec hépatomégalie, entraînant la mort en six à huit semaines.

Ainsi, les cirrhoses graisseuses s'écartent du type de la cirrhose proprement dite, jusqu'au point d'en différer complètement.

On ne trouve, à l'origine des cirrhoses graisseuses, aucun facteur étiologique spécial, ceux qui sont constamment relevés étant la tuberculose et l'alcoolisme.

La tuberculose, à elle seule, peut les provoquer ou, du moins, provoquer les deux dernières formes.

La relation qui unit la tuberculose à ces deux formes de cirrhoses graisseuses a pu être établie par l'enquête étiologique, ainsi que par la constatation de l'existence dans le foie, de productions spécifiques tuberculeuses, surajoutées aux lésions que nous avons décrites ; elle met en évidence, une fois de plus, l'action stéatogène chez l'homme du poison

tuberculeux, et justifie les désignations d'hépatite parenchymateuse tuberculeuse, atrophique ou sans hypertrophie; et d'hépatite parenchymateuse tuberculeuse hypertrophique.

Pour ce qui est de l'alcool, le plus souvent son action précède et prépare celle de la tuberculose; elle peut cependant être seule en cause.

Quand la tuberculose n'intervient pas pour expliquer la réalisation des diverses formes de la cirrhose graisseuse, et, notamment, de celles qui mériteraient de préférence la dénomination d'hépatites, il faut faire intervenir sans doute les notions ou de défense hépatique insuffisante, ou d'action intensive de l'agent pathogène. Il est certain, en effet, que la cirrhose véritable représente un processus bénin par rapport aux hépatites graisseuses, dont les lésions pourraient être comparées, au contraire, à celles que produisent sur le foie un certain nombre de poisons violents.

Cirrhoses pigmentaires. — La question des cirrhoses pigmentaires est entourée d'une très grande obscurité. Dans un certain nombre de cas, elles n'ont pas d'histoire clinique particulière. Dans d'autres, au contraire, elles revêtent une forme originale qui a été isolée par Hanot et Chauffard.

Celle-ci est caractérisée par l'apparition, généralement insidieuse, d'une polyurie moyenne, d'une glycosurie notable accompagnées d'un amaigrissement et d'une déchéance générale dont les progrès sont rapides. En même temps se montre une mélanodermie spéciale, généralisée, sans pigmentation des muqueuses. Les malades semblent avoir été frottés d'onguent mercuriel, d'où la désignation de diabète bronzé appliquée à l'affection par Hanot et Schachmann. Ces signes, joints à l'existence d'une hypertrophie hépatique, et souvent d'une ascite assez abondante pour nécessiter la ponction, imposent d'ordinaire le diagnostic. Dans les cas les plus caractéristiques, la mort peut survenir en trois mois; elle a rarement tardé plus d'un an. Elle se fait dans le coma, ou a lieu par l'intercurrence d'une autre affection.

Dans cette forme, comme dans les cas latents dont nous parlions plus haut, à l'autopsie, on trouve un foie presque toujours augmenté de volume, offrant, outre les lésions d'une cirrhose biveineuse, des cellules parenchymateuses en dégénérescence pigmentaire. Celle-ci, étendue à la plupart des organes de l'économie, est caractérisée, dans la cellule hépatique, par l'apparition d'une poussière pigmentaire, d'abord fine et périnucléaire, puis formant des blocs ou des amas qui, par l'atrophie progressive du noyau et du protoplasma, finissent par occuper tout l'élément et le représenter après sa disparition.

Ce pigment, de couleur ocre plus ou moins foncée, est de nature ferrugineuse, ainsi que Gilbert l'a démontré dans le type de Hanot-Chauffard; Auscher et Lapicque l'ont isolé et ont fait voir que c'est un hydrate ferrique colloïdal, la rubigine. Celle-ci se retrouve dans quelques-unes des cellules conjonctives jeunes et forme des traînées en plein tissu fibreux.

L'étiologie des cirrhoses pigmentaires est mal déterminée. Elles paraissent liées, dans certains cas, au paludisme, à l'alcoolisme. Dans le type de Hanot-Chauffard, on a incriminé le diabète.

La pigmentation, dans ces cirrhoses, est en relation évidente avec des altérations de l'hémoglobine par l'intermédiaire d'un processus pathogénique encore mal élucidé.

Cirrhoses avec hépatite parenchymateuse. — L'hépatite parenchymateuse diffuse ou nodulaire s'associe assez fréquemment à la cirrhose. La fièvre s'allume alors en général et la marche de la maladie s'active.

Le chapitre le mieux connu de cette hépatite est son anatomie pathologique. On sait également bien qu'elle ne relève pas de conditions étiologiques spéciales, mais qu'elle est commandée par les causes habituelles des cirrhoses, et, notamment, par l'impaludisme, la tuberculose, la syphilis. Mais l'on ignore et le mécanisme de sa genèse et les raisons particulières qui la commandent.

Cirrhoses avec adéno-épithéliome. — La suractivité morbide dont témoignent les cellules hépatiques, dans certaines cirrhoses, peut dépasser les limites de l'hépatite parenchymateuse, et alors entre en scène l'adéno-épithéliome.

Dans certains cas, la néoplasie reste partielle, dégénérant sur place, et modifiant si peu l'allure de la cirrhose, qu'elle ne représente qu'une surprise d'autopsie.

Dans d'autres, au contraire, elle se substitue de toutes parts au parenchyme normal, pullule activement, et fait irruption dans les veines : l'ictère se joint à l'ascite, l'état général s'aggrave rapidement, et la mort survient en trois mois. La cirrhose passe alors au second plan; c'est l'altération cellulaire qui donne au tableau clinique son empreinte, comme dans les cirrhoses graisseuses, dont l'adéno-épithéliome, malgré toutes les différences histologiques qui l'en séparent, est souvent difficile à distinguer cliniquement.

COMMUNICATION

Le traitement du mal de Pott. — M. CALOT (de Berck-sur-Mer) reconnaît que, dans la voie du redressement de la bosse pottique, il faut avancer lentement et prudemment et quelques chirurgiens sont allés trop loin dès le début de leur pratique. Ces excès ne peuvent que retarder la vulgarisation d'une méthode appelée à rendre les plus grands services. Ces exagérations et ces excès appelaient logiquement une réaction qui, à son tour, a dépassé le but. Le temps a peu à peu raison des exagérations qui se sont produites dans l'un et l'autre sens et précise les cas où l'utilité de la méthode est indiscutable.

Pour que le traitement nouveau entre dans la pratique courante, il faut, en premier lieu, assurer sa parfaite innocuité. M. Calot a modifié sa technique primitive de point en point.

Actuellement, la manœuvre de correction dure quelques secondes; elle se fait sans secousses avec une douceur extrême. Elle consiste dans une traction du rachis d'une valeur de 20 à 60 kilogrammes, suivant les âges. Cette traction est suivie immédiatement de l'application des pouces d'un assistant de chaque côté de la gibbosité pour réaliser une pression de 15 à 30 kilogrammes. Le redressement est fini; on construit aussitôt l'appareil plâtré; ainsi modifiées, les manœuvres de redressement représentent un traumatisme absolument insignifiant, ne pouvant jamais amener d'accident, soit dans le présent, soit dans l'avenir.

Il faut s'en tenir dans la pratique pour le traitement de la tuberculose vertébrale à la correction obtenue par ces manœuvres si simples et si douces, qui sont suffisantes; elles donneront, en effet, dans les gibbosités récentes le redressement complet et, dans les gibbosités anciennes et plus marquées, la seule correction qu'il soit permis de rechercher au moins dans une première séance. Dans ce dernier cas, on recommencera ces manœuvres tous les trois ou quatre mois au moment du renouvellement de l'appareil. Quant

aux gibbosités qui résistent entièrement à une traction de cette valeur, il faut être très circonspect pour l'instant s'il s'agit d'un mal de Pott : des manœuvres deux ou trois fois plus vigoureuses étant au contraire permises lorsqu'on est en présence de déviations rachidiennes non tuberculeuses, par exemple dans une scoliose.

Un redressement, fait avec douceur, suivi d'un appareil de contention absolument parfait : voilà en deux mots ce qui caractérise ce traitement du mal de Pott, traitement très simple, qui est à la portée de tous les médecins. Il permettra d'améliorer plus ou moins grandement les gibbosités volumineuses encore en évolution; mais, surtout, ce qui est d'une importance absolument capitale, il permettra d'obtenir la guérison complète sans difformité dans tous les cas peu avancés, c'est en réalité pour tous les maux de Pott à venir (puisque en pratique nous voyons tous ces enfants lorsque leur gibbosité ne date que de quelques mois au maximum). Voilà le bilan du traitement nouveau.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Introduction à la médecine de l'esprit, par M. le docteur MAURICE DE FLEURY (1).

C'est là, en quelque sorte, un livre à deux fins, en ce sens qu'écrit surtout pour les gens du monde, il peut être également très utile pour les médecins. Nul mieux que M. Maurice de Fleury ne sait parler médecine aux gens du monde : doué d'un style alerte, élégant, bien personnel; juste assez sceptique, tout en restant fort respectueux des croyances, des religions, des opinions des autres, assez fortement documenté pour ne s'avancer, sur les terrains les plus fragiles, qu'avec la prudence et la rigueur les plus scientifiques, notre confrère passe en revue, dans ce volume de 500 pages, les rapports de la médecine avec la justice, avec la littérature et avec l'art. Partant des recherches de l'école de la Salpêtrière, il aborde presque toutes les questions philosophiques, psychologiques, morales et sociales à l'ordre du jour.

Après quelques notions précises sur la topographie et les fonctions du cerveau, les localisations cérébrales, il étudie la fatigue et la force humaines, l'épuisement nerveux et le tonus, la neurasthénie et ses causes, les passions, la paresse, la colère et la tristesse; M. Maurice de Fleury ne se contente pas de l'étude purement philosophique de ces passions, il les traite en médecin et en thérapeute; il ne lui suffit pas de signaler ces maux, il en indique les remèdes. Voilà pour les gens du monde.

Quant aux médecins, ils y trouveront des enseignements utiles et qui leur permettront de pouvoir répondre à toutes ces questions médico-psychologiques dont on les assaille journellement dans la clientèle. Il est entendu, n'est-ce pas, que nous devons tout savoir et ne jamais rester court devant une interrogation quelconque. A ce point de vue, comme à bien d'autres, le livre de M. de Fleury leur apprendra bien des choses sur lesquelles beaucoup n'ont que de vagues notions. Enfin, ils pourront retenir et servir à l'occasion un de ces exemples frappants, une de ces anecdotes suggestives dont fourmille le livre de notre spirituel confrère. Mais son œuvre a une utilité plus sérieuse, une portée plus haute.

Après une enquête sur les grands esprits, les grands producteurs du siècle, depuis Michelet jusqu'à Pasteur, depuis Hugo jusqu'à Zola; après une étude approfondie du travail intellectuel et du travail physique, M. de Fleury aboutit à des conclusions pratiques sur la meilleure manière de s'y prendre pour s'équilibrer le mieux possible, pour se défendre de son mieux contre les résultats de ce surmenage forcé auquel nous condamne la vie de nos jours.

Comme Figaro, l'un de ses patrons, M. Maurice de Fleury aurait, on le voit, quelque tendance à être paresseux avec délices. Il parle, en effet, de la paresse comme d'une vieille amie, mais il en parle aussi et surtout pour s'en défendre et en défendre les autres. Les preuves d'érudition, de connaissances générales et spéciales qu'on trouve dans la « Médecine de l'esprit », prouvent que notre collègue a su vaincre cette ennemie sympathique et trouver le remède à ce mal charmant.

Après la paresse vient la tristesse, une des grandes maladies de notre pauvre siècle, dont s'occupe avec la même ardeur notre auteur, je pourrais presque dire notre poète, car en nous indiquant les moyens de s'en défendre, il en parle avec une tendresse poétique. Il comprend le chevalier Tannhäuser « à qui les perpétuelles délices du Venusberg ne procurent plus que l'ennui et qui demande à s'en aller souffrir et travailler avec les autres ». Travailler, d'accord; mais souffrir, est-ce donc si nécessaire! En somme, M. de Fleury ne le pense pas plus que nous, puisque dans le chapitre suivant, consacré à l'amour, son premier soin est de s'appliquer à guérir ceux qui en souffrent. Traitant l'amour comme une intoxication, l'amoureux comme un morphinomane, notre collègue commence par en parler en médecin, mais sous le médecin ne tarde pas à percer le littérateur et son sujet l'emporte, l'emballe, si on veut bien nous permettre cette expression, au point qu'on croirait lire du Daudet. L'espace nous manque pour suivre M. de Fleury dans ses incursions médico-psychologiques sur l'amour, sur le flirt, sur la jalousie; mais voyons un peu ce qu'il nous propose comme moyen de guérison de l'amour maladif, c'est-à-dire d'une passion malheureuse. Il veut qu'en pareil cas l'on dose la femme pour l'amoureux comme on dose la morphine pour le morphinomane et qu'on arrive ainsi graduellement à la rupture pour le premier, comme on arrive à la suppression de la seringue pour le second. Sans doute, le conseil est bon à suivre; mais combien il est difficile d'aboutir, dans ces deux cas, au résultat cherché!

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. de Fleury dans ses développements ingénieux sur la colère et son traitement.

Après avoir ainsi étudié les diverses passions humaines, après avoir montré l'influence du physique sur le moral, le rôle du système nerveux dans l'évolution de ces passions maladives, les ressources que nous offre la médecine pour agir sur ce système nerveux, et conséquemment sur les maladies de l'esprit qui en découlent, M. Maurice de Fleury arrive à la conclusion de son œuvre, c'est-à-dire à l'institution de la morale moderne, de la morale nécessaire, selon lui, aux passions dominantes de notre époque, et cette morale est, en somme, basée sur une bonne thérapeutique et une bonne hygiène. Faisant intervenir ici les lois de l'habitude, les ressources offertes par ce qu'on appelle la seconde nature, il nous montre tout le parti thérapeutique que l'on en peut tirer pour la guérison des malheureux affligés de paresse, de tristesse, de colère ou d'amour maladif.

Les choses se passent-elles aussi simplement que nous le dit M. de Fleury? Les maux dont il nous parle sont-ils si facilement curables? Les moyens qu'il vante ont-ils, en réalité, toute l'efficacité qu'il leur prête? Sans doute, il y a beaucoup à prendre et à retenir dans ses ingénieuses prescriptions, mais nous ne pouvons nous défendre d'apporter

(1) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

quelques réserves aux séduisantes théories de notre aimable collègue. Ces réserves faites, il faut le féliciter d'une œuvre saine et consciencieuse, dont la lecture, instructive pour les gens du monde, agréable pour tous, aura, pour nous médecins, cet avantage de nous montrer, une fois de plus, l'utilité et la dignité de notre profession qui, en quelques années à peine, a tant fait pour l'affranchissement de nos esprits et la diminution de la souffrance humaine. Nous pouvons assurer à notre confrère de Fleury que le vœu qu'il exprime en terminant sera exaucé, et que les médecins qui liront son livre comprendront mieux l'importance de leur mission, auront une conscience plus nette de leur pouvoir et y trouveront une légitime compensation aux critiques injustes et au dénigrement dont on assaille depuis quelque temps la profession médicale.

Dr BROCHIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La soupe faite avec l'alcool. — MM. les docteurs Brunon et Trudot ont constaté à Rouen une consommation annuelle de 4600000 litres d'alcool, sans compter ce qui a dû échapper à leurs investigations. Il y a des débits populaires où un hectolitre d'alcool, plein le matin, est vide le soir, et l'on voit ouverts dans les rues cinquante débits pour cent maisons. Il est de ces débits qui font beaucoup plus d'affaires à porte-pot dans les familles que sur le comptoir. L'un des docteurs, s'étant fait garçon de café pour mieux suivre à la prime origine les pratiques de cet empoisonnement, raconte avoir porté le matin à la première heure, chez des clients ouvriers, un litre d'alcool; il a assisté à la confection de la soupe pour le père, la femme et les enfants. On remplit une grande soupière de tranches de pain, on y verse le café bouillant, du café de chicorée, et l'on relève le bouillon par une demi-bouteille d'alcool. C'est la soupe pour quatre personnes. Si la famille est plus nombreuse, le litre entier y passe. On n'a plus faim de la journée, mais la soif est inextinguible jusqu'au soir. (*Nouveau Montpellier médical.*)

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion en Italie* organisée avec le concours de l'agence des « Voyages économiques ».

Premier itinéraire (départ de Paris le 3 septembre, retour le 19 septembre) : Paris, Turin, Gênes, Pise, Florence, Bologne, Venise, Vérone, Milan, le lac de Côme, Bellagio, le lac de Lugano, Lugano, le lac des Quatre-Cantons, Lucerne, Paris.

Prix : 1re classe, 560 fr.; 2e classe, 495 fr.

Deuxième itinéraire (départ de Paris le 3 septembre, retour le 29 septembre) : Paris, Turin, Gênes, Pise, Rome, Naples, Capri, Sorrente, Pompéi, Naples, Florence, Bologne, Venise, Milan, le lac de Côme, Bellagio, le lac de Lugano, Lugano, le lac des Quatre-Cantons, Lucerne, Paris.

Prix : 1re classe, 845 fr.; 2e classe, 750 fr.

Les prix indiqués ci-dessus comprennent : les billets de chemins de fer; le logement, la nourriture, les transports en bateaux et en voitures, etc., sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le retour du président de la République a fait le vide dans la salle de la rue des Saints-Pères. M. Cadet de Gassicourt a lu l'éloge qu'il avait prononcé sur la tombe de M. Luys, puis, aucun orateur ne s'étant présenté pour la lecture d'un rapport ou pour une communication, le président, suivant la formule, bien ironique dans l'espèce, déclara que l'ordre du jour était épuisé, et leva la séance.

CONGRÈS DE MOSCOU

COMMUNICATIONS

Suggestion et médecine légale. — Suivant M. LE PROFESSEUR BERNHEIM (de Nancy), la suggestibilité est une propriété physiologique du cerveau humain : c'est la tendance du cerveau à réaliser toute idée acceptée par lui.

Toute idée acceptée est une suggestion. L'hypnotisme n'est pas un état particulier, c'est la mise en activité de la suggestibilité, avec ou sans sommeil.

La suggestion peut faire réaliser à quelques personnes des actes criminels, soit par impulsion instinctive, soit par hallucination, soit par perversion du sens moral. La suggestion ne peut détruire un sens moral robuste, ni le créer quand il est absent; elle peut développer les germes bons ou mauvais existants. Un viol peut être commis par suggestion sur une femme, soit dans le sommeil hystérique consécutif aux manœuvres hypnotiques, soit par perversion instinctive et excitation sensible en condition seconde, soit par insensibilité psychique suggérée au sujet.

La suggestion, c'est-à-dire l'idée, d'où qu'elle vienne, s'imposant au cerveau, joue un rôle dans presque tous les crimes.

La faiblesse congénitale du sens moral et une grande suggestibilité facilitent les suggestions criminelles.

Un acte délictueux ou criminel peut être commis dans un état de condition seconde ou vie somnambulique, d'origine hétéro ou autosuggestive. De même un faux témoignage peut être fait de bonne foi par autosuggestion donnant lieu à des souvenirs fictifs.

Le libre arbitre absolu n'existe pas. La responsabilité morale est le plus souvent impossible à apprécier. La société n'a qu'un droit de défense et de prophylaxie sociales.

L'éducation doit intervenir pour neutraliser les germes vicieux et opposer aux impulsions natives un contrepoids de suggestions coercitives.

Résultats éloignés du traitement des fractures des membres par le massage immédiat sans immobilisation. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait le procès des appareils immobilisateurs encore trop souvent employés dans le traitement des fractures. Le mouvement mesuré favorise la formation du cal, même dans les fractures dont les fragments sont en mouvement constant. Ce sont surtout les fractures du membre supérieur : coude, bras, épaule, omoplate et clavicule, qui, ainsi traitées, ont donné les meilleurs résultats.

Pour la fracture de la clavicule, une simple écharpe soutenant le coude; vingt jours de massage permettent au membre de reprendre ses fonctions avec le minimum de déformation.

C'est surtout pour les fractures du col chirurgical que l'immobilisation devient pernicieuse. L'écharpe est ici encore le seul appareil qui convienne. Le poids du membre entraîne l'épaule dans une bonne position. La déformation, grande les premiers jours, diminue d'elle-même par le massage et le rétablissement fonctionnel est parfait : résultat que ne donne pas le traitement classique par les appareils, dont les suites sont en général si pénibles et si persistantes.

M. Championnière veut bien accorder que chez l'adulte, lorsqu'il s'agit d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, il est bon de recourir pendant les trois premiers jours à l'application d'une bande roulée pour combattre la tendance au renversement en arrière. Très vite, il se produit un commencement de consolidation qui empêche un déplacement secondaire et permet de ne pas recourir aux appareils immobilisateurs.

Pour les véritables fractures du coude, il faut, dès le

début, masser et mobiliser méthodiquement en laissant, seulement pendant quelques jours, le membre douloureux reposer dans une gouttière dans l'intervalle des massages. Quelques jours de retard dans ce mode de traitement et l'avenir du coude est compromis par une immobilité définitive.

Voici les principes généraux du massage conseillé par M. Championnière :

Massage très doux prolongé quotidien s'arrêtant au niveau des extrémités fragmentaires.

Ce massage non seulement ne doit jamais être douloureux, mais il doit déterminer dans la région une anesthésie suffisante pour que les mouvements provoqués ne soient pas douloureux.

Les mouvements provoqués ne doivent jamais entraîner les extrémités fragmentaires de telle sorte qu'ils tendent à les disjoindre.

L'appareil de contention ne doit servir qu'à empêcher les mouvements fonctionnels du membre et à donner une situation commode pour éviter les douleurs.

La constriction du membre par les appareils est mauvaise en principe.

Dans quelques cas rares, on peut tirer quelque avantage de la compression. Mais elle doit toujours être très modérée et de courte durée.

Aussitôt que la solidité du membre est acquise, la liberté complète du membre permettra de rétablir le mouvement par les fonctions. Mais il ne faut jamais oublier que, pour obtenir un membre souple, indolore et vigoureux, les mouvements doivent être d'abord de médiocre amplitude. Il est toujours inutile qu'ils soient douloureux. Ils doivent être lentement progressifs.

Les mouvements forcés avec ou sans chloroforme ont pour résultat habituel de rendre plus tardif et moins sûr le retour aux fonctions parfaites et à la souplesse indolore du membre.

Traitement de la syphilis. — M. JULLIEN (de Paris). Tous ces travaux sont concordants et imposent la solution du problème, la cure commencée dès le début.

En appliquant à cette cure les méthodes modernes, particulièrement les injections de calomel, suivant la méthode de Scarenzio, on obtient des résultats que le traitement pilulaire pouvait à peine faire entrevoir, c'est-à-dire la prévention des exanthèmes roséoliques, regardés généralement comme inévitables ; du moins peut-on les regarder comme des manifestations d'exception. En effet, le cycle de la maladie, si disciplinée jadis, est perturbé, les éruptions sont disparates, les périodes supprimées ou amoindries. Un tel résultat ne se dément pas si le traitement est soigneusement continué pendant un an ou plus, s'il est nécessaire. Et il y a lieu de penser qu'aux époques ultérieures, le virus, affaibli dès la première heure et sans cesse combattu, se trouvera sans force pour créer une phase morbide nouvelle.

Comme conclusion, tout syphilitique doit être soumis, dès l'apparition du chancre, au traitement spécifique le plus sévère ; l'usage des injections de calomel doit se généraliser, car l'observation enracine de jour en jour plus profondément cette conviction que le véritable traitement de la syphilis doit se faire avant son éclosion.

M. GAUCHER (de Paris) pense, au contraire, que le traitement de la syphilis par les injections mercurielles doit être une méthode d'exception. L'administration du mercure par la voie stomacale suffit dans les cas ordinaires ; elle est plus facile et, pour des raisons multiples, mieux acceptée.

Dans la pratique des injections, les sels solubles (peptonate ou benzoate de Hg) doivent être préférés aux sels insolubles ; l'emploi des sels insolubles est une hérésie pharmacologique.

L'absorption du sel insoluble injecté dans les tissus est très variable et peut être, suivant les cas, ou très rapide ou très lente. La matière injectée peut s'enkyster pendant quelque temps et se dissoudre tout à coup. Il en résulte une irrégularité d'action du médicament et des dangers d'intoxication. De plus, si on pénètre dans une veine, les embolies sont à craindre. Au contraire, les injections de sels solubles produisent des effets certains, réguliers, faciles à graduer à volonté. La matière injectée est rapidement et complètement absorbée. Il n'y a aucune intoxication à redouter.

Si l'on veut avoir recours aux injections mercurielles insolubles, c'est à l'huile grise qu'il faut s'adresser : le mercure métallique étant volatil, son absorption a plus de chances de se faire régulièrement.

LE PROFESSEUR ROSOLIMOS (d'Athènes) se prononce pour les injections de préférence aux autres modes de traitement, parce que, suivant une statistique basée sur le traitement exclusif par le mercure au moyen d'injections, il a constaté la disparition rapide de syphilides buccales par le seul effet des injections, ce qu'on attendrait en vain longtemps de la médication topique, associée à l'administration du mercure par les autres procédés. Cet effet est dû, pense-t-il, non seulement à ce que les injections agissent d'une façon plus sûre, mais aussi à ce que les injections produisent moins souvent la stomatite mercurielle, qui constitue un locus minoris resistantiæ, en favorisant la persistance et la répullulation des syphilides. D'ailleurs, il base sa préférence pour les injections sur des faits de syphilis secondaire ou tertiaire, très réfractaires aux autres procédés et guéris par les injections.

L'accoutumance, du reste, ne paraît pas être aussi fréquente avec les injections qu'avec les autres procédés qui, eux, entraînent très aisément à leur suite une irritation des muqueuses et un léger catarrhe de l'estomac, états qui peuvent rendre vite l'absorption du médicament défectueuse ou l'abolir complètement.

Pendant les intervalles de repos, pour ne pas trop fatiguer les malades, et dès le début même du traitement général, l'auteur recommande de temps en temps, avec les préparations martiales, l'usage de l'arsenic et de l'ichtyol à l'intérieur, chez les herpétiques ou chez les malades qui, à plusieurs reprises, ont été atteints de syphilides ; les préparations martiales associées au phosphure de zinc et à l'extrait de noix vomique avec des douches chez les neuropathes ; des bains iodés avec une médication reconstituante chez les scrofuleux, etc. Il fait prendre à tous ces malades, à partir de la deuxième année, de temps en temps pendant les intervalles de repos, des bains sulfureux.

M. JULLIEN répond en n'envisageant que les injections insolubles à l'huile grise et le calomel. Ces deux moyens font partie de l'arsenal journalier et se complètent l'un l'autre. Le calomel convient aux lésions urgentes, mais quand les premiers coups ont été frappés et qu'il ne s'agit plus que de continuer une lutte commencée, l'huile grise reprend ses droits.

Il se crée dans les tissus une poche mercurielle qui subit

quant à sa forme l'influence de la direction des fibres musculaires. A ses limites s'organise une membrane, qui va devenir le théâtre de la lutte pour la phagocytose, en vertu de laquelle la suppuration sera enrayée et finalement vaincue.

Plusieurs circonstances influencent l'évolution du foyer. On observe des poussées inexpliquées qui le font parfois se rallumer. On a signalé l'action chimique irritante de l'iodure de potassium. Le traumatisme peut déterminer l'inflammation et la rupture de poches déjà anciennes. L'injection pyogénique générale fit suppurer d'une façon aiguë un foyer calomélique de la fesse chez une femme atteinte de lymphangite du bras. En revanche, des abcès d'injection morphinique ont pu évoluer à côté des piqûres sans les influencer en rien.

L'absorption se fait vite au sein du foyer, on peut trouver le mercure au bout de deux heures à deux heures et demie dans l'urine; M. Jullien a eu l'occasion de le trouver dans le lait d'une nourrice, au bout de cinq heures.

Para-hérédo-syphilis de deuxième génération. — M. BARTHÉLEMY (de Paris) a cherché à savoir ce que devenaient les enfants de ces hérédo-syphilitiques, sans que, bien entendu, une syphilis nouvelle fût intervenue : en d'autres termes, quelles sont pour les petits-enfants les conséquences d'une syphilis acquise par le grand-père?

De cette tentative découlent les conclusions suivantes, certainement contestables, puisqu'on ne peut pas encore apporter la preuve irréfragable de l'étiologie spécifique des tares constatées, mais qui contiennent, et il est convaincu que l'avenir le démontrera, une bonne part de vérité.

Trois alternatives peuvent se présenter : ou le descendant débile succombe; ou le descendant, d'abord troublé et compromis dans sa vitalité, se relève et se dégage, comme cela arrive parfois après la seconde enfance, où les stigmates les plus nets peuvent s'atténuer ou disparaître totalement et sans laisser de traces; ou enfin le descendant a été trop profondément atteint, et, s'il survit, il est plus ou moins troublé dans sa nutrition, altéré dans la structure, dans la résistance de ses tissus ou dans le fonctionnement et la conformation de ses organes : ce sont ces derniers cas, seuls, qui intéressent ici où l'auteur les étudie, non seulement en philosophe et pour indiquer dans quelle mesure la syphilis est préjudiciable à la race humaine, mais encore en médecin pour déterminer les signes grâce auxquels on pourra établir, dans des cas difficiles ou douteux, un diagnostic rétrospectif d'hérédo-syphilis lointaine, ou de para-hérédo-syphilis, et par conséquent instituer un traitement plus directement modificateur, plus profondément et plus heureusement épurateur.

Traitement chirurgical de la tuberculose du larynx. — M. BOTEY (de Barcelone), après une expérience de plus de 100 cas, arrive aux résultats suivants :

Dans les formes aiguës et subaiguës de la tuberculose du larynx, le traitement chirurgical est contre-indiqué.

De même, il y a contre-indication dans le cas de la tuberculose infiltro-ulcéreuse chronique généralisée à tout ou à presque tout l'organe, qu'il existe ou qu'il n'existe pas de lésions pulmonaires avancées.

Dans les 15 ou 20 p. 100 des cas restants, c'est-à-dire dans le lupus du larynx, affection presque toujours limitée, dans la tuberculose ulcéro-végétante et polypoïde, dans les infiltrations hémilatérales ou localisées principalement à l'entrée du larynx, et dans les infiltrations ulcéreuses chroniques limitées à un tiers ou à une moitié de l'organe, le traitement chirurgical est parfaitement indiqué, à moins que les conditions de résistance du malade ne soient très défavorables.

Les scarifications sont inutiles et l'électrolyse lente est quelquefois nuisible. Seul le galvanocautère peut être utile dans le lupus.

Le résultat des interventions dépend, en grande partie, d'une bonne sélection des cas. Presque toujours alors on obtient un soulagement et une amélioration notable, la prolongation de la vie et économie de souffrances. Dans quelques cas (quatre ou cinq), on peut même obtenir une guérison absolue durant de longues années.

Le professeur GARINO (de Mexico) ne croit guère qu'on puisse obtenir une guérison radicale, mais une grande amélioration, à condition de traiter les malades avec patience et persévérance. Il conseille la méthode suivante :

« Quand il existe des ulcérations, le grattage, fait avec une cuiller spéciale ou avec un écouvillon rigide, permet de découvrir les tissus infectés dans une petite profondeur et de les atteindre avec la créosote en dilution dans l'eau acidulée avec l'acide lactique 1 p. 100, avec 1 p. 1 000 d'hydronaphtol.

Après quelques minutes d'attente, je fais avec un pulvérisateur une forte application de peroxyde d'hydrogène pur ou à 50 p. 100, selon la tolérance du malade.

Le grattage étant très difficile sur l'épiglotte et présentant un grand danger dans l'intérieur du larynx, je m'arrête toujours au niveau des bandes ventriculaires, si toutefois il existe encore les cordes vocales.

Dans beaucoup de cas, l'intubation m'a permis de faire le grattage ou seulement l'application médicamenteuse. Dans les cas très graves, dans lesquels le processus de destruction est très avancé, seule la trachéotomie permet d'agir avec liberté et sans craindre les phénomènes d'asphyxie, si fréquents dans ces interventions.

Les injections intralaryngées d'huile de créosote iodoformée à la dose de 2 ou 3 grammes sont aussi un médicament utile. »

Traitement de la tuberculose primitive du testicule. — M. DUPLAY a renoncé aux procédés anciens; il a recours à l'extirpation directe des foyers tuberculeux par le bistouri.

Voici comment il procède :

Il ne s'adresse pas à l'épididyme exclusivement et enlève au bistouri les foyers tuberculeux de l'appareil testiculaire qui siègent dans l'épididyme ou dans le testicule.

On fait une incision de dimensions suffisantes pour aborder les foyers tuberculeux et on dissèque alors ceux-ci, comme on le ferait pour un néoplasme, sans se préoccuper des parties que l'on sectionne à la périphérie. Donc, si la tuberculose siège dans l'épididyme, on sépare cet organe du canal déférent; si les lésions ont envahi le testicule, il n'hésite pas à sectionner l'albuginée et le tissu sain de la glande pour les enlever complètement et réunit ensuite l'albuginée avec quelques points de catgut fin avant de suturer la peau.

Cette méthode a été appliquée dans une dizaine de cas. Chez son plus ancien opéré, l'intervention date actuellement de sept ans et il a pu vérifier à plusieurs reprises que sa guérison s'était parfaitement maintenue.

M. LE PROFESSEUR T. JONNESCO (de Bucharest) fait une importante communication sur la **résection totale et bilatérale du grand sympathique cervical dans le traitement du goitre exophtalmique et de l'épilepsie.**

En voici les conclusions :

« 1° La résection totale et bilatérale du sympathique cervical est une opération possible; ses conséquenees ultérieures sont nulles;

2° Cette nouvelle opération que j'ai pratiquée le premier, et qu'on n'a pas encore répétée, sans être absolument facile, ne présente pas ces difficultés qu'on se plaît à considérer comme presque insurmontables;

3° La résection totale trouve son indication dans deux grandes affections, aussi résistantes aux divers traitements qu'on leur a appliqués : le goitre exophtalmique et l'épilepsie essentielle;

4° Dans le goitre exophtalmique, la section du sympathique pratiquée par Jaboulay, les résections partielles que j'ai proposées et pratiquées le premier doivent céder le pas à la résection totale et bilatérale que j'ai proposée et pratiquée le premier avec plein succès;

5° Dans l'épilepsie, les résections partielles, proposées et pratiquées par W. Alexander, doivent céder le pas à la résection totale, seule opération rationnelle pour le but poursuivi. »

M. JONNESCO (de Bucharest), revenant sur un travail sur la **splénectomie** déjà communiqué au Congrès de chirurgie de Paris, travail qu'il complète par des recherches nouvelles, arrive aux conclusions suivantes :

« *a*. La splénectomie est indiquée dans tous les cas de rate malarique, quand le traitement médical employé pendant un temps suffisant, mais pas très long, est resté sans résultat, et quand la douleur, la gêne, ou un commencement de cachexie met en danger la vie du malade et ne permet plus d'essayer le traitement médical.

b. La splénectomie est indiquée dans les cas de kyste hydatique de la rate.

c. Le pronostic de la splénectomie s'est beaucoup amélioré depuis l'asepsie et depuis que les chirurgiens choisissent mieux les cas opérables. C'est pour ces raisons que la splénectomie ne présente pas plus de gravité que toute autre intervention abdominale.

d. Les adhérences trop étendues, la cachexie profonde, l'ascite, l'âge trop avancé, la leucocytose sont les seules contre-indications de la splénectomie.

e. Il faut séparer, au point de vue de la bénignité de l'intervention et de la difficulté opératoire, la rate adhérente, la rate fixe, la rate mobile et la rate ectopiée.

f. L'intervention est facilitée par quelques détails qu'on doit connaître aussi : la position de l'opérateur à droite du malade, l'incision médiane, l'éclairage complet de la voûte diaphragmatique, la destruction des adhérences par l'arrachement des parois pour éviter les tractions sur la rate, la section des adhérences entre deux ligatures, la section de chaque vaisseau du pédicule entre deux ligatures; il faut éviter aussi de blesser la loge splénique, enfin il faut faire l'hémostase définitive avant la fermeture de l'abdomen, et un bandage compressif et élastique.

g. Après la splénectomie, les accès de fièvre peuvent être dus au réveil de l'intoxication palustre ou à une complication pulmonaire assez fréquente.

h. Après la splénectomie, on observe une leucocytose passagère, qui disparaît après un temps plus ou moins court.

i. La splénectomie a comme résultat de diminuer la toxicité urinaire; le coefficient urotoxique normal, en cas de rate hypertrophiée malarique sans accès fébrile, diminue d'une manière appréciable après la splénectomie. Cette hypotoxicité peut être masquée et même remplacée par une hypertoxicité dans les premiers jours après l'opération, grâce à l'intoxication passagère due soit à l'impaludisme, soit à une complication fébrile.

j. La bénignité relative de la splénectomie, les résultats excellents dans la splénomégalie malarique, la disparition des symptômes de cachexie après l'opération, me poussent à proposer l'extirpation de la rate, dans les cas même où la rate est peu développée sans symptômes locaux importants, comme traitement préventif de l'infection malarique avec menace de cachexie. Ce qui m'autorise à poser cette conclusion, c'est le fait, bien mis en évidence par Laveran, que la rate est le foyer dans lequel demeure l'hématozoaire qui se jette de là dans le torrent sanguin. Or, chaque décharge d'hématozoaire coïncide avec la poussée fébrile et l'hypertoxicité urinaire. »

Traitement des fractures du membre inférieur par une nouvelle méthode. — D'après **M. A. ESQUERDO** (de Barcelone), on peut et on doit traiter les fractures du membre inférieur, celle du fémur comprise, sans tenir le malade au lit; la plupart de ces fractures peuvent être guéries en permettant au malade de marcher même les premiers jours du traitement.

En se servant de bandages en plâtre, en flanelle, en coton ou en tarlatane, on peut faire des appareils très légers et très solides pour assurer l'immobilité des fragments. Un tel bandage en plâtre permet au malade de se lever et de marcher les premiers jours du traitement (peu de jours après la fracture).

Le bandage en plâtre doit être préféré parce qu'il est facile de trouver partout les matériaux nécessaires à sa confection, et le médecin n'a pas besoin d'aides suffisamment instruits pour l'aider.

Ce bandage peut être très bien appliqué dans les cas de fractures compliquées; il faudra alors tailler un volet pour surveiller la plaie.

D'UN MEILLEUR MODE

DE DÉGAGEMENT DE LA TÊTE FŒTALE A TRAVERS L'ANNEAU VULVAIRE POUR PRÉVENIR LES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

Par M. le docteur HAGOPOFF.

Il n'est pas besoin de refaire le tableau, tracé par tant d'auteurs, des inconvénients nombreux et incessants que la déchirure du périnée entraîne après elle : vagin et rectum en un véritable cloaque, incontinence absolue ou relative des matières fécales qui passent par la vulve, incontinence des gaz, cystocèle, rectocèle, prolapsus, etc., autant d'infirmités qui ne sauraient trop justifier la préoccupation des accoucheurs pour éviter cette déchirure.

Sans avoir la prétention d'apporter ici, absolument comme une nouveauté, le procédé que nous allons décrire pour le dégagement de la tête fœtale à travers l'anneau vulvaire, nous devons toutefois le considérer comme le meilleur pour prévenir la déchirure périnéale dans la très grande majorité

des cas où l'accouchement a eu lieu spontanément, la tête s'étant présentée en OP; c'est du moins ce que nous ont montré les nombreux faits dans lesquels nous ne nous sommes adressé qu'à ce mode de dégagement.

Il consiste, en principe, à dégager d'abord l'occiput, puis les bosses pariétales bien avant que le bregma apparaisse à la commissure vulvaire, au prix d'une déformation passagère de la tête.

On sait, en effet, que dans le procédé de dégagement classique, tel qu'on le trouve décrit dans le livre de MM. Farabeuf et Varnier, pendant la période d'expulsion, c'est-à-dire alors que le front se trouve logé en avant du coccyx, l'accoucheur se contente de tout simplement opposer avec la main un obstacle à la progression rapide de la tête fœtale pendant les contractions utérines. Ce n'est que quand la fontanelle antérieure a franchi la commissure vulvaire, qu'il intervient effectivement en libérant les bosses pariétales et en défléchissant la tête, de façon à amener son dégagement complet.

Si cette conduite peut être suivie dans les cas normaux, où l'ampliation périnéale peut s'accomplir, pour ainsi dire, presque toute seule, et où les simples précautions contre le dégagement brusque de la tête fœtale suffisent pour prévenir les déchirures du périnée, elle ne saurait, toutefois, les empêcher en rien dans les cas où ce dernier se trouve menacé, déjà avant que le bregma déborde le tranchant de la fourchette, chez une primipare par exemple, en raison des dispositions anatomiques anormales, à savoir : défaut de largeur et excès de longueur du périnée (Schrenk), l'orientation de la vulve en avant (Boissard); ou à cause des tissus maternels de qualité défectueuse, comme le défaut d'extensibilité naturelle ou par altération pathologique (Freund), et particulièrement chez les albuminuriques, ou encore par suite de la petitesse du volume de la tête (Fasbender, Liebmann, Hecker et Mekertitchiantz), d'où défaut de flexion ou rapidité de la période d'expulsion; ou bien, au contraire, à cause de son volume exagéré qui amène une surdistension des tissus (Winckel, Schrœder).

Dans tous ces cas, d'après nos observations, voici comment nous conseillons de procéder :

La femme étant maintenue dans la position obstétricale (décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, les pieds prenant appui sur le plan du lit) et les genoux écartés modérément, lorsque l'orifice vulvaire a atteint l'étendue d'une petite paume de main (la tête fait bouchon), l'opérateur se place d'abord à droite de la parturiente et glisse lentement, dans les intervalles des contractions, les deux doigts réunis (index et médius) de la main gauche entre l'occiput et le sous-pubis (la pulpe des doigts, tournée en bas, s'applique à nu sur le cuir chevelu), jusqu'à pouvoir les accrocher sur le sous-occiput et à le tirer en bas et en avant, de façon à le ramener sous le bord pubien, pendant que les deux doigts homonymes de la main droite, engagés dans l'orifice vulvaire au voisinage de la fourchette et le pouce à quelque distance de celle-ci, s'appuient, par leur face palmaire, à nu sur la tête, pour s'opposer, avec une force suffisante, à sa progression brusque dès que survient une contraction.

Celle-ci, grâce à la disposition des doigts, fléchit graduellement la tête et le sous-occiput vient effleurer finalement le bord inférieur du pubis, sans que néanmoins l'orifice vulvaire s'agrandisse sensiblement. C'est alors qu'on procède, dans les intervalles des contractions, au dégagement des bosses pariétales en même temps qu'à la déflexion de la tête. Pour cela, après avoir élevé le bassin en plaçant, au-dessous du sacrum, un drap plié en plusieurs doubles, l'opérateur passe à gauche de la femme qu'il engage à pousser, appuie la main gauche contre la tête qui se défléchit au fur et à mesure que les extrémités digitales de la main droite, coiffant la portion de la tête accessible à la vue, écartent les bords de l'anneau vulvaire en même temps que la paume voûtée de la main presse sur la tête en la forçant ainsi à se porter en haut et en arrière pour favoriser son mouvement d'extension, tout en en ralentissant la progression.

Ces manœuvres, bien entendu, doivent évoluer d'une façon méthodique jusqu'au complet dégagement de la grande circonférence SoOF, puisque, sans elles, cette circonférence aurait amené une distension vulvo-périnéale considérable au moment de son dégagement.

Certes, dans la lutte qu'elle engage avec toutes ces manœuvres à cette période, la tête subit provisoirement, grâce à la présence des soudures et fontanelles et à la souplesse des plaques osseuses, une déformation plastique spéciale qui rappelle assez bien la *dolichocéphalie* décrite par Hecker. Le crâne devient bas et s'allonge par un développement plus accusé de l'occiput, par une diminution des diamètres verticaux et par une augmentation du diamètre transverse. Celle-ci, n'ayant lieu qu'après le dégagement des bosses pariétales, ne peut donc être impliquée en rien dans l'acte de distension vulvo-périnéale encore relativement peu accentuée.

La saillie de l'occiput ainsi constituée allonge le bras du levier postérieur de la tête à cause de la contre-pression du pubis d'une part et de la pression exercée par la main et les contractions utérines sur la tête d'autre part. Le front s'en trouve lui-même aplati à tel point que le diamètre SoOF diminue considérablement et équivaut presque au diamètre normal SoOBr, qui est également fort réduit, ainsi que cela ressort des mensurations que nous avons pratiquées, à cet effet, à la clinique Baudelocque, dans le service de mon excellent maître M. le professeur Pinard, comme ailleurs, sur plusieurs cas immédiatement après l'expulsion de la tête. On sait, en effet, que celle-ci reprend ses formes en général quelques heures et parfois quelques jours après la naissance et que cette déformation persiste rarement (Budin). On peut toutefois, en suivant l'exemple de Smellie, appuyer avec la paume de la main sur le vertex et la face, ou mieux les arcades sourcilières, aussitôt après l'expulsion de la tête, pour lui donner facilement une forme régulière. C'est en agissant ainsi que nous avons pu corriger la déformation très marquée d'une tête de nouveau-né provenant d'une femme albuminurique et accouchée à la Clinique, dont l'histoire nous offre quelques points particulièrement intéressants.

En effet, à la période d'expulsion, alors que l'orifice vulvaire n'avait atteint, chez elle, que l'étendue de presque une petite paume de main, le périnée se trouvait extrêmement infiltré; la peau présentait déjà un léger éclatement au niveau de la fourchette, et au périnée surdistendu le front faisait une saillie telle qu'une déchirure centrale était imminente.

C'est dans cet état que nous vîmes la femme. Grâce au mode de dégagement décrit plus haut, nous avons pu complètement réduire la saillie du front et la tête avait si bien franchi l'anneau vulvaire que l'éraillure cutanée que nous venons de signaler a resté dans l'état où elle se trouvait au début, sans qu'il y eût la moindre déchirure de la four-

chette ni du périnée. Or, on sait combien, en pareils cas, cette déchirure est difficile à éviter avec les procédés de dégagement conseillés jusqu'ici.

Sans vouloir critiquer les diverses attitudes imposées aux parturientes et les nombreuses manœuvres destinées à la défense du périnée, puisque toutes peuvent, suivant les cas, trouver leurs indications propres, nous devons toutefois en rappeler quelques-unes, les plus dignes d'attention, pour bien montrer qu'elles sont très insuffisantes et même parfois nuisibles, à notre sens, particulièrement dans les cas auxquels nous venons de faire allusion.

En effet, les auteurs anglais prétendent qu'on soutient moins efficacement le périnée lorsque la femme est dans le décubitus dorsal que lorsqu'elle se trouve dans le décubitus latéral (méthode dite *anglaise*). On arrivera au même résultat avec la méthode française, telle que nous venons d'indiquer plus haut, pourvu que l'on n'écarte que très modérément les genoux pour ne pas ajouter un excès de distension transversale à la distension longitudinale que subit le périnée. Donc, nous n'y insistons pas.

On a préconisé de soutenir le périnée en plaçant la main droite par-dessous la cuisse et transversalement à plat sur le pont des parties molles qui s'étend de la vulve à l'anus, son bord radial dirigé vers la fourchette, le pouce relevé dans le pli génito-crural droit et les doigts dirigés du côté opposé. Le but que l'on cherche à obtenir ainsi serait, d'après MM. Tarnier et Budin, d'embrasser avec la paume de la main, tout en régularisant sa progression, complètement la saillie que forme la tête recouverte par le périnée qui, doublé de la main, formerait un plan résistant et suffisant pour supporter la pression de la tête et par conséquent pour courir le moins possible les chances de rupture.

Si ce procédé peut rendre quelque service lorsque le périnée n'est pas très tendu, il est néanmoins, on le conçoit, à coup sûr dangereux dans le cas contraire; car les pressions sur le périnée, en sens inverse, de la main d'une part et de la tête d'autre part, ne font que hâter la déchirure déjà imminente en amenant ainsi la meurtrissure des points correspondants à la saillie du front.

Il est aussi, pour les mêmes raisons, difficile de croire à la possibilité du relâchement du périnée, comme Playfair prétend l'obtenir par ses propres manœuvres qui consistent à rapprocher les bords de la vulve avec le pouce et l'index de la main, tandis qu'avec la paume on s'efforce d'allonger le périnée et de pousser son bord antérieur en avant de la tête. Pour arriver à un résultat, il faut toujours qu'il y ait assez d'étoffe; or c'est ce qui manque dans les cas que nous venons d'énumérer.

Il nous semble, cependant, qu'il est plus rationnel de s'attaquer directement à la cause, c'est-à-dire au pôle fœtal plutôt, comme c'est le cas de notre procédé, qu'au périnée lui-même. C'est probablement pour remplir cette indication que Goodell (de Philadelphie) conseilla d'attirer le périnée vers le pubis avec un ou deux doigts introduits dans le rectum, pendant qu'avec le pouce placé en dehors et appliqué à nu sur la tête, on repousse cette partie fœtale en haut, sous l'arcade pubienne. Mais cette idée appartient surtout à Ritgen, Olshausen et Ahlfeld, qui ont compris toute son importance. Ces auteurs introduisent bien l'index et le médius dans l'anus en les portant assez haut dans le rectum jusqu'à la rencontre de la bouche ou du menton à travers la cloison recto-vaginale ; mais alors, au moment des contractions, ils se contentent simplement de pousser la tête en haut et en avant sous la symphyse pubienne de manière à lui faire exécuter artificiellement son mouvement d'extension sans toucher au périnée.

Toutefois il est juste, en passant, de faire remarquer que cette manœuvre, qui porte le nom de Ritgen, a été déjà conseillée par le grand Smellie pour la première fois il y a plus de cent cinquante ans.

Quoi qu'il en soit, tous ces procédés, très pénibles pour la femme, ne donnent pas néanmoins de meilleurs résultats que les autres, puisque, en somme, on ne saurait encore agir ainsi efficacement sur le périnée pour empêcher sa surdistension, il s'en faut; au contraire, ils doivent y contribuer pour une certaine part.

Et, d'ailleurs, on sait que c'est pour avoir reconnu l'insuffisance de toutes ces manœuvres, que les auteurs ont eu recours à l'*épisiotomie* créée par Michaëlis et modifiée depuis par Eichelberg, Joulin, Ritgen qui multipliait les incisions, et plus récemment par Dührssen et M. Tarnier. Quoique, de toutes ces incisions, la médio-latérale, celle préconisée par M. Tarnier, soit la plus recommandable, il faut toutefois avouer que c'est là une opération tout aussi inutile que dangereuse. Inutile, parce que souvent, en raison d'une ampliation insuffisante, la déchirure dépasse la limite tracée par l'opérateur, ou bien parfois, n'y obéissant pas, elle n'en continue pas moins à se produire dans sa marche habituelle. Cela est du reste facile à comprendre, étant donné la disposition anatomique de la région, la déchirure se produisant plus volontiers sur la ligne médiane que partout ailleurs, les incisions ne sauraient toujours la prévenir. Elles sont en outre dangereuses, car, en dehors de leurs inconvénients multiples (cicatrisation vicieuse de la plaie et par suite nouveau danger de déchirure pour les accouchements ultérieurs, névralgies vulvaires, bartholinite, etc.), on les a vues quelquefois se couvrir d'eschares et devenir le point de départ d'accidents infectieux graves (Tarnier), surtout chez les albuminuriques lorsque le périnée a été depuis longtemps infiltré.

Aussi très peu d'accoucheurs ont-ils actuellement recours à ces incisions; de même aussi, pour toutes ces raisons, avons-nous cru intéressant de faire connaître le procédé que nous venons de décrire et qui nous a toujours donné les meilleurs résultats.

LE VENIN DES SERPENTS

M. T. R. Fraser vient de faire connaître de nouveaux faits, qui ont leur importance, au sujet de la question du venin des serpents. C'est un fait bien connu que l'ingestion du venin du serpent par voie stomacale est sans inconvénients; le venin est sans action, même s'il est donné à dose considérable. M. Fraser a, en effet, observé qu'une dose mille fois supérieure à la dose qui est mortelle, lorsque le venin est injecté sous la peau, est inoffensive quand elle est donnée par la voie digestive. A quoi tient cette destruction des propriétés venimeuses? Pour M. Fraser, la cause en est dans la composition de la bile. L'action de la bile sur le venin suffit à expliquer l'absence de symptômes d'empoisonnement. Il ne semble pas, d'après le résumé de *Nature*, que M. Fraser ait cherché si le venin est absorbé par le tube digestif; il paraîtrait même, *a priori*, que cette absorption, si elle existe, est faible, car, en définitive, la bile ne se mélange aux aliments qu'après évacuation de l'estomac, et si le venin reste quelque temps dans l'estomac, il faut, ou

bien que l'absorption en soit nulle ou très lente, ou que quelque autre agent vienne l'atténuer, avant que la bile n'exerce son influence.

Pour rendre le venin inactif, il faut peu de bile; un mélange où la bile est en quantité moindre que le venin, est inoffensif. La bile serait donc encore plus antitoxique que le venin n'est toxique.

La bile du bœuf, du lapin, du cobaye, est antitoxique, comme la bile du serpent, mais à un degré moindre, et M. Fraser aurait isolé de la bile des serpents le principe qui est particulièrement doué du pouvoir antitoxique. D'après les expériences faites sur ce produit, il ressort clairement que la bile exerce une action très marquée sur l'activité du venin, et M. Fraser croit avoir mis la main sur un antidote qui sera supérieur à l'antivenène et au sérum antivenimeux et permettra de traiter les morsures venimeuses avec plus de certitude de succès. (*Rev. scient.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Bouchard est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1897-1898.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale, est nommé doyen pour trois ans, à dater du 16 novembre 1897.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Frenkel est nommé, pour l'année scolaire 1897-1898, chef des travaux de clinique ophtalmologique.

M. le docteur Avrand est nommé, pour l'année scolaire 1897-1898, chef-adjoint des travaux de clinique ophtalmologique.

— L'Association française pour l'avancement des sciences a désigné la ville de Nantes pour sa session de 1898, et Boulogne-sur-Mer a été choisi pour celle de 1899.

— M. le docteur Robert Wurtz, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'organiser un service vaccinal et d'étudier les maladies infectieuses en Abyssinie.

— *Présence du plomb dans le lait de conserve.* — Des expériences effectuées en Hollande, par le chimiste de la ville de Rotterdam, ont établi que le lait dissout du plomb au contact de celui-ci ou de ses alliages, comme les soudures des boîtes de conserve, quand elles sont plombifères, comme les bouchons de certaines bouteilles, dans lesquelles on stérilise et on conserve le lait; de sorte que l'ingestion de ce lait est un danger. Il est donc prudent de ne se servir, pour conserver le lait, que de récipients étamés à l'étain fin; pour le faire bouillir, que de casseroles parfaitement exemptes de plomb. Il est également bon de s'assurer que les laits conservés ou condensés le sont dans des boîtes exemptes de plomb. On ne peut soupçonner toutes les coliques que ce maudit métal a déjà causées et causera encore, quand ce n'est pas plus grave. (*Hygiène moderne.*)

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Augé (de Reuilly-sur-Indre); Basset (de Pouilly-sur-Loire); Le Noir (de Paris); Paillette (de Harfleur); Rambaud (de Lyon); Ravoux (de Langeac); Rupin (de Vitré); Saudan (de Paris); Surmay (de Ham) et Wagnier (de Lille).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS DE MOSCOU

RAPPORT

Classification clinique des néphrites. — Après avoir fait la critique des classifications anciennes anatomiques et histologiques, dont la plus classique fut la classification des néphrites en néphrites interstitielles et néphrites parenchymateuses, M. BRAULT déclare qu'une classification vraiment clinique des néphrites doit être basée sur la notion du temps et qu'il faut admettre :

1° Des néphrites passagères ou transitoires; 2° des néphrites aiguës ; 3° des néphrites prolongées ou subaiguës; 4° des néphrites chroniques.

La dernière classe comprend seule des néphrites réellement latentes ; c'est-à-dire correspondant à des lésions rénales profondes avec les apparences de la santé.

Les formes aiguës, prolongées, chroniques, peuvent subir des rémissions, des arrêts, ou présenter des aggravations, des rechutes; les formes aiguës et prolongées évoluent souvent d'un seul trait; les formes chroniques évoluent en plusieurs temps, par poussées successives, elles sont donc en général rémittentes ou discontinues.

En s'appuyant sur l'inconstance de certains symptômes, on peut distinguer certaines *variétés :*

1° *Néphrites passagères*, les expressions de néphrites des maladies générales, néphrites des fièvres, néphrites infectieuses aiguës, néphrites des intoxications aiguës;

2° En regard des *néphrites subaiguës*, celles de néphrites par infection ou intoxications prolongées;

3° En regard des *néphrites chroniques*, celles de néphrites par intoxications lentes, toutes dénominations rappelant le mécanisme qui préside habituellement à l'évolution de ces principaux groupes de néphrites.

Les néphrites aiguës reconnaissent à peu près les mêmes causes que les néphrites passagères ; c'est question d'intensité; néanmoins il est bon de remarquer que lorsqu'elles doivent amener la mort, elles affectent toujours une allure assez lente et prolongée.

Dès l'instant où l'étiologie est déterminée et la quantité d'irritation exactement appréciée, on en déduit assez facilement le mécanisme qui préside aux altérations de l'organe et les aspects divers qu'il présente en cas d'issue funeste.

Sur ce point, il ne peut y avoir aujourd'hui divergences d'interprétation. Dans les néphrites aiguës ou subaiguës, la couleur des reins peut varier depuis les teintes rouges et hémorragiques jusqu'aux teintes pâles, blanc grisâtre en passant par des nuances variables, ou, sur un fond plus ou moins rouge, rose ou gris, se détachent de petits points hémorragiques ou de petites étoiles vasculaires.

Cependant, les reins sont toujours volumineux, les lésions des tubes profondes, les altérations glomérulaires accusées.

L'intensité des lésions est en effet la condition nécessaire de la courte durée des néphrites. Les phénomènes de prolifération, d'exsudation, sont assez accentués pour entraîner augmentation de volume de l'organe.

Et M. Brault cite à l'appui de son opinion une série d'observations démonstratives. Nous ne pouvons d'ailleurs le suivre dans cette partie, intéressante, mais fort obscure de son rapport. M. Brault rapporte en effet un grand nombre d'observations dont il discute chaque cas en particulier.

Il dit en terminant que, sans empiéter sur la pathogénie des néphrites, il doit rappeler que, si les lésions du rein ne sont tributaires ni de celles des vaisseaux de la circulation générale, ni de celles de la trame conjonctive de l'organe lui-même, elles relèvent pour ainsi dire exclusivement de l'intoxication ou, si l'on aime mieux, de l'élimination de substances toxiques : poisons minéraux, poisons microbiens. L'infection véritable n'y entre que pour une bien faible part, c'est-à-dire que la présence des agents animés, ceux de la suppuration, de la tuberculose, ne déterminent pas de néphrites véritables, mais des lésions rénales, plus ou moins cohérentes, dans lesquelles la glande n'intervient pour ainsi dire pas, et qui se développent comme dans tout autre organe.

Les néphrites nous apparaissent comme les états succes-

sifs de destruction d'une glande chargée de l'élimination de certains produits nuisibles à l'organisme ; il s'agit, pour en comprendre la pathogénie, de déterminer, d'une façon précise, quelle est la substance et quels sont les poisons qui ont altéré la glande en la traversant. C'est tout un avenir de recherches qui s'ouvre devant nous. La question est sans doute entrevue, mais la démonstration n'est faite que pour un petit nombre d'intoxications et de toxi-infections. Les néphrites d'ordre expérimental étudiées jusqu'à ce jour méritent toutes d'être reprises dans une étude d'ensemble.

Le résultat de ces nouvelles recherches sera de briser à tout jamais les anciennes classifications pour revenir à la vérité clinique, celle des néphrites par fonction troublée, dont la connaissance intéresse seule le médecin. Dans toute néphrite, c'est la glande qui souffre ; c'est par elle que le mal débute, et, si la glande est amoindrie, c'est non pas parce que ses artères sont malades ou que son tissu conjonctif est lésé, mais parce qu'elle a été soumise à des irritations dont elle n'a pu repousser les atteintes.

Autrement, il n'y aurait aucun motif pour que les néphrites nous apparussent comme des lésions isolées ; il n'y aurait aucune raison pour que les atrophies scléreuses des parotides, ou des glandes les plus banales en apparence, ne fussent pas aussi fréquemment observées que celle du rein et dans les mêmes conditions étiologiques.

Quand on veut pénétrer le mécanisme intime des atrophies glandulaires, il faut, de toute nécessité, remonter au trouble premier de la fonction, qui ne peut s'expliquer que par une action élective de certaines substances sur les épithéliums, c'est-à-dire sur les parties les plus vivantes. Quant aux aspects auxquels on attribuait, il y a peu de temps encore, une si grande valeur dans l'histoire des lésions chroniques, l'inégalité de surface, l'induration, la sclérose, pour tout dire, ce sont là tous caractères contingents, secondaires, dont le mode de production est facile à saisir dès l'instant où l'on a pu déterminer avec exactitude le procédé d'introduction, de pénétration et de répartition de la substance irritante.

M. CROCQ, père (de Bruxelles). L'albuminurie physiologique n'existe pas. L'albuminurie rénale résulte de la desquamation de l'épithélium du rein qui, elle-même, est provoquée par des causes très différentes. La congestion rénale passagère, des écarts de régime, des excès de boisson peuvent causer une albuminurie de quelques jours. L'albuminurie passagère peut, d'autre part, disparaître ou être l'origine d'un mal de Bright. Celui-ci comprend deux espèces cliniques caractérisées par la présence ou l'absence de l'albumine. Au point de vue anatomo-pathologique, il y a deux espèces de néphrite épithéliale ou parenchymateuse et interstitielle.

La néphrite interstitielle n'intéresse jamais l'épithélium. La bière donne parfois lieu à la néphrite parenchymateuse. Les boissons alcooliques influent en général sur l'élément interstitiel.

M. PAVLINOFF (de Moscou) admet l'existence d'une néphrite chronique scarlatineuse, portant à la fois sur le tissu interstitiel et sur l'épithélium rénal.

Dans l'évolution clinique de la néphrite, on trouve à l'autopsie la néphrite épithéliale chronique, quand la maladie n'a relativement pas duré longtemps, et la forme interstitielle, quand sa marche a été lente.

Il faut le reconnaître, la durée de la néphrite chronique est généralement beaucoup plus longue qu'on ne le trouve indiqué dans nos manuels.

D'après ses observations, la durée de la forme parenchymateuse de la néphrite chronique (gros rein blanc où, d'ailleurs, des lésions interstitielles peu prononcées se sont déjà développées) peut être de cinq ans et la forme interstitielle peut durer de douze à dix-sept ans. La forme chronique de la néphrite scarlatineuse n'est pas un phénomène très rare.

La néphrite chronique se développe chez des sujets jeunes, à l'âge de vingt et un à vingt-quatre ans ; par suite, quand on la trouve à cet âge, il faut toujours avoir en vue la possibilité de son origine scarlatineuse.

En admettant la scarlatine comme une des causes de la néphrite chronique, on s'expliquera ainsi, dans certains cas, son étiologie et, par conséquent, on verra diminuer le nombre des néphrites chroniques provenant de causes inconnues.

COMMUNICATIONS

Sur l'urémie fébrile. — M. UGHETTI (de Catania). L'urémie n'est jamais accompagnée de fièvre. Lorsque cette dernière existe, elle est l'indice d'une complication secondaire. La ligature des uretères, la ligature des vaisseaux rénaux, la néphrectomie, déterminent l'anurie chez l'animal, sans provoquer de fièvre. Il n'existe d'ailleurs pas de poisons chimiques capables d'élever par eux seuls la température, en agissant directement sur les centres nerveux, tandis que l'injection d'une solution de carmin (poudre de carmin en suspension), l'injection d'eau dans le sang tuent les globules, les transforment en corps étrangers et élèvent la température. Les poisons urinaires n'ont donc pas de propriété thermogène.

Sur l'emploi de la saignée dans l'urémie. — M. LE PROFESSEUR LAACHE (de Christiania) insiste sur le traitement de l'urémie qui, autrefois très en honneur, a été un peu délaissé dans ces derniers temps. Il cite plusieurs cas de pyélonéphrite calculeuse avec anurie et de néphrite parenchymateuse où la saignée fut suivie de polyurie. Il a eu recours à la saignée seule sans injection de la solution d'eau salée physiologique. Il faisait toujours des saignées abondantes, 500 grammes environ et, dans certains cas, plus de 7 ou 800 et même 1 litre. Il pense que la saignée agit par les modifications circulatoires de tension, de vitesse du sang provoquées par ce moyen thérapeutique.

Pathogénie de la chlorose. — Nous avons vu M. Gilbert (1) déclarer que la chlorose n'était pas une anémie secondaire, mais un des modes de déchéance organique héréditaire ; M. CHARRIN montre aussi que la chlorose n'est pas une anémie, qu'elle n'est pas le fait d'une infection quelconque. Toutefois, sans qu'il en donne des preuves suffisamment convaincantes, M. Charrin pense qu'il y a une épuration défectueuse chez les chlorotiques, dont les cellules sont débiles, dont le foie et l'intestin laissent à désirer au point de vue des poisons insuffisamment atténués, éliminés, ou fabriqués trop abondamment. D'après M. Charrin, la chlorose serait donc aussi la conséquence d'une tare héréditaire.

C'est l'avis également du professeur DE DOMINICIS (de Naples).

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 966.

De l'ensemble de ses observations, il ressort que la chlorose doit être regardée comme une maladie de l'organisme entier, avec un état particulier du sang et la participation de plusieurs altérations organiques.

Les désordres de plusieurs fonctions digestives ont certainement une grande et, on peut dire, la plus grande influence sur la chlorose; mais ces désordres, à eux seuls, ne suffisent pas à expliquer tout le mécanisme de la maladie, pas plus que les différentes lésions vasculaires, sexuelles, nerveuses, etc. Pour cela, il convient d'admettre un ensemble d'actions déterminantes et une prédisposition spéciale.

D'après l'examen de tout ce qui concourt au développement de la chlorose, il semble à l'auteur que cette maladie doit être considérée comme un diabète analogue au sucré, à l'oxalique, à l'uratique, etc., où la note distinctive consiste moins dans l'hyperglicémie, l'oxalémie et l'uricémie, etc., que dans une anomalie hématologique causée probablement par auto-intoxication.

Au point de vue du traitement, M. de Dominicis a obtenu par la transfusion directe de sang hétérogène (de chien) des avantages non seulement beaucoup supérieurs à tous les autres moyens thérapeutiques, mais encore prompts et durables, de sorte qu'il est convaincu qu'à la transfusion directe du sang hétérogène, lorsqu'elle est bien pratiquée, est réservée une place d'honneur dans la thérapie de la chlorose, ainsi que dans celle des autres anémies essentielles.

M. GOLOUBILINE (de Moscou), après avoir examiné les différentes théories pathogéniques qui ont cours au sujet de la chlorose, pense que cette affection doit être considérée comme provenant de l'insuffisance et de l'irrégularité du système hématopoiétique, qui peuvent se manifester comme primitifs ou secondaires à la suite d'une maladie quelconque, sans qu'il soit nécessaire que celle-ci soit localisée dans un endroit spécial.

Cette maladie première, en affaiblissant les fonctions vitales, retentit sur la formation des éléments du sang. La formation hématopoiétique peut être aussi troublée dans les organismes faibles-nés, dont les fonctions sont ralenties congénitalement. L'hématopoièse peut être également ralentie pendant la période active du développement de l'organisme.

Les femmes sont atteintes plus souvent que l'homme, parce que normalement le nombre de leurs globules rouges et la quantité d'hémoglobine sont plus faibles que chez l'homme.

La chlorose est donc une maladie du sang.

M. WARFVINGE (de Stockholm) désire montrer avant tout la nécessité de considérer la chlorose comme une maladie spécifique, essentielle, bien caractérisée par le mode de son apparition et par son tableau clinique. Le traitement de la maladie prouve qu'il est impossible de ne voir dans les effets constants et bien éclatants du fer qu'une action locale. A l'appui de cette idée, il administra le fer dans une série de cas de chlorose par la voie sous-cutanée et il est convaincu qu'ainsi employé le fer agit de même façon que si on l'administre à l'intérieur, mais à doses beaucoup plus petites (un cinquième). Il ne croit pas que le rôle du fer absorbé consiste à combler le déficit en fer des globules rouges du sang. Les effets de ce médicament dans la chlorose doivent consister en ce qu'il combat, pendant son passage à travers l'organisme, les conditions pathologiques qui entravent la régénération normale du sang, de même que le mercure agit dans la syphilis, l'arsenic dans l'anémie pernicieuse, etc. Il est probable que tous ces moyens agissent contre une infection quelconque, c'est-à-dire d'une façon spécifique. Pour que le fer puisse agir ainsi, il est nécessaire de choisir parmi les préparations martiales celles qui peuvent développer dans l'organisme tous les effets propres au fer. Par suite, dans la chlorose, restent inefficaces les préparations qui, comme l'hémoglobine et l'hémol d'une part, le ferrocyanure de potassium d'autre part, forment avec le fer des combinaisons chimiques stables, difficilement attaquées par les réactifs. Il y a nécessité de donner aux chlorotiques le fer en grande quantité, par conséquent les eaux ferrugineuses ne peuvent point être utiles dans cette affection.

Bases d'une thérapeutique rationnelle de la phtisie. — M. DROZDA (de Vienne). Une thérapeutique rationnelle de la tuberculose pulmonaire et de la phtisie consécutive a naturellement plusieurs problèmes à résoudre : il faut détruire les toxines accumulées dans l'organisme par suite de l'invasion des bacilles de la tuberculose, des streptocoques, des staphylocoques, etc., toxines dont l'influence sur les divers organes doit être prise en considération au point de vue séméiologique, et mettre énergiquement obstacle à la production simultanée des pyrotoxines. Ces dernières se reproduisant tant qu'il existe dans le corps humain des micro-organismes virulents, il est clair que ce but ne peut être atteint que par des mesures énergiques, dirigées dans cette direction. C'est par une étude consciencieuse, basée sur l'expérience de longues années, que seront indiqués les remèdes et les voies propres à atteindre ce but et sera éclairci le mode de leur ingérence. Comme, dans une invasion plus considérable, il ne peut être question d'une excrétion immédiate, rapide des micro-organismes, il faut chercher à diminuer, autant que possible, la virulence des bactéries qui ont déjà envahi l'organisme, afin de mettre obstacle à leur multiplication ultérieure et à la formation consécutive des toxines; il faut chercher à fortifier progressivement l'énergie vitale des organes affectés, à provoquer le ramollissement lent, puis la solution des adhérences pleurétiques existantes et enfin la dilatation libre des diverses parties des poumons; parallèlement avec ces modifications a lieu progressivement le ramollissement des infiltrations tuberculeuses compactes qui jusque-là formaient une barrière solide autour des diverses sections du poumon, y mettaient obstacle à l'échange respiratoire des gaz et les préparaient à une invasion consécutive des micro-organismes; il faudra préciser exactement les remèdes et les voies par lesquels ce but pourra être atteint; enfin, il faut encore rendre non nocifs les micro-organismes qui, par résorption, ont passé dans le système lymphatique, et chercher à prévenir le danger d'une infection consécutive.

L'auteur, se basant sur une étude consciencieuse de longues années, est ainsi arrivé à la conclusion que les infiltrations tuberculeuses et les processus phtisiques, si l'on intervient à temps et d'une manière appropriée, dans le sens indiqué ci-dessus, sont susceptibles d'une guérison complète, lente, mais certaine. Même à un degré avancé de phtisie pulmonaire, sans espoir de guérison, il y a lieu, par le régime indiqué, d'attendre une amélioration sensible de l'état du malade et une prolongation de la vie.

Pathogénie de la fièvre typhoïde et les erreurs de la théorie microbienne actuelle. — M. FRANGULEA (de Roumanie). La fièvre typhoïde peut, en certaines circonstances, naître spontanément, c'est-à-dire sans que l'intervention du bacille d'Eberth soit nécessaire; le bacille coli commun peut, sous l'influence du surmenage, de l'encombrement, des peines morales, etc., acquérir des qualités typhicogènes et produire la fièvre typhoïde : ces nouvelles qualités il peut les conserver et les transmettre aux générations futures tant qu'il se trouvera dans ce nouveau terrain; aussitôt que ce terrain sera changé, le microbe, afin de ne pas périr, cherchera à s'adapter, aussi, à ce nouveau milieu, en changeant de propriétés et même de forme; puis il retournera, grâce à la loi d'atavisme, à sa forme primitive, ou subira d'autres transformations; du moment donc qu'un germe ne peut conserver, partout et quand même, sa forme et sa qualité native, la spécifité, admise par l'école pasteurienne, et surtout une spécificité absolue, reste un non-sens; pour rester dans la voie de la vérité scientifique, on ne peut admettre qu'une spécificité relative, tout à fait passagère, et non une spécificité absolue, comme on le pensait il y a quelques années.

En admettant le transformisme et une spécificité relative, tout à fait passagère, on se met d'accord avec toutes les données scientifiques les plus positives, sur la genèse et sur le perfectionnement de tous les êtres organisés; en second lieu, au point de vue pratique, on pourra plus facilement se mettre dans de bonnes conditions pour prévenir la fièvre typhoïde, ou même toute autre maladie contagieuse.

Inutilité du traitement de la syphilis par le sérum d'animaux mercurialisés. — MM. TARNOWSKY et JAKOWLEV (de Saint-Pétersbourg), pensant que la mercurialisation des animaux pourrait communiquer à leur sérum une action thérapeutique permettant d'utiliser ce sérum comme moyen de traitement de la syphilis chez l'homme, ont entrepris des expériences sur trois poulains, qui subirent des injections sous-cutanées de calomel. Chaque poulain reçut de 4 à 6 grammes de calomel, dans le courant de deux mois et demi.

Avec le sérum de ces poulains ainsi mercurialisés, ils ont traité, à la clinique de l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, seize syphilitiques à différentes périodes de la maladie. Ces injections se pratiquaient à la région dorsale, avec les précautions habituelles, trois ou quatre fois par semaine, à la dose de 10 à 20 centimètres cubes. Il a été fait en moyenne, à chaque malade, dix-sept injections.

A quelque période de la maladie que le traitement sérothérapique fût appliqué, le résultat a toujours été négatif : la maladie a suivi sa marche habituelle. Ce traitement a même exercé un effet défavorable sur l'état général des malades, parce que les injections provoquent de la fièvre dans les quatre cinquièmes des cas. Cette fièvre est généralement accompagnée d'une poussée de purpura, de douleurs dans les articulations et dans les muscles, de l'apparition d'albumine dans l'urine, etc.; en outre, les malades maigrissent sensiblement. On constate aussi que le sang est appauvri : il y a diminution dans le nombre des globules et abaissement du taux de l'hémoglobine.

Ils concluent donc des expériences qu'ils ont faites jusqu'ici que les injections de sérum de poulains mercurialisés ne sauraient être recommandées comme mode de traitement de la syphilis. Au contraire, il faut rejeter cette méthode à cause de l'action nocive que le sérum animal exerce sur l'organisme des malades.

Nouveau traitement de la scarlatine : prophylaxie de la néphrite albumineuse. — M. ISIDORO PUJADOR Y FAUVA. Cette maladie, étant considérée par tous les auteurs comme ayant son origine dans l'infection streptococcique, et Fochier (de Lyon) ayant aussi vaincu l'infection puerpérale streptococcique par l'emploi des injections de térébenthine, l'application desdites injections dans la scarlatine est rationnelle.

Dans les scarlatines malignes (chez des enfants de trois à six ans) de forme ataxique, en pleine période éruptive, et alors que toutes les médications conseillées, y compris les bains, avaient été essayées, ces scarlatines furent guéries par l'emploi de deux injections hypodermiques de 1 gramme d'essence de térébenthine.

Une anasarque complète par néphrite albumineuse, dans la période de desquamation scarlatineuse, fut guérie rapidement par le moyen des injections d'essence de térébenthine, sans autre médication ultérieure.

Plus de 120 scarlatines, dont quelques-unes étaient très graves, chez des enfants et quelques adultes, traitées par la térébenthine à l'intérieur, furent toutes guéries, sans qu'en aucun cas les urines présentassent d'albumine, et cependant, les malades étaient sortis à l'air libre avant les trois semaines, à compter du jour de la manifestation de la maladie.

Une diminution manifeste dans les symptômes des maladies ayant été observée avant la fin des trois heures après l'application de l'injection, et la térébenthine ayant été reconnue tout de suite par l'odeur de violette communiquée aux urines, cela prouve évidemment que celle-ci agit immédiatement par absorption du médicament, en changeant le métabolisme microbien, en neutralisant peut-être les toxines sécrétées, ou bien en activant la phagocytose sanguine.

Ce médicament employé à l'intérieur depuis le commencement de la maladie et ne produisant jamais d'albuminurie, cela prouve que celle-ci est aussi streptococcique et que l'injection n'agit que comme déterminante ou fixatrice par le phlegmon développé trois ou quatre jours après, comme le prétend Fochier dans l'infection puerpérale, mais que, outre l'effet primitif par absorption, on observe un autre effet secondaire, effet de révulsion.

Outre l'action irritante locale ou de contact de la térébenthine (laquelle s'évite facilement par l'addition d'un alcalin, le bicarbonate de soude, par exemple), celle-ci reste toujours inoffensive pour l'organisme, ne devant être employée, pour obtenir les effets désirés, qu'à doses de pas plus de 1 gramme pour les enfants en bas âge, et ne pas dépasser 3 grammes pour les adultes, administrée sous forme de potion (solution gommeuse) ou bien sous forme de perles.

Il convient de surveiller attentivement l'appareil digestif, et de suspendre la médication pendant deux jours, pour la remplacer par des laxatifs salins.

Traitement précoce de la syphilis. — M. BARTHÉLEMY (de Paris). La syphilis est une infection primitivement locale, très rapidement généralisée, qui est engendrée par la pénétration d'un virus spécifique, un et toujours identique à lui-même, dans l'organisme, alors que cet organisme est en pleine santé. La tuberculose a besoin, pour se développer, d'un terrain depuis longtemps préparé, préa-

lablement et fortement déprimé et dénourri, et on ignore presque toujours le moment précis où l'agent pathogène s'introduit dans l'organisme. Dans la syphilis, on le connaît mieux et bien plus vite que pour la tuberculose ; mais on le sait moins vite que pour la vaccine et pour la rage, par exemple, qui débutent par un signal traumatique des plus nets. Quoi qu'il en soit, par la syphilis, est réalisée dans l'organisme contaminé une véritable expérience évoluant en actes multiples, en nombreuses années, dans une marche chronique et vers une échéance lointaine. C'est la lutte entre l'organisme sain et le virus pathogène, entre l'assiégé et l'assaillant; et l'observateur peut assister aux assauts soutenus, aux attaques souvent furieuses et répétées sans trève, livrées par l'agent envahisseur, comme il est témoin de la défense parfois heureuse de l'économie ; et c'est précisément parce que la maladie peut guérir, parfois même presque spontanément, qu'il faut, à tout prix, et le plus tôt possible, seconder les efforts de la nature, *naturæ medicatricis*. Si c'est bien ainsi que l'infection syphilitique s'effectue, procède et évolue, comment le médecin (qui n'a pas d'autre raison d'être que de guérir et de soulager les malades) ne s'empresserait-il pas et ne s'efforcerait-il pas d'aider l'organisme à se défendre, aussitôt même que le besoin d'assistance se ferait sentir, sans perdre le plus petit espace de temps? Pourquoi imposer un délai quelconque? Pourquoi refuser, ne fût-ce qu'un instant, le renfort que l'organisme implore dans sa détresse? Pourquoi, en un mot, ne pas administrer, sans le moindre retard, le remède, le contre-poison, le parasiticide par excellence? Tous les arguments de la doctrine de temporisation sont aujourd'hui réduits à rien; l'accord est fait, unanime, semble-t-il, pour combattre la rédoutable infection avec toute la vigueur, la méthode, l'intensité et la persévérance nécessaires, mais aussi avec toute la rapidité possible : « Aussitôt que le diagnostic de syphilis est certain, donner le mercure. Savoir, au contraire, s'abstenir de toute médication spécifique, tant qu'il reste un doute sur la nature du mal. » Voilà les deux règles dont le praticien ne doit plus se départir ; dans le doute, il faut s'abstenir; mais, dès que la contamination spécifique est démontrée, il y a lieu de commencer, et sans plus de délai, le traitement mercuriel : plus tôt l'eau est jetée, plus tôt l'incendie est éteint, à condition, toutefois, qu'il y ait assez d'eau et qu'elle soit lancée avec assez de force et de discernement pour bien maîtriser le feu.

La syphilis étant une maladie rapidement généralisée, *morbus totius substantiæ*, le mal existe tout aussi bien quand il reste silencieux et latent que quand il se manifeste par une expression locale quelconque : ce n'est pas parce qu'il déborde que le vase est plus rempli ! Agir autrement serait manquer de logique ; ce serait traiter les syphilides et non la syphilis. Il y a donc lieu de combattre la diathèse le plus tôt possible, le plus près possible de son début, et par l'emploi méthodique et alternativement donné, cessé et repris, c'est-à-dire dosé proportionnellement à la tolérance respective de chaque organisme, des médicaments spécifiques.

De tous, le plus puissant, dont nous puissions disposer jusqu'à ce jour, est le mercure. S'il était une substance plus puissante, c'est à cette dernière qu'il faudrait, sans plus d'hésitation que de retard, recourir. Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a pas d'autre agent que le mercure : *mercurio victori* pourrait être une devise thérapeutique de cette spécialité. Pour l'orateur, il a des malades, syphilitiques depuis plus de dix ans, qui n'ont pas pris 1 gramme d'iodure. L'iodure est un précieux médicament, mais infiniment moins actif, presque secondaire, dans la syphilis, comparativement au mercure. La question de l'iodure serait même une question intéressante à discuter dans un congrès international où, du choc de toutes les idées et de toutes les écoles, l'étincelle de la vérité a plus de chance de jaillir. Quoi qu'il en soit, la pratique, d'accord avec la logique, démontre que c'est par le mercure qu'on secourt le plus puissamment l'organisme envahi par l'agent virulent de la syphilis (atténuation de la virulence, suppression du tertiarisme, etc.), à condition qu'il soit employé à dose suffisante pendant un temps assez prolongé et le plus tôt possible ; voilà les trois conditions, et cela avec d'autant plus de raison qu'il n'existe encore aucune sorte de critérium capable de fixer, avec quelque chance de certitude, le pronostic d'une infection syphilitique qui commence.

L'administration précoce du médicament spécifique est une mesure utile pour le patient dont les accidents sont rendus plus légers, plus superficiels, moins fréquents, moins récidivants, moins durables. C'est donc une mesure éminemment utile pour l'entourage aussi, dont les chances de contamination sont réduites au minimum. Agir vite, c'est peut-être sauver de la contagion la famille présente et à venir.

Jadis les frictions mercurielles étaient considérées, à juste titre, comme la médication héroïque, comme le traitement d'assaut, selon l'expression de Charcot. Aujourd'hui, les injections mercurielles insolubles, hebdomadaires, par conséquent intrafessières, constituent le moyen le plus énergique de lutter contre la vérole, soit l'huile au calomel (5 centigrammes par gramme), soit l'huile grise (III gouttes et demie) ou 7 centigrammes de mercure métallique par dose, selon la bienfaisante formule de Lang : huit mois pendant la première année d'infection ; six mois pendant la deuxième ; trois mois pendant la troisième, un an de repos ; puis reprendre deux mois pendant chacune des trois années suivantes, voilà la prescription courante, à moins d'indication spéciale. C'est, en somme, la méthode thérapeutique de l'illustre maître, le professeur Fournier, adaptée à la pratique des injections mercurielles. Les injections solubles sous-cutanées, soit de cyanure d'hydrargyre (solution aqueuse à 1 p. 100), soit de bi-iodure d'hydrargyre (1 centigramme par gramme d'huile), devant être renouvelées tous les deux jours, ne peuvent être admises comme système courant de traitement prolongé.

Sur la tuberculose miliaire de la peau et des muqueuses adjacentes à la peau. — M. KAPOSI (de Vienne) décrit, par opposition au lupus vulgaire et aux autres affections que l'on range, arbitrairement selon lui, sous la dénomination commune de tuberculoses de la peau (lupus érythémateux, lichen scrofulosorum, etc.), une forme de tuberculose miliaire vraie de la peau. Il s'agit de ces cas de granulations extrêmement fines, isolées les unes des autres, bien que réunies en un placard sur une région, qui est le plus souvent à la face (nez, joues, lèvres, menton), mais qui peut être aussi la fesse, le coude, l'avant-bras, etc. Ces granulations, qui peuvent envahir aussi les muqueuses (bouche, langue, voile du palais), sont absolument comparables aux tubercules miliaires des viscères, dont elles présentent la structure anatomique et les caractères bactériologiques positifs. Elles peuvent demeurer indépendantes les unes des autres pendant toute la durée de l'évolution morbide ; mais,

le plus souvent, elles se réunissent pour former des ulcérations dont les bords dentelés et le fond suintant ont une couleur rouge pâle, et qui ont pour caractère principal d'être extrêmement douloureuses. Kaposi a pu observer, dans sa clinique, 22 cas de cette affection depuis 1879; la marche en est rapide, et la tuberculose miliaire de la peau, dont Leichtenstern a publié tout récemment un cas à évolution aiguë, coïncide toujours avec la tuberculose viscérale.

Prophylaxie de la tuberculose bovine. — M. NOCARD (d'Alfort). 1° Dans toute exploitation où a séjourné un animal tuberculeux, que le diagnostic ait été fait sur l'animal vivant ou seulement à l'abattoir ou à l'équarrissage, tous les animaux de l'espèce bovine devraient être soumis à l'épreuve de la tuberculine;

2° Les animaux reconnus sains seraient immédiatement isolés des malades; on leur attribuerait une étable spéciale, désinfectée à fond; on n'introduirait pas dans cet étable d'animal nouveau sans qu'il ait été soumis à l'épreuve de la tuberculine;

3° Quant aux animaux que la réaction à la tuberculine aurait permis de déclarer tuberculeux, il faudrait en faire un examen clinique minutieux et les diviser en deux groupes :

a. Ceux qui ne présenteraient aucun symptôme extérieur de la maladie (toux fréquente, expectoration ou jetage, induration des ganglions ou des mamelles, etc.), — et ceux-là sont heureusement les plus nombreux, même dans les étables les plus gravement infectées, — ceux-là, il ne serait pas nécessaire de les faire abattre à bref délai; le plus grand nombre de ces animaux ne possèdent que des lésions récentes, très peu étendues, parfois insignifiantes; ils ne sont donc guère dangereux au point de vue de la contagion; le propriétaire pourrait continuer, sans inconvénient, à les utiliser pour la production du travail ou du lait; il devrait surtout les préparer pour la boucherie, de façon à s'en débarrasser, au meilleur compte, le plus tôt possible; mais il pourrait attendre que les vaches pleines aient mis bas, et conserver leurs veaux, à la condition de les séparer des mères aussitôt après la naissance et de leur donner une nourrice saine ou de les élever au biberon avec du lait bouilli.

b. Ceux qui, au contraire, présenteraient un symptôme quelconque pouvant être rattaché à la tuberculose (toux fréquente, jetage ou expectoration, engorgement ou induration des ganglions ou des mamelles, etc.), devraient être livrés au boucher dans le plus bref délai; chez eux, en effet, la maladie est déjà si avancée que le malade constitue un grave danger pour les voisins dont il peut, chaque jour, aggraver l'infection, en les exposant, chaque jour, à de nouvelles contaminations; bien plus, s'il s'agit d'une vache laitière, la prudence la plus élémentaire veut qu'on empêche la vente ou la consommation du lait; chez cette vache, en effet, ou bien la tuberculose est déjà généralisée et déjà son lait est éminemment dangereux, ou bien la maladie est si avancée que la généralisation est imminente et que le lait peut incessamment, d'un jour à l'autre, sans que l'on s'en doute, charrier des bacilles tuberculeux. A tous les points de vue, dans l'intérêt même du propriétaire comme dans l'intérêt supérieur de la santé publique, il faut donc faire disparaître, le plus tôt possible, les animaux qui présentent des signes cliniques de la maladie, quand la réaction à la tuberculine permet de leur attribuer la signification qui leur appartient;

4° Les animaux reconnus tuberculeux, par la réaction à la tuberculine ou autrement, ne pourraient être vendus pour une destination autre que la boucherie; ils devraient être recensés et marqués; le vétérinaire sanitaire devrait assister à leur abatage; et, si la viande était saisie pour cause de tuberculose généralisée, il serait équitable d'accorder au propriétaire une indemnité représentant une partie plus ou moins grande de la valeur de la viande saisie.

Sur la sérothérapie de l'infection puerpérale. — M. V. WALLICH (de Paris). Les résultats expérimentaux obtenus par M. Marmorek, avec un sérum antistreptococcique très puissant, avaient donné l'espoir d'une action efficace par ce moyen contre l'infection, si souvent streptococcique, des accouchées.

Ses recherches sur ce sujet l'amènent à conclure que les chiffres de la morbidité et de la mortalité observés dans une statistique importante, n'ont pas été sensiblement modifiés par l'institution méthodique de la sérothérapie à l'aide du sérum de Marmorek.

Les modifications de la moelle osseuse dans les infections. — M. H. ROGER. Chez les êtres adultes la moelle osseuse est essentiellement constituée par un tissu alvéolaire dont les mailles sont remplies de graisses, dont les travées sont formées par des fibrilles déliées, renfermant quelques rares cellules.

Au cours des maladies infectieuses, les cellules de la moelle osseuse prolifèrent avec une grande activité. C'est ce que l'auteur a pu constater, dans des expériences poursuivies avec l'aide de M. Josué, sur des animaux inoculés avec le staphylocoque doré, le steptocoque, le bacille du charbon, etc.

Même dans le cas de lésions locales, par exemple dans les cas d'abcès sous-cutanés à staphylocoques, on trouve dans la moelle un retour à l'état embryonnaire; la graisse disparaît et les cellules envahissent tout le tissu. Voilà un exemple remarquable du retentissement qu'une lésion locale peut avoir sur l'organisme entier.

Tous les microbes que ces auteurs ont étudiés provoquent des proliférations dans la moelle; mais ce ne sont pas les mêmes cellules qui se développent dans tous les cas : l'aspect histologique varie donc suivant le microbe inoculé.

L'examen de moelle osseuse provenant d'individus ayant succombé à diverses infections confirme leurs résultats expérimentaux.

En injectant à des animaux des cultures stérilisées du staphylocoque doré ou du bacille diphtérique, ils ont obtenu les mêmes résultats qu'en injectant des cultures vivantes. Les microbes agissent donc sur la moelle par leurs produits solubles, ce qui explique le retentissement des lésions locales.

Si les toxines modifient la moelle osseuse, les antitoxines y provoquent également des changements fort marqués. Le sérum antidiphtérique, notamment, y détermine des proliférations cellulaires présentant des caractères particuliers.

Ces divers changements de la moelle osseuse sont en rapport avec la leucocytose qui les produit au cours des infections ou à la suite des injections de sérum. Le tissu ostéo-médullaire joue donc un rôle important dans la pro-

tection de l'organisme : il assure la leucocytose et la phagocytose consécutive.

Sur la pathogénie des calculs urinaires. — M. WILHELM EBSTEIN (de Göttingen). La pathogénie, c'est-à-dire le mode de développement des calculs urinaires et des symptômes qui en dépendent, fait l'objet de cette communication. L'étiologie, c'est-à-dire l'exposé des causes déterminantes de la formation des calculs urinaires, ne sera mentionnée ici qu'autant que cela est nécessaire pour l'intelligence du sujet. Le développement de tout calcul urinaire suppose l'existence d'une substance organique (albuminoïde) qui est indispensable à la formation du noyau, à moins que ce dernier ne soit formé par un corps étranger. Cette substance albuminoïde, produite de différentes manières, dans l'organisme des sujets atteints de lithiase, fournit, aussi bien pour la formation du noyau que pour le développement des calculs urinaires, avec les autres substances (acide urique et ses composés, oxalates, phosphates, etc.), la base constante des concrétions à partir du sable urinaire jusqu'aux calculs les plus volumineux, justiciables d'une intervention opératoire. La croissance des calculs urinaires, et ceci résulte des recherches de l'auteur sur la pathogenèse descalculs urinaires, se fait toujours par apposition en partie par formations de couches concentriques, en partie par dépôt de masses cristallines irrégulièrement disposées, en partie par combinaison de ces deux modes, mais en tout cas avec le concours de la substance organique (albuminoïde) ci-dessus mentionnée. Si cette dernière fait défaut, le calcul cesse de croître. L'exactitude de cette doctrine est prouvée non seulement par l'analyse chimique des calculs urinaires chez l'homme et chez les animaux, par l'étude de leur structure, par leur reproduction comme volume, forme et mode de développement prenant sa source dans la substance organique albuminoïde ci-dessus mentionnée, mais encore par la possibilité de reproduire expérimentalement, chez les animaux nourris d'oxamide, des calculs qui, par leur formation, leur croissance et leur construction, sont identiquement pareils aux calculs ordinaires. Cette reproduction expérimentale de calculs oxamidiques, découverte par l'orateur avec le professeur Nicolaier, et souvent constatée depuis, donne non seulement un aperçu clair sur la formation et la croissance des calculs urinaires, mais aussi sur le développement des symptômes auxquels il donne naissance. Ses études ultérieures et celles du professeur Nicolaier, sur l'excrétion de l'acide urique par les reins, faciliteront probablement aussi la notion de la formation, à ses débuts, des concréments uratiques dans les reins.

Un nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre. — Voici la conclusion de la communication de M. SEVEREANU (de Bucharest) :

Un des inconvénients inhérents à l'opération du bec-de-lièvre est le rétrécissement de la lèvre supérieure par suite de la cicatrice qui s'y forme. Pour obvier à cet inconvénient, l'orateur a adopté un nouveau procédé, qui consiste dans le dédoublement du sphincter labial, de manière à obtenir une surface sanglante sans qu'il y ait perte de substance. On évite de cette manière la soudure cicatricielle de la lèvre avec la partie cruentée du maxillaire, et par suite on obtient une mobilité de la lèvre que les malades réclamaient souvent plus tard, lorsqu'ils avaient été opérés par les procédés ordinaires. De plus, en suturant les bords de la plaie par un procédé spécial, qui assure le contact intime du fond de la plaie, tout en évitant des points visibles à l'extérieur, on supprime les cicatrices multiples que l'on observe quand l'opération a été faite par les anciennes méthodes.

De la sérothérapie dans les néoplasmes malins. — M. SÉMATZKY (de Saint-Pétersbourg) a employé la sérothérapie dans 22 cas de néoplasmes malins et avec des résultats toujours négatifs. Il prend la liberté d'affirmer que, dans les quelques cas publiés, fort peu nombreux d'ailleurs, de néoplasmes malins guéris au moyen des injections de sérum, il y a eu erreur de diagnostic.

Il y a lieu de soulever la question suivante : si les injections du sérum ne sont pas curatives, sont-elles, au moins, utiles? Non, elles sont tout à fait inutiles! L'orateur va même plus loin et il affirme qu'elles sont nuisibles à cause de l'infection possible. Ce qui arrive bien plus souvent, c'est l'intoxication immédiate par les poisons contenus dans le sérum lui-même. Pour toutes ces raisons, il n'est plus permis de faire de pareilles expériences en clinique.

A propos d'un lymphangiome du canal inguinal accompagné d'une hydrocèle filarienne et de lésions éléphantiasiques du testicule Considérations sur les orchites spéciales des pays chauds. — M. LE DENTU (de Paris). « En 1881, j'ai eu à traiter une hydrocèle chyleuse. Dans ce liquide existaient des embryons de la filaria sanguinis. C'était la première fois que je rencontrais ce parasite découvert par Demarquay, en 1863, dans des conditions identiques.

En 1884, à propos de ce cas, j'ai lu devant la Société de chirurgie un travail sur les accidents causés par la filaire en général, et surtout sur les hydrocèles chyleuses.

En 1887, j'ai attiré l'attention de mes collègues de la Société de chirurgie sur certaines indurations du testicule, ressemblant beaucoup à la syphilis de cet organe, que j'avais observées plusieurs fois sur des habitants de la zone tropicale. Frappé de la coïncidence possible, mais non constante, de ces indurations avec l'éléphantiasis du scrotum, je les ai considérées comme de la même nature que ce dernier, et je n'ai pas craint d'intituler mon travail : « De l'éléphantiasis du testicule indépendant de celui du scrotum. »

En 1890, une castration unilatérale, rendue nécessaire par une opération autoplastique, sur un homme atteint d'éléphantiasis du scrotum, m'offrit l'occasion d'étudier les lésions spéciales du testicule, et de constater qu'elles étaient bien, comme l'éléphantiasis cutané, d'origine lymphangitique. Le rapprochement que j'avais fait des deux ordres de lésions était donc exact. Le résultat de l'examen histologique du testicule est consigné dans les *Bulletins de l'Académie de médecine* de 1890. Un fait en ressort nettement, c'est que, ainsi qu'il fallait s'y attendre, l'induration siège presque exclusivement dans l'épididyme, la tunique vaginale et l'albuginée.

Enfin, cette année (1897), j'ai eu à donner des soins à un jeune homme de vingt-trois ans, né aux Antilles, chez qui existaient, en même temps, une induration éléphantiasique du testicule, une hydrocèle, une entérocèle inguinale et une tumeur du canal inguinal, empiétant sur les bourses, qui ressemblait beaucoup à une épiplocèle adhérente.

La cure radicale de cette lésion et l'extirpation de cette tumeur furent jugées nécessaires pour diverses raisons. Au cours même de l'opération, il fut reconnu, qu'à côté de l'entérocèle, se trouvait, non une épiplocèle adhérente,

mais un lymphangiome et un varicocèle lymphatique volumineux.

Quant à l'hydrocèle, elle avait été ponctionnée plusieurs jours auparavant. Le liquide, absolument normal d'ailleurs, contenait un grand nombre de filaires vivantes.

Le malade éprouvait, depuis plusieurs années, des accidents particuliers consistant en crises de douleurs, accompagnées de fièvre, de vomissements et de gonflement, ayant leur point de départ dans le testicule droit et remontant vers la fosse iliaque et le flanc jusqu'aux reins. Il avait vu apparaître l'hydrocèle et la tumeur mixte du canal inguinal (hernie et lymphangiome) depuis plusieurs mois. Les crises douloureuses ayant pris, au mois de février de cette année, une intensité extraordinaire, le malade s'est résolu à changer de climat. »

La pièce offre un vif intérêt. D'une part, le testicule enlevé présentait les mêmes lésions déjà décrites en 1890 à l'Académie de médecine (lymphangite chronique de l'épididyme et des enveloppes testiculaires, avec hyperplasie conjonctive consécutive); d'autre part, elle offrait, à l'examen, un lymphangiome de grandes dimensions, qui plongeait dans le bassin en même temps qu'il descendait dans le scrotum, et qui était escorté par un énorme varicocèle lymphatique sans connexions apparentes avec lui.

La tumeur était constituée en un amas de vaisseaux lymphatiques, la plupart de nouvelle formation, dilatés en vacuoles dont quelques-unes contenaient un liquide louche, un peu lactescent, où il n'a pas été trouvé de filaires.

Les suites de l'intervention furent assez inquiétantes pendant une période de quelques jours. Il fallut inciser une tumeur liquide développée dans la cavité abdominale et d'où il s'échappa du sang pur, liquide et en caillots. A chaque pansement, du sang s'écoulait, sans qu'on pût se rendre compte de son origine. Puis, des vomissements violents se déclarèrent, vomissements bilieux, accompagnés d'ictère et de douleurs dans la région de la vésicule biliaire, comme s'il s'était agi de coliques hépatiques; mais dans la pensée de M. Le Dentu, ces accidents devaient se rapporter à l'existence de grosses varices lymphatiques, et peut-être d'un adéno-lymphocèle du groupe ganglionnaire pré-aortique. Actuellement le malade est guéri.

A propos de ce cas extrêmement intéressant, où le paludisme n'a joué aucun rôle, où la filaire a eu certainement un rôle prédominant, sinon exclusif, M. Le Dentu développe des considérations sur les accidents propres aux pays chauds qu'un certain nombre d'auteurs, Manson, Lews, Fayrer, Bancrolff, Magalhaes, Audain, attribuent sans hésitation à l'influence de ce parasite. Il aborde aussi la question de l'orchite paludéenne et en met en doute l'existence, pour la raison que le paludisme est bien loin d'être toujours démontrable chez les sujets en sont atteints, et qu'elle apparaît exclusivement dans des régions où la filariose est endémique.

Le seul point douteux est de savoir s'il ne faut pas que le système lymphatique ait été préparé, par une résidence prolongée dans les pays chauds, à recevoir l'action de la filaire. En effet, les individus fraîchement établis dans ces pays chauds sont indemnes d'accidents. Sauf cette réserve, l'action du parasite est incontestable, quoiqu'on ne puisse pas toujours arriver à en démontrer l'existence par l'examen du sang.

M. Le Dentu établit une division des accidents testiculaires en aigus, subaigus et chroniques. Ces derniers peuvent être chroniques d'emblée, sans avoir été précédés de poussées aiguës, et ne sont pas toujours accompagnés d'éléphantiasis scrotal. Ils méritent spécialement la dénomination d'éléphantiasis du testicule.

Le diagnostic avec la syphilis tertiaire est parfois très délicat. Le défaut de tout accident spécifique préalable, l'état stationnaire, l'impuissance du traitement spécifique, sont des motifs de différenciation très importants.

Le changement de climat, le passage dans une zone tempérée ou froide, arrêtent l'évolution des accidents plus ou moins rapidement. Peut-être l'électrolyse les ferait-elle rétrograder, comme lorsqu'on a affaire à un lymphangiome proprement dit.

Traitement chirurgical des fibro-myomes de l'utérus. — M. AUGUSTE P. CLARKE (de Cambridge). La salpingo-oophorectomie peut être avantageusement employée dans les cas où l'hémorragie, causée par la tumeur, deviendrait un symptôme alarmant, et aussi dans les cas où un fibrome sous-péritonéal prendrait un développement trop rapide. Néanmoins, si la tumeur n'est pas trop grosse, si elle se trouve dans le segment central de l'utérus, si les tissus sont très vasculaires, la ligature des artères utérines est indiquée.

Si, durant leur croissance, les fibromes interstitiels se développent vers la cavité utérine, on peut y remédier par l'usage de la curette, surtout en y ayant recours après chaque période menstruelle. Dans certains cas, les fibromes sous-muqueux peuvent être énucléés sans danger à travers une incision qui peut être faite à l'intérieur de la cavité utérine, avec tamponnement et pincement des vaisseaux incisés.

Les fibromes sous-péritonéaux et ceux qui sont situés dans le fond de l'utérus peuvent être plus facilement extraits par le moyen d'une incision des parois abdominales. De cette manière, on se rend plus facilement maître des vaisseaux trop volumineux. On pourrait obvier aux dangers de la myomectomie, dans les cas de fibromes sous-séreux ou de fibromes tendant à se propager vers la surface de l'organe, en ayant recours aux sutures aseptiques.

Si un néoplasme comparativement petit se trouvait dans la partie inférieure de l'utérus, l'énucléation pourrait s'effectuer par le vagin.

Dans les cas où la tumeur, située dans le corps de l'utérus, est tout à fait adhérente au tissu de l'organe, il faut faire l'hystérectomie supravaginale ou bien une ablation totale de l'utérus d'après la méthode vagino-abdominale.

L'ablation complète de la portion malade de l'utérus rend le drainage plus facile; on traite le pédicule comme dans la méthode extrapéritonéale. Il y aura, dans ces conditions, moins de danger d'irriter les tissus adjacents.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (1)

Par le docteur J.-L. FAURE, chirurgien des hôpitaux.

Le ventre ouvert, son exploration doit être aussi rapide que possible. C'est une des conditions du succès, car chez les infectés, les manipulations intra-péritonéales viennent terriblement aggraver un pronostic déjà bien sombre.

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 945.

Aussi, la conduite à tenir doit-elle varier suivant que l'on se trouve en présence d'une péritonite diffuse ou d'une affection (traumatisme, hémorragie, occlusion intestinale, etc.), qui ne s'accompagne pas d'infection péritonéale, ou tout au moins qui ne s'accompagne que d'une infection commençante et encore légère.

Ici, à moins que la dépression nerveuse ne soit excessive, ce qui n'arrive guère que dans les traumatismes très violents ou très graves, il faut se comporter comme dans les laparotomies ordinaires, c'est-à-dire aller avant tout à la recherche du mal, et ne craindre, pour y parvenir, ni les manœuvres intrapéritonéales, ni les recherches délicates. Le succès de l'opération est à ce prix, et comme les malades non encore infectés sont résistants par le fait même de cette absence d'infection, il faut coûte que coûte découvrir la cause du mal et y porter remède : lever l'étranglement, s'il s'agit d'une occlusion, pincer ou lier le vaisseau qui saigne, s'il s'agit d'une hémorragie, oblitérer la perforation, si l'on se trouve en présence de cet accident.

Si je me reporte à mes observations personnelles, j'y trouve une confirmation absolue de la légitimité de cette conduite.

Le petit malade de l'observation XV, atteint d'une invagination, avait parfaitement supporté son opération, s'était éveillé sans choc, sans dépression profonde, et aurait très probablement guéri sans le malheureux accident qui lui a fait vomir dans sa trachée.

Dans l'observation XVI, le malade chez lequel j'ai arrêté une hémorragie du foie a dû la vie précisément à ces manœuvres et à ces recherches intrapéritonéales si graves pour les malades en état d'infection suraiguë. Enfin, dans l'observation XVII, j'ai eu à regretter de ne pas pousser plus loin que je ne l'ai fait les recherches intrapéritonéales. Ma malade est morte, il est vrai, mais elle a résisté plus de quinze jours à son affection. Le choc opératoire n'a donc été pour rien dans le dénouement. Si j'avais prolongé mon exploration, découvert et suturé la perforation gastrique qui l'a tuée, il est bien vraisemblable que, chez une malade qui a résisté comme elle l'a fait aux terribles accidents qu'elle a présentés, j'aurais encore enregistré un succès. Il est vrai que, dans ce cas bizarre, je ne pouvais pas raisonnablement prolonger mes recherches, puisque l'ouverture du ventre m'avait convaincu — bien à tort — de l'inutilité de la laparotomie.

Ces trois cas plaident donc manifestement en faveur des recherches intra-péritonéales. Dans les deux cas où elles ont eu lieu, elles ont été suivies de succès, et l'insuccès du troisième cas est précisément dû à ce qu'elles n'ont pas été faites.

D'ailleurs, à défaut de ces exemples, l'évidence même montre qu'il faut, dans ces cas d'affection non septique, aller jusqu'au bout de ses recherches. Car enfin, c'est précisément pour aller voir ce qu'il y a dedans, que l'on ouvre le ventre, et pas pour autre chose. Dans les affections septiques, au contraire, dans les péritonites infectieuses, le but que l'on se propose est tout autre. Il ne s'agit pas tant de lutter contre la cause de la péritonite, que contre cette péritonite elle-même. Le premier but que l'on poursuit, c'est la désinfection de la cavité péritonéale; la recherche de la cause de son infection ne passe qu'au deuxième rang.

Ces recherches, quelles qu'elles soient, seront faites aussi rapidement que possible. Aller vite est toujours une qualité, lorsqu'il s'agit d'opérations abdominales; mais ici la rapidité ne doit nuire ni à la précision des manœuvres, ni à l'étendue des recherches.

Découvrir la cause du mal et la supprimer, voilà donc quelle est, dans les affections péritonéales non accompagnées de phénomènes septiques, l'indication première de la laparotomie.

Dans les cas de péritonite diffuse, d'infection suraiguë, l'indication première, pressante et impérieuse, c'est la désinfection et la désinfection rapide. Sans doute, si on a la conviction ou la certitude de l'existence d'une perforation intestinale, on la cherchera, aussi rapidement que possible, mais on la cherchera, car la laisser ouverte serait frapper d'avance de stérilité l'opération qu'on vient de faire. Dès qu'on l'aura trouvée, on l'oblitérera par un surjet rapide. Si les désordres sont trop grands, on ne se lancera pas, quelque envie qu'on puisse avoir de mener à bien une de ces opérations élégantes, dans les interventions compliquées, comme l'entérectomie avec ou sans bouton, et l'on fixera l'anse à la paroi, quitte à guérir plus tard l'anus contre nature, si par hasard la mort épargne le malade.

Si la péritonite semble avoir pour origine une occlusion intestinale, il serait dangereux de s'efforcer de découvrir et de lever l'obstacle, même en opérant avec la plus grande rapidité possible. On sait combien la chose est souvent difficile. On courra au plus pressé et on établira un anus contre nature sur l'anse distendue qui semblera la plus rapprochée de l'obstacle.

Mais si l'on n'a pas lieu de penser à une perforation ou à une obstruction; si l'on se trouve, par exemple, en face d'une infection d'origine puerpérale, et si nul indice ne permet de penser que l'exploration de la cavité abdominale pourrait être utile, il faudra se garder de la faire, car si elle ne doit pas être utile, elle sera infailliblement nuisible; nuisible par la gravité des manipulations intestinales, nuisible surtout par la prolongation que ces manœuvres imposent à l'opération.

C'est pour la même raison que la question du *lavage* intrapéritonéal demande a être discutée de très près. Sans doute, il semble évident que plus le péritoine sera propre, nettoyé, désinfecté à la fin de l'opération, moins il aura de peine à se débarasser des germes infectieux qu'il peut renfermer encore, et plus grandes seront les chances de guérison. Mais les éléments de la question ne se présentent point avec cette simplicité. Chez les malades surinfectés, défaillants, presque moribonds, comme le sont trop souvent ceux dont je m'occupe ici, il s'agit de savoir si la désinfection que procurera le lavage ne sera pas plus nuisible par le traumatisme opératoire qu'elle aggravera toujours quelque peu, qu'elle ne sera utile par l'évacuation plus ou moins complète des matières septiques contenues dans le péritoine. Or je suis convaincu que, s'il est des cas dans lesquels le lavage est utile et même nécessaire, il en est d'autres dans lesquels il fait plus de mal que de bien. Mais le départ entre ces différents cas est assez difficile à établir.

Quels sont les avantages du lavage? Il n'y en a qu'un, c'est d'entraîner au dehors le pus, les fausses membranes, et avec eux les microbes, les substances toxiques qui encombrent le péritoine. Mais il faut bien se rendre compte que la désinfection qu'on obtient ainsi, même par le lavage le plus abondant et le plus méticuleux, n'est jamais complète. Quels que soient les soins que l'on prenne de porter partout l'eau bouillie, quelle que soit l'abondance

du liquide que l'on fait passer dans le ventre, quelle que soit sa limpidité apparente à la fin de l'opération, il reste toujours quelque chose, et si l'on ne trouve plus que peu de pus véritable et de fausses membranes, il reste certainement encore des légions de microbes disséminées un peu partout et qui, dès le lavage terminé, continueront à pulluler de plus belle si le péritoine ne vient pas lui-même, grâce à la prodigieuse puissance de phagocytose dont il est susceptible, les combattre et les dévorer.

Il est donc absolument nécessaire, pour que la guérison survienne, même après le lavage le plus parfait, que le péritoine ait conservé ses facultés de réaction et ses moyens de défense, et c'est, en définitive, la grande séreuse elle-même qui triomphe de ses ennemis.

Si le lavage présente l'incontestable avantage de contribuer puissamment à la désinfection du péritoine, il entraîne, en revanche, divers inconvénients qui peuvent, dans certains cas, avoir l'influence la plus funeste.

Je ne parle pas du refroidissement qu'il détermine du côté des viscères abdominaux. Il suffit pour l'éviter de prendre de l'eau entre 40 et 45 degrés. Il peut, au contraire, dans ces conditions, contribuer à réchauffer un malade en hypothermie et déjà presque algide. Il n'en est pas moins vrai que, dans certaines circonstances, lorsqu'on opère au milieu de la nuit, en cas d'extrême urgence, on peut n'avoir à sa disposition que de l'eau un peu au-dessous de 40 degrés, qui provoque alors un certain degré de refroidissement, nuisible dans une certaine mesure. Mais c'est un inconvénient sur lequel je n'insiste pas, parce qu'il ne doit pas se produire.

Lorsque l'infection péritonéale n'est pas complètement diffuse et que des cloisons néo-membraneuses isolent plus ou moins les foyers purulents, un lavage abondant peut avoir le grave inconvénient de détruire ces cloisons, et en inondant la cavité abdominale tout entière, d'apporter précisément en des points jusqu'alors indemnes les germes pathogènes qu'il a pour but d'évacuer.

Mais l'inconvénient le plus sérieux est certainement celui qui résulte de la prolongation de l'opération. Un lavage, pour être complet, demande plusieurs minutes, dont le nombre s'augmente encore pour peu que l'on veuille prendre le soin d'assécher avec des éponges la cavité abdominale inondée de liquide. Or, dans les cas très graves, cette prolongation opératoire peut certainement contribuer à précipiter le dénouement, et je ne suis pas éloigné de croire que, dans ces cas, il est peut-être préférable de s'abstenir de tout lavage.

Lorsque la toxémie est profonde, lorsque le malade est mourant, au point de ne survivre que quelques heures à son opération, il me paraît incontestable que la désinfection, toujours et nécessairement partielle et incomplète que produit le lavage, est insuffisante pour lui permettre de surmonter son mal. Pour que la guérison survienne il faut, en même temps que se fait l'élimination des toxines absorbées, que le péritoine, par une puissante phagocytose, parvienne à triompher des germes. C'est donc l'organisme tout entier, et en particulier le péritoine qui, dans cette lutte contre l'infection, joue, et de beaucoup, le rôle le plus important. Dans ces conditions, il me semble que, même en l'absence de lavage, pourvu que le pus intrapéritonéal trouve une large issue au dehors, si le péritoine possède encore une vitalité et une énergie suffisantes, il suffira à la tâche et permettra au malade de triompher de son mal. Je crois, en un mot, que lorsque le malade guérit, ce n'est point parce qu'il a été lavé, mais bien parce que, dès qu'on a ouvert au pus une voie à l'extérieur, son péritoine a trouvé lui-même des réserves d'énergie cellulaire suffisantes pour opposer aux germes et à leurs toxines une insurmontable barrière.

La péritonite suppurée n'est, après tout, qu'une sorte d'abcès péritonéal, absolument comparable au grand abcès pleural de la pleurésie purulente, et qui ne diffère d'un abcès quelconque que par ses dimensions colossales et par l'immense surface d'absorption qu'il offre aux poisons microbiens.

Or, comme dans l'abcès commun, comme dans l'abcès de la plèvre, ces poisons microbiens ne sont guère absorbés que lorsque l'abcès est clos de toutes parts, et que les liquides qu'il renferme sont des liquides sous pression. Quand la pression n'existe plus, quand l'abcès est ouvert, l'absorption devient presque nulle, ou tout au moins diminuera dans des proportions considérables. La preuve en est dans la défervescence immédiate qui suit le coup de bistouri qui donne issue au pus. Il n'est nullement besoin, pour guérir un abcès banal, de le laver, et presque tous les chirurgiens ont renoncé au lavage de la plèvre, après l'opération de l'empyème. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'abcès péritonéal. Cela est pour la péritonite circonscrite, l'abcès intrapéritonéal enkysté. Cela doit être également pour l'abcès péritonéal diffus, pour la péritonite purulente généralisée.

C'est pourquoi j'ai la conviction que, dans certains cas, il y aurait avantage, pour gagner du temps et éviter l'aggravation du choc opératoire, à ouvrir et drainer le péritoine tout simplement, sans le laver, comme on ouvre et l'on draine un abcès de la plèvre. Ces cas sont précisément ceux dans lesquels le péritoine témoigne des qualités de résistance aux germes pathogènes et de lutte contre l'infection. Ce sont les cas où l'on rencontre une péritonite purulente à proprement parler, dans lesquels on trouve dans le péritoine une grande quantité de pus, et de pus véritable. Ce pus est l'indice d'une réaction péritonéale violente et d'une phagocytose énergique. La péritonite sans pus est au contraire beaucoup plus grave. C'est la péritonite toxique par excellence. Il se passe ici ce qui se passe ailleurs, et, s'il est permis de prendre ce terme de comparaison, je dirai que la péritonite purulente est à la péritonite toxique ce que le phlegmon avec fusées purulentes est au phlegmon sans pus, dans lequel les phénomènes de mortification d'emblée et les accidents d'intoxication générale dominent le tableau morbide. Le premier est incontestablement moins grave que le second. Quelques incisions aux bons endroits, évacuant bien le pus, et le premier guérira, même sans lavage. Le second, au contraire, pourra tuer le malade, même après les débridements les plus larges et les incisions les plus généreuses, et si le bain antiseptique, qui est une sorte de lavage permanent, a quelque chance de l'améliorer, ce n'est qu'à la longue et sans produire les secousses parfois irréparables que détermine le lavage intrapéritonéal.

Je crois donc qu'il faut n'user du lavage qu'avec circonspection et surtout dans les cas où, le péritoine se défendant mal, il y a avantage évident à évacuer le plus possible des micro-organismes et des poisons qu'il contient. C'est dans les cas à infection suraiguë, à sérosité louche ou fétide, dans ceux aussi où des matières intestinales souilleront le péritoine, qu'il sera le plus particulièrement indiqué.

Mais comme il ne saurait avoir la prétention de tout enlever, et risque fort d'aggraver le choc, il faudra faire un lavage rapide, avec un jet puissant et une canule à large orifice, qu'on dirigera rapidement dans tous les sens.

Dans les cas où il s'agit d'une péritonite purulente franche, à pus épais, qui a mis longtemps à se former et qui indique une réaction péritonéale vigoureuse, je crois qu'il vaudrait mieux, renoncer systématiquement à un lavage toujours incomplet. Je suis persuadé que, si chez la petite malade de l'observation XII, je m'étais borné à pratiquer une courte incision à la cocaïne, à provoquer une évacuation rapide du pus et à établir un drainage, je l'aurais peut-être sauvée. En tous cas, si l'on préfère laver, on se bornera à enlever le plus gros : il faut que l'eau soit chaude, le jet large et puissant, et l'opération très courte. Dans ces conditions, on pourra s'en bien trouver. La meilleure preuve que les lavages très abondants ne sont pas indispensables, c'est que dans les observations XIII et XIV, dans lesquelles j'ai précisément sauvé mes malades, j'ai fait, de propos délibéré, un lavage absolument rudimentaire. Mais le péritoine, bien qu'infecté, et largement infecté, était vivace et résistant et il a suffi à sa tâche.

A côté du lavage, le nettoyage du péritoine avec des compresses, des tampons, des éponges aseptiques, donne de fort bons résultats. Il n'a pas l'inconvénient, imputable au lavage, de disséminer au loin les produits septiques, et il permet de nettoyer vite et bien, d'enlever facilement pus, fausses membranes et matières intestinales lorsqu'elles ont fait issue hors des cavités digestives. Mais ce nettoyage ne peut s'exercer avec quelque facilité que sur les parties accessibles à la vue et à la main. Excellent dans les laparotomies à large ouverture où l'on a sous les yeux les parties malades, il est insuffisant et inutile dans les cas où l'on n'a fait à la paroi qu'une petite ouverture destinée à permettre l'écoulement du pus. Dans ces cas, le lavage est incontestablement préférable. *(A suivre.)*

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boismartel (de Bain-de-Bretagne); Bouchet (de Mortagne); Brasseur (de Romorantin); Chabenat (de Lyon); Debrou (d'Orléans); Delbecq (d'Estains); Guillotte (de Rouen); Privat, ancien médecin-inspecteur des eaux de Lamalou.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA PATHOGÉNIE ET DE LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE (1)

Par les docteurs Dubousquet-Laborderie et Léon Duchesne.

I

Depuis quatorze ans, nous avons été vivement surpris d'un fait qui comporte un double intérêt, un intéret doctrinal et un intérêt pratique : l'immunité que présentent certaines familles contre la tuberculose, et nous venons aujourd'hui vous exposer les recherches que nous avons longuement poursuivies à ce sujet dans une localité où la tuberculose fait d'ailleurs de très nombreuses victimes.

Le dernier recensement donne pour Saint-Ouen plus de 30000 habitants, la population augmentant d'environ 5 à 6000 âmes entre chaque période censitaire, et nous trouvons qu'en dix ans, de 1885 à 1894, il y a eu à domicile 1 248 décès par phtisie et autres manifestations tuberculeuses. Nous n'avons pas exactement le chiffre des décès hospitaliers, mais il est au moins d'un tiers en plus, soit 1 600 décès en dix ans (Dubousquet-Laborderie et Léon Duchesne. Diminution de la fièvre typhoïde à Saint-Ouen. Acad. de méd., in *Gaz. des hôp.*, 1895).

Nous annexons à la fin de ce travail la liste de 98 familles comptant 511 membres, qui, depuis quatorze ans, n'ont pas présenté un seul décès par tuberculose et parmi lesquelles nous n'avons observé pendant le même temps qu'un seul malade atteint de tuberculose pulmonaire, qui, depuis six ans, après deux séjours en Algérie, n'a présenté aucun accident et chez qui nous n'avons pu trouver aucun antécédent soit héréditaire, soit personnel. Nous avons exactement noté sur la liste annexée le diagnostic de tous les cas de mort survenus dans ces familles depuis 1883.

Mais le plus grand nombre de ces familles, portant le même nom, issues de la même souche originaire de Saint-Ouen ou y habitant depuis fort longtemps, ont encore contracté de nombreuses alliances entre elles par des mariages consanguins qui y sont presque la règle. Ces familles sont composées d'agriculteurs et leurs habitudes et habitations sont similaires. Elles habitent le Vieux Saint-Ouen, partie la plus salubre de la localité (Dubousquet-Laborderie. Étude sur le choléra de Saint-Ouen en 1892. Soc. de méd. prat.), où les jardins, les parcs, les champs entretiennent autour des habitations une circulation d'air très salutaire.

Les habitations de ces familles sont généralement isolées, entourées de jardins; les pièces y sont aérées et dans un état de propreté très convenable. Leurs maisons ne constituent pas ce marais aérien dont parle Michel Lévy, ni cette saumure respiratoire de Peter qui ont une influence si considérable sur la production, l'entretien et la propagation des maladies contagieuses.

Aussi cette partie de la population est loin d'être éprouvée par la morbidité comme le sont les autres habitants de cette localité, puisque, d'après nos recherches remontant à 1870, la mortalité y est très faible et ne dépasse pas 15 p. 1000, alors qu'elle est montée à 25 p. 1000 pour les autres habitants. On voit dans les familles un assez grand nombre de vieillards dont plusieurs ont dépassé quatre-vingts ans.

Dans ces familles, la race comme taille et comme force est au-dessus de la moyenne, le thorax est développé et le tempérament sanguin y domine, avec l'arthritisme qui est un mauvais terrain pour la culture du bacille. Il n'y a pas de roux dans ces familles, ce qui constitue le terrain vénitien de Landouzy (1), très apte à la tuberculose. Les enfants y présentent rarement ces engorgements ganglionnaires du cou, si communs dans la population infantile, et ils résistent fort bien à la coqueluche, à la rougeole, aux bronchites, que nous voyons faire de nombreuses victimes dans les agglomérations ouvrières avoisinantes.

Depuis quatorze ans, nous n'avons observé, dans ces familles, qu'un seul cas de tuberculose.

Depuis 1883, nous le répétons, nous n'avons observé dans ces familles aucune autre manifestation tuberculeuse ; mais il restait à savoir si, antérieurement à 1883, la même immunité existait dans ces 98 familles. Nous avons vérifié leur mortalité depuis 1870 et cette vérification rétrospective

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 929.

(1) Landouzy. Comment et pourquoi on devient tuberculeux. Leçons cliniques de la Charité, in *Progrès médical*. — Terrains tuberculisables : prédispositions et immunités tuberculeuses (premier Congrès de la tuberculose, 1888, in *Rev. d'hyg.*, 1888).

reste aussi muette que notre propre et directe observation de ces quatorze dernières années.

Un seul décès par méningite, sans autre indication ni épithète.

Tous ces cultivateurs sont très riches, riches ou pour le moins très aisés. Leur nourriture, où la viande joue un grand rôle, est plus substantielle que celle habituelle aux paysans, ce qui contribue à entretenir leur vigueur, d'autant plus qu'en certaines saisons, ils font une grande dépense de forces (culture de la vigne et des asperges, surveillance diurne et nocturne des champs, voyages aux halles, etc.). Ils sont généralement sobres, boivent du vin du pays et si parfois ils en boivent trop, il est peu dangereux comme degré alcoolique et ils l'éliminent vite en travaillant au grand air. Depuis une dizaine d'années environ, les excès alcooliques deviennent cependant plus fréquents parmi eux; nous avons observé quelques cas de cirrhose, ce qui pourrait bien, d'ici quelques années, créer des déchéances organiques et fonctionnelles chez les descendants de ces buveurs et faire perdre à cette race sa réelle immunité contre la tuberculose qui viendrait alors la décimer, comme elle décime le plus souvent par contagion « maisonnière » les familles voisines du groupe privilégié dont nous faisons l'histoire.

Par leurs voyages quasi quotidiens à Paris, aux Halles, les hommes de ces familles immunisées se sont incessamment trouvés exposés, comme tous les gens des grandes villes, au germe si ubiquitaire de la tuberculose et ils y restent réfractaires, au moins jusqu'à présent. Les jeunes gens eux-mêmes conservent cette immunité et la preuve en est qu'ils échappent à la tuberculose durant leur période de service militaire et qu'ils savent ne pas se tuberculiser à la caserne où les contagions de chambrées sont si fréquentes. En effet, depuis 1870, nous relevons que 72 jeunes hommes de ces familles sont partis au régiment, dont 7 dans les sections d'infirmiers et, sur les 72, 2 seulement sont morts, l'un de la variole en 1871 et l'autre de la fièvre typhoïde pendant l'épidémie qui a sévi à Saint-Ouen en 1888. Aucun d'eux n'a présenté, soit au régiment, soit depuis la rentrée au foyer, d'accidents tuberculeux quelconques.

On peut nous faire le reproche d'établir nos données sur des chiffres trop faibles, mais 98 familles avec 511 membres et les 72 jeunes gens restés indemnes pendant vingt-sept ans de leurs séjours successifs dans un milieu essentiellement bacillifère, constituent de fortes preuves en faveur de la thèse que nous soutenons, lorsqu'on songe que les statistiques si souvent citées de Louis et de Briquet ne comptaient que 31 et 98 cas! d'autant que les phtisiques des hôpitaux, comme le remarque justement Straus dans son livre : *La Tuberculose et son bacille*, ne constituent pas un milieu favorable à une enquête de ce genre : ils sont trop indifférents, insousiants et n'attachent que peu d'importance à la nature de l'affection qui a emporté leurs ascendants. Dans la pratique des grandes villes on se heurte à d'autres difficultés, les familles cherchent souvent à dissimuler les affections auxquelles ont succombé leurs parents, quand il s'agit d'une maladie héréditaire et, comme le fait observer Bergeret d'Arbois dans un mémoire qui frappa vivement l'attention (1), les médecins des grandes villes ne sont pas dans une situation aussi favorable que ceux des petites localités pour suivre les affections contagieuses pas à pas, d'un malade à un autre, tant est grand, dans les villes, le mouvement, tant est confondu le pêle-mêle qui rompent le fil conducteur qui devrait servir à se retrouver dans le dédale des contagions. Dans les petites localités, au contraire, l'observateur peut suivre aisément la marche des maladies contagieuses sans jamais en perdre la trace. Placé dans ces dernières conditions, vivant depuis quatorze ans au milieu de ces familles, ayant leur confiance, l'un de nous a pu suivre individuellement chacune des santés et interroger à loisir chacun de ces paysans. Les vieillards nous ont bien souvent affirmé que jamais ils n'avaient vu ou entendu dire qu'il y ait eu des poitrinaires parmi eux et nous les croyons sincères, persuadés que l'immunité de ces familles est fort ancienne au même titre que nous sommes certains de leur immunité depuis que nous les observons directement. Comme nombre, notre enquête est une de celles qui se rapprochent le plus de celle de Leudet (de Rouen), laquelle comprend 143 familles avec 1,845 individus sur lesquels Leudet compte 312 tuberculeux. Nous voyons dans le travail du professeur de Rouen que 55 familles, avec 415 membres, n'ont présenté qu'un seul tuberculeux par famille, si bien que Leudet, comme nous, considérait certaines familles comme réfractaires. Mais il faut observer que ce médecin exerçait dans une grande ville et non parmi des agriculteurs qui, d'après toutes les statistiques antérieures, sont la classe de la société présentant le moins de cas et de décès par tuberculose.

L'augmentation de la phtisie, dans la plupart des pays civilisés, est due à l'émigration des ruraux vers les villes, Verneuil et Lancereaux l'ont fait parfaitement ressortir.

Lagneau, d'un autre côté, démontre qu'en quarante ans notre population n'a augmenté que d'un treizième et que le mouvement irrésistible des campagnards vers les villes a fait accroître la population urbaine de moitié et diminuer celle de la campagne d'un douzième. Les statistiques prouvent que plus les agglomérations sont importantes, plus il y a de décès par tuberculose avec maximum à Paris.

Marc d'Espine à Genève et Drysdale à Londres ont fait les mêmes constatations.

Examinons rapidement ce qu'est la tuberculose dans l'armée, où les faits de transmission sont si fréquents et si frappants parmi des jeunes gens robustes pour la plupart, mais vivant en commun, qu'ils ont, avant la découverte du bacille de Koch, constitué le plus puissant argument en faveur de la nature infectieuse et contagieuse de la tuberculose, scientifiquement et expérimentalement démontrée par Villemin dès 1865. Dans les casernes, la mortalité est de 50 pour 10000; dans les troupes d'élite, gardes de Paris, cent-gardes, etc., elle a été jusqu'à 90 et, dans l'armée anglaise, elle a été jusqu'à 123 (1). Laveran fait remarquer la fréquence de la phtisie parmi les infirmiers militaires, dont la mortalité en 1875 a été de 5,40 p. 1000, tandis qu'elle n'était que de 2,27 pour les autres troupes (2). La statistique militaire française pour 1890 signale le même fait. Kirchner donne la proportion de 11 p. 1000 pour les infirmiers de l'armée prussienne. Le professeur Kelsch est frappé par ce fait que, malgré tous les efforts tentés pour

(1) Bergeret d'Arbois. La phtisie pulmonaire dans les petites localités, *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1867.

(1) Potain. De la transmission de la phtisie entre époux, *Rev. de méd.*, 1884.

(2) Laveran. *Traité des maladies et épidémies des armées.*

diminuer les chances d'infection des soldats des armées européennes, on voit la tuberculose en voie incessante d'accroissement, comme si sa fréquence était en rapport avec l'aggravation des obligations professionnelles imposées aux armées actuelles, dans le but d'atteindre la perfection dans le moins de temps possible. Pour lui, cet accroissement serait une preuve positive, bien qu'indirecte, non de la contagion régimentaire, mais de l'importation au régiment par les soldats atteints antérieurement de tuberculose à l'état d'affection latente dans les ganglions et qui n'exclut pas la vigueur apparente de la constitution ni les attributs d'une santé robuste, mais qui se démasque à l'occasion d'une perturbation quelconque, marches, fatigues, coups de froid, etc. (1).

II

Il est de connaissance vulgaire que les individus robustes et bien nourris, vivant dans de bonnes conditions d'habitation et de profession, sont moins souvent atteints de tuberculose que les sujets affaiblis, débilités par les privations, les fatigues ou les maladies, mais combien d'exceptions à cette règle, et il faut bien admettre qu'il y a des prédispositions comme des immunités à l'égard de la tuberculose.

Nos ruraux sont robustes, riches ou aisés, se nourrissent bien, ont des habitations salubres, ils sont sobres pour la plupart, autant de raisons qui contribuent à entretenir un terrain résistant, mais là ne sont pas toutes les causes de leur immunité. Dans le problème si complexe de la tuberculose, les difficultés surgissent à chaque pas, et nous ne nous dissimulons pas combien il est difficile de dégager de cette immunité toutes les raisons plausibles. Ne faut-il pas admettre qu'il y a là surtout une question de milieu intérieur, une question de terrain et de bonne hérédité, qui font de nos familles immunisées comme une tribu, issue d'une race spéciale, race bien différente des populations ambiantes auxquelles elle se trouve mêlée. C'est même à cette réaction vitale, défensive contre la tuberculose, que se reconnaît la tribu de nos non-tuberculisables de Saint-Ouen. C'est à ses attributs réactionnels, à défaut d'attributs organiques, que se reconnaissent nos non-tuberculisables, comme le dénoncent des vaccinés, quand, sous atteinte de variole, ils frayent avec des varioleux. La dénonciation du terrain réfractaire à la tuberculose est ici purement réactionnelle, tandis que pour d'autres terrains, héréditaires ou acquis, elle est tellement organique (comme sont les faits suggestifs du professeur Landouzy) qu'elle se reconnaît à des caractères objectifs qui constituent pour le médecin et l'hygiéniste un facies et un habitus dont nous avons à nous soucier aussi bien au point de vue diagnostique, pronostique que prophylactique. Les organismes tuberculinés de façon héréditaire ou acquise deviennent des terrains qui se dénoncent par des privautés organiques et fonctionnelles reconnaissables (2).

C'est que, depuis les découvertes microbiennes, l'hérédité a été trop dépouillée au profit de la contagion et l'étude des terrains humains si bien exposée par nos anciens a été trop délaissée (1). De même que l'hérédité est trop souvent mauvaise, de même elle peut être bonne aussi et c'est le cas des familles que nous étudions.

Pour les familles dont nous parlons, il faut dire qu'elles manquent d'opportunité morbide par voie héréditaire, et qu'elles n'engendrent jusqu'à présent que des rejetons difficilement bacillisables et de piètres candidats à la tuberculose.

Il est de tradition dans ces familles que les enfants soient nourris au sein par leurs mères : aussi les enfants en bas âge présentent-ils une très faible mortalité. Cependant, plusieurs de ces familles abandonnent cette saine tradition et envoient leurs nourrissons au loin, ce qui pourrait, avec l'alcoolisme commençant chez quelques parents, comme nous l'avons signalé plus haut, créer un commencement de déchéance de la race et, partant, effacer cette manière d'immunité héréditairement conférée, qui fait le sujet de notre mémoire. L'allaitement donné par des mères saines et indemnes de tares organiques, traditionnel dans cette partie de la population, est pour nous une des grandes causes de son immunité à l'égard de la tuberculose. Dans ces familles qui vivent côte à côte depuis des générations et qui sont toutes plus ou moins alliées, les mariages consanguins y sont extrêmement fréquents, ce qui serait une cause de déchéance, si la race n'était pas saine et surtout si elle était tuberculeuse.

Nous avons vu plus haut que la tuberculose augmentait de plus en plus avec l'émigration des ruraux dans les villes et avec l'accroissement des agglomérations : or, ces familles n'ont jamais quitté leur pays, ne se sont jamais mêlées aux nombreux immigrants dans la localité, soit par des mariages, soit même par relations sociales, leurs habitudes et leurs mœurs différant complètement de celles des nouveaux venus. Jusqu'à présent elles conservent leur immunité au milieu d'une population qui ne cesse de croître et qui, elle, présente un grand nombre de décès par tuberculose.

Dans l'armée, la mortalité par tuberculose est considérable, comme nous l'avons montré et tous les médecins militaires sont d'accord à cet égard. Nous avons exposé l'opinion du professeur Kelsch sur l'importation; mais si celle-ci joue un grand rôle, comme le dit cet éminent épidémiologiste, elle ne vient en rien à l'encontre de la contagion, témoin les infirmiers militaires qui, dans toutes les armées, meurent en plus grand nombre que les autres troupes. La contagiosité du milieu militaire se double de la contagion du milieu infirmier, la profession d'infirmier étant de celles qui fournissent le plus à la tuberculose, comme il résulte des chiffres fournis par le professeur Landouzy, dans l'enquête qu'il vient de faire récemment sur la morbidité et la mortalité tuberculeuse des infirmiers des hôpitaux de Paris, enquête qui lui a permis de démontrer qu'il fallait, pour le personnel hospitalier parisien, compter sur une véritable tuberculose professionnelle, les infirmiers ayant fourni, en dix ans, 599 décès, dont 217 par tuberculose, soit 36,22 p. 100 (2). Quelque opinion qu'on adopte,

(1) Quelques réflexions sur la pathogénie des affections tuberculeuses, d'après des observations cliniques et anatomo-pathologiques, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1893.

(2) Landouzy. Hérédité tuberculeuse; hérédité de graine et d'état diathésique, tuberculose héréditaire typique et atypique; hérédo-tuberculose, *Rev. de méd.*, 1891.

(1) Dubousquet-Laborderie. Contagion de l'amygdalite aiguë (Soc. de méd. prat., *Journ. de méd. de Paris*, 1890).

(2) Rapport sur le taux par tuberculose de la morbidité et de la mortalité du personnel hospitalier pendant les dix dernières années, à la Commission instituée à l'effet d'étudier et de déterminer les mesures propres à empêcher la contagion dans les hôpitaux, juillet, 1896, p. 74.

que ce soit celle de l'importation ou celle de la contagion ou les deux réunies, il est surprenant que depuis 1870, sur 72 jeunes gens qui ont fait leur service militaire, dont 7 comme infirmiers, pas un n'ait été atteint. Nous convenons bien que le chiffre de 72 est fort restreint et qu'en nous basant sur lui, nous ne puissions établir rien d'absolu, mais on nous accordera qu'il faut que la série ait été bien longtemps heureuse pour que parmi eux aucun germe latent ne se soit réveillé sous l'influence des fatigues militaires, et que s'ils avaient été bacillisables, il n'y ait eu quelque contagion dans un milieu particulièrement bacillisé, bacillifère et bacillisable.

III

Conclusions. — On a dit avec raison que la prophylaxie la plus efficace de certaines maladies, le choléra, la peste, le typhus, la malaria, etc., était la civilisation avec le bien-être général, que procurent et développent l'agriculture, le commerce, l'industrie et la science; mais si la civilisation fait diminuer ou disparaître un grand nombre de maladies, elle en propage d'autres, comme la tuberculose, contre laquelle nous sommes bien désarmés. Mais si la civilisation, pour les raisons que nous avons exposées, est une cause de dissémination de la tuberculose, elle pourrait aussi, en employant les puissants moyens en son pouvoir, lutter avantageusement contre elle. Nous ne pouvons que confirmer ce que le professeur Landouzy a éloquemment exprimé au Congrès contre la tuberculose.

De notre travail il se dégage ce fait clinique très important et qu'il importe de méditer, qu'il y a aux portes de Paris un groupe d'habitants, une tribu réfractaire à la tuberculose : la graine est cependant semée autour d'elle, germant sur le terrain ambiant et respectant le sien. N'observons-nous pas les mêmes faits en vétérinaire et en agriculture? Ne voyons-nous pas, dans l'espèce bovine, certaines races beaucoup moins atteintes que d'autres, celles du Limousin, de l'Auvergne, la race de Salers particulièrement? Les moutons d'Algérie ne sont-ils pas réfractaires au charbon? Les agriculteurs ne se défendent-ils pas contre certaines maladies des récoltes, en employant certaines variétés de plantes plus résistantes à ces maladies? Si on employait en prophylaxie humaine la sélection qu'emploient les vétérinaires et les agriculteurs, si on développait contre la tuberculose l'énergie, qu'on a montrée contre le phylloxéra, qu'on cherche à détruire souvent même contre le gré et le mauvais vouloir ou l'ignorance des propriétaires, on serait bien près de la victoire et il n'y a pas lieu de traiter de rêveurs et d'utopistes ceux qui parlent de sélection humaine, quand on voit la sélection donner de si beaux résultats entre les mains des vétérinaires et des agriculteurs. Jusqu'à présent, il faut l'avouer, les hommes sont moins défendus contre la maladie que les animaux et les récoltes. Cette sélection volontaire, dont parle le professeur Landouzy, n'est pas malheureusement sur le point d'entrer dans les mœurs et c'est cependant à elle, exercée involontairement, il est vrai, que les familles dont nous venons de nous entretenir, doivent, à notre avis, la plus grande part de leur immunité.

Quant à nous, dans notre communication de 1895 « Sur la diminution de la fièvre typhoïde à Saint-Ouen », nous formulions incidemment le désir de voir prendre des mesures contre la dissémination de la tuberculose, qui, sous ses différentes formes, reste à un chiffre très élevé de décès au milieu de la diminution générale de la mortalité. Nous voudrions voir le logement des tuberculeux rigoureusement désinfecté après chaque décès, ce qui supprimerait ou tout au moins diminuerait le nombre immense de germes qui y existent souvent depuis des années et ce qui contribuerait ainsi à atténuer la contagion familiale des survivants ou des nouveaux locataires. Il faudrait par des cours publics, des brochures distribuées aux chefs de famille, par voie d'affiches même, instruire la population sur les dangers de la contagion, lui apprendre à désinfecter et détruire les germes contenus dans les crachats au fur et à mesure de leur production. Il faudrait, dès l'école, inculquer aux enfants ces préceptes de prophylaxie domestique. Il faudrait dans les ateliers, les écoles, les établissements publics, etc., etc., interdire sévèrement de cracher à terre; enfin il serait nécessaire de faire à ce sujet l'éducation du peuple. Un commencement de défense s'organise, il est vrai, sur l'avis très motivé des médecins des hôpitaux; on songe à créer des hôpitaux d'isolement, des commissions ont été nommées, des rapports très documentés ont été rédigés. Mais là ne se borne pas toute la prophylaxie possible et il devient nécessaire que les lois encourageant l'agriculture et diminuant les impôts qui frappent les ruraux, soient votées et qu'ainsi les ruraux perdent l'habitude de venir dans les villes où les attire l'espoir bien illusoire d'un salaire plus rémunérateur, d'une vie plus facile et plus attrayante. Dans les écoles de campagne, il faudrait que les instituteurs instruisissent les enfants sur les dangers qui les menaceront plus tard s'ils vont dans les villes, et créer un mouvement d'opinion autour de cette question, qui intéresse l'individu autant que l'espèce, serait une des manières de servir l'intérêt le plus impérieux, le plus pressant du pays!

CONGRÈS DE MOSCOU

COMMUNICATIONS

Étude sur les végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance. — M. H. CUVILLIER (de Paris). Les végétations adénoïdes sont loin d'être rares chez les nourrissons; cette affection revêt à cet âge une forme clinique spéciale et doit être ici considérée comme congénitale; elle se développe sous la double influence de l'hérédité similaire et de terrain et s'aggrave sous l'action de causes infectieuses. Les symptômes fonctionnels sont en premier lieu l'obstruction nasale et rétro-nasale, d'où troubles de la respiration et de l'alimentation, troubles qui amènent la cachexie adénoïdienne. Les signes physiques sont ici moins importants qu'à un âge plus avancé. Cependant, il faut signaler le facies déjà caractéristique, surtout pendant le sommeil du petit adénoïdien; la lèvre supérieure, se relevant plus ou moins, découvre les gencives et forme un arc à concavité inférieure. Le thorax peut aussi se déformer. L'examen du pharynx nasal ne peut se faire que par le toucher digital; on sent une tumeur molle et friable, située entre la paroi postérieure du pharynx, la partie supérieure du voile et l'arrière-cavité des fosses nasales. On peut aussi observer des accidents auriculaires (surdité, écoulements, etc.). La marche de l'affection est essentiellement chronique. Le diagnostic différentiel est fait avec : 1° le coryza simple ; 2° le coryza syphilitique ; 3° la coqueluche;

4° une affection des voies respiratoires profondes ; et 5° l'adénopathie trachéo-bronchique. Le pronostic est grave. Le traitement est médical (huile mentholée et résorcinée) ou chirurgical (ablation des végétations).

Excrétion urinaire après les accès palustres ; recherches cliniques et expérimentales. — Les investigations du professeur **A. MOSSÉ** (de Toulouse), poursuivies pendant plusieurs années, ont établi l'existence d'une polyurie insipide, aiguë, consécutive aux accès intermittents, légitimes.

Cette polyurie, fréquente, mais non constante, après les accès de fièvres intermittentes, s'élèvent de 2l500 à 3l500 ou 4 litres en moyenne, mais pouvant atteindre jusqu'à 6 et 8 litres en vingt-quatre heures.

Cette polyurie aiguë présente plusieurs caractères d'un syndrome critique, mais elle se rapproche surtout des polyuries aiguës observées au début de la convalescence des maladies infectieuses. Elle disparaît tantôt assez brusquement, et la quantité d'urine éliminée en vingt-quatre heures redevient rapidement normale; tantôt, au contraire, la courbe de l'excrétion nychtémérale décroît progressivement, parfois même d'une façon très régulière.

La polyurie aiguë malarique diffère de la polyurie chronique des vieux paludéens connue depuis Sydenham. Toutefois, on peut admettre que les troubles de la diurèse, que laissent les accès malariques chez certains sujets, peuvent surtout, quand ils se reproduisent, faciliter l'établissement de la polyurie chronique. Un des malades que M. Mossé a pu suivre, pendant plus de deux mois, a réalisé rapidement le tableau du paludisme chronique tel qu'il a été décrit par Kelsch et Kiener. Cet homme, quelques jours après la polyurie aiguë consécutive aux accès intermittents, a présenté la polyurie chronique insipide du paludisme chronique. Dans la seconde période, chez ce malade, l'excrétion uréique, en vingt-quatre heures, a généralement dépassé les chiffres moyens de la polyurie malarique aiguë. Cette constatation concorde avec le résultat des analyses de Kelsch et Kiener. Ces auteurs attribuent l'augmentation d'urée à la destruction des globules sanguins : hypothèse en partie plausible, quoique l'augmentation de l'urée et la destruction des globules paraissent deux termes d'une modification plus générale des mutations nutritives provoquées par l'infection palustre. Par l'analyse et la comparaison des divers principes excrétés, durant l'accès, au voisinage de l'accès, et pendant la crise, l'auteur a cherché à pénétrer la nature de la polyurie qu'il a fait connaître. Malgré les difficultés pratiques inhérentes à ce genre de recherches, il pense que les conclusions qui se dégagent de ses observations traduisent avec une approximation réelle les modifications produites sous l'influence de la maladie. Ces modifications lui ont paru offrir leur plus grande netteté, dans le paludisme aigu, franc, des sujets dans la force de l'âge, et dont l'infection malarique est récente ou relativement récente.

Dans ses premières recherches, son attention s'était portée sur les modifications de l'excrétion uréique et chlorurique. Depuis cette époque, il a étudié de plus l'excrétion de l'acide phosphorique, de l'acide urique et la toxicité urinaire.

Voici, résumés, les résultats qu'il a obtenus :

a. Urée. — La polyurie aiguë ne s'accompagne pas toujours d'une azoturie proportionnelle, mais il existe un certain parallélisme entre les courbes de l'excrétion urinaire et uréique. La polyurie aiguë malarique peut s'accompagner, dans certains cas, d'une azoturie progressivement plus prononcée qu'au voisinage immédiat de l'accès. On voit alors augmenter simultanément la quantité d'urine et la quantité d'urée excrétées.

Enfin, dans quelques cas, il peut se produire une vraie débâcle d'urée (44gr56 et même 58 grammes d'urée en vingt-quatre heures), alors que le malade n'a pas encore reçu une alimentation très azotée.

b. L'excrétion de l'*acide urique*, chez trois malades observés pendant un certain temps après les accès fébriles, a été sensiblement augmentée dans les vingt-quatre heures. Proportionnellement, l'augmentation de cet élément était bien plus accentuée que celle d'urée.

De plus, la courbe de l'excrétion de l'acide urique et celle de l'excrétion urinaire affectent un parallélisme plus régulier que celui des courbes de l'excrétion uréique et urinaire.

c. L'excrétion de l'*acide phosphorique total* diminuée au moment de l'accès, comme Rem Picci l'a déjà signalé, subit pendant les jours suivants une augmentation parfois très sensible.

d. Ses dernières recherches sur l'*élimination des chlorures* confirment et complètent ce que M. Mossé avait déjà constaté à ce sujet. Diminuée ordinairement, mais non toujours, au moment des paroxysmes fébriles, l'excrétion chlorurique se relève assez rapidement après l'accès. Pendant la polyurie, elle peut atteindre des chiffres très élevés (30 à 40 grammes, et même le chiffre colossal de 65 grammes en vingt-quatre heures).

Les chlorures sont l'élément dont l'excrétion subit habituellement la plus grande augmentation au moment de la polyurie. L'alimentation peut favoriser cette augmentation comme l'auteur est parvenu à en avoir la preuve expérimentale dans une de ses dernières observations, mais l'influence du régime alimentaire, quoique sensible et très réelle, est insuffisante pour expliquer cette hyperchlorurie, qui peut d'ailleurs se produire indépendamment de l'alimentation.

e. Toxicité urinaire. — Les recherches sur ce point n'ont pas donné des résultats absolument concordants. Comme Brousse, Roque, Lemoine, M. Mossé a trouvé parfois la toxicité urinaire augmentée, et cette augmentation a pu coïncider avec la polyurie. D'autres fois, les résultats ont été moins nets, parfois même le coefficient urotoxique a été inférieur à la normale. La raison de cette discordance paraît tenir à deux causes : 1° différence de résistance individuelle à l'intoxication présentée par les divers animaux sur lesquels on expérimente ; 2° différence dans la proportion des divers éléments toxiques contenus dans les urines suivant les sujets.

M. Mossé a observé plusieurs fois, au cours de ces recherches expérimentales, que les animaux qui urinent fréquemment pendant que l'on pratique l'injection intraveineuse (toutes les conditions de l'injection restant sensiblement les mêmes, température, vitesse, etc.), peuvent recevoir impunément dans les vaisseaux une quantité d'urine beaucoup plus considérable que ceux chez lesquels cette diurèse protectrice ne se produit pas.

Ainsi paraît se trouver confirmée l'opinion que M. Mossé émettait il y a quelques années déjà : que si la polyurie aiguë malarique présente plusieurs caractères d'un syndrome critique dans bien des cas, sa nature la rapproche des polyuries aiguës observées au début de la convalescence des maladies infectieuses. Méritant bien nettement dans quelques cas le nom d'éliminative proposé par Rem Picci,

elle paraît, dans d'autres, n'entraîner au dehors ni excès de déchets organiques, ni forte proportion d'éléments toxiques éliminés, parfois avant que la polyurie se produise.

La désintoxication du sang dans le traitement des maladies infectieuses. — M. TISON. Ce procédé, dû à M. H. Barré, consiste à introduire dans une veine, après antisepsie de la peau, une aiguille de Pravaz, dirigée vers la périphérie et en communication avec un récipient gradué où on fait le vide.

On introduit de même dans une autre veine, mais en la dirigeant vers le cœur, une aiguille de Pravaz en communication avec un réservoir gradué, rempli de sérum artificiel chauffé à 38 degrés, et où on peut faire la compression avec une pompe foulante.

Quand l'appareil fonctionne, on voit le sang pénétrer dans le premier récipient (saignée) et le sérum pénétrer dans la seconde veine. Toute la technique consiste dans cette simultanéité : injecter mathématiquement autant de sérum qu'on tire de sang, de façon à n'amener aucun trouble dans la circulation.

Ceux qui auraient peur d'introduire des aiguilles dans les veines peuvent recourir au mode cutané de la méthode, qui consiste à appliquer autant de sangsues qu'on veut tirer de fois 30 grammes de sang et à injecter lentement dans le tissu cellulaire sous-cutané la même quantité de sérum stérilisé et chauffé à 38 degrés.

Dans la pratique, il faut extraire environ un litre de sang et injecter la même quantité de sérum.

La désintoxication du sang, pratiquée par l'un ou l'autre de ces deux procédés, est le meilleur moyen d'enlever à l'économie, sans la troubler, une grande proportion des toxines contenues dans le sang. On n'y a recours que si la thérapeutique ordinaire est à bout de ressources. Cette méthode s'est montrée supérieure au lavage du sang, qui réussit plus rarement et provoque, dans les cas heureux, une crise formidable. Jamais la désintoxication du sang n'amène une crise semblable.

Cette méthode convient, comme ressource ultime, dans toutes les maladies infectieuses, mais principalement dans l'urémie, surtout lorsque la fonction urinaire est insuffisante ou nulle. En résumé, on doit y avoir recours dans l'urémie, l'éclampsie, l'asystolie, la diphtérie maligne (après insuccès du sérum Roux), la pneumonie infectieuse, la bronchite capillaire, les fièvres éruptives, la fièvre puerpérale, les empoisonnements par les alcaloïdes, les brûlures étendues de la peau, etc.

La désintoxication du sang a donné à l'auteur des résultats extraordinaires et inespérés chez des malades en état de mort imminente.

Un nouveau procédé d'hystéropexie. — M. CHARLES BECK (de New-York). « Le procédé que j'emploie dans les hystéropexies est le suivant : ouverture de l'abdomen le long de la ligne blanche, comme d'habitude; une petite incision suffit; on saisit ensuite le fond de l'utérus au moyen d'une pince érigne et on l'attire hors de la cavité péritonéale; on choisit ensuite un des ligaments ronds et on l'isole soigneusement. Cette opération se fait de la manière suivante : on commence par faire deux incisions superficielles d'à peu près deux pouces de longueur, qui vont de haut en bas et qui commencent à un demi-pouce au-dessous de l'origine utérine du ligament. L'isolement se fait simplement au moyen d'une sonde cannelée; l'opération est facile et ne donne pour ainsi dire pas de sang. La portion du ligament ainsi isolée est retirée de la cavité péritonéale et tenue hors de cette cavité, tandis, qu'en dessous, les bords du péritoine sont réunis; de cette manière le ligament se trouve pour ainsi dire à cheval sur le péritoine. Cinq ou six sutures suffisent. Ensuite, le ligament étant toujours soutenu, on réunit au-dessous de lui, de la même manière, les aponévroses et les muscles sur lesquels repose finalement le ligament qui se trouve de cette manière soutenu par presque toute la paroi abdominale. On pourrait encore faire une suture à travers la substance même du ligament. Les bords de la plaie sont réunis comme d'habitude, et, enfin, un troisième rang de sutures, sur la peau, termine l'opération.

On pourrait se servir, dans le même but, des deux ligaments ronds; néanmoins, vu l'immense force de résistance de leur tissu fibreux, un seul suffit pour prévenir le prolapsus de l'utérus.

J'ai fait trois fois l'essai de cette nouvelle méthode sur des malades avec prolapsus utérin et pas un de ces cas n'a été suivi de la moindre trace de hernie. D'autres observations encore seront nécessaires pour établir les indications précises de ce nouveau mode opératoire. Je puis le recommander comme une opération facile et qui fournit à l'utérus un support d'une solidité parfaite tout en lui laissant sa mobilité. Le seul inconvénient de cette opération c'est qu'on doit avoir recours à une laparotomie.

A la séance du mois de mars de la Société gynécologique de New-York, le professeur von Ramdohr s'est prononcé en faveur de cette méthode, qu'il a essayée avec succès sur l'une de ses malades atteinte d'un prolapsus utérin. »

De l'incision lombo-iliaque dans le traitement des appendicites suppurées. — M. ÉDOUARD GRINDA (de Nice) expose les indications et les avantages dans le traitement des appendicites suppurées d'une incision qui suit le bord externe de la masse sacro-lombaire et s'incurve dans sa partie inférieure pour se prolonger parallèlement et à un travers de doigt au-dessus de la crête iliaque jusqu'à 3 centimètres environ de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Cette incision lombo-iliaque est indiquée dans tous les cas où les signes locaux permettent de croire à la présence d'un abcès appendiculaire rétro-cæcal. On se basera surtout pour ce diagnostic sur l'existence d'une douleur vive au niveau du triangle de J.-L. Petit, alors que le point de Mac Burney est peu ou pas douloureux, sur une sensation particulière de plénitude et de résistance dans le flanc droit, sur la sonorité de la fosse iliaque droite.

Dans les cas où le siège de l'abcès est indéterminé et où l'on n'a ni submatité ni empâtement diffus dans la fosse iliaque droite, c'est encore à l'incision lombo-iliaque qu'on peut avoir recours. Si, en effet, l'appendice, au lieu de siéger en arrière du cæcum, est situé latéralement ou en avant, il est facile de l'atteindre en décollant le cæcum, grâce à la partie iliaque de l'incision.

L'incision lombo-iliaque permet de découvrir le cæcum et l'appendice par la voie la plus directe et la plus sûre. Elle expose moins que l'incision classique à l'infection du péritoine et évite la dissection difficile et dangereuse des anses d'intestin grêle souvent interposées entre le cæcum et la paroi abdominale antérieure. Elle assure par sa seule

situation un drainage parfait qui rend la guérison plus rapide. Enfin elle met à l'abri des éventrations.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement conservatoire de la carie dentaire.

On sait que, jusqu'à il y a quelque temps, pour guérir la carie dentaire, on était obligé tout d'abord de tuer le nerf et puis ensuite de plomber la dent, ce qui exigeait un certain nombre de séances. Abraam a inventé une préparation particulière, la formagène, grâce à laquelle le traitement de la carie dentaire est notablement simplifié et peut être fait en une seule séance ; en outre, la formagène supprime tout de suite la douleur et permet de ne pas tuer le nerf.

Kohn (*Thérap. mod. russe*) a expérimenté la formagène dans 42 cas et les résultats qu'il a obtenus sont absolument démonstratifs.

La formagène est un ciment composé d'une poudre et d'un liquide. La poudre est composée essentiellement de chaux obtenue par la calcination du marbre et de sels iodés; le liquide représente un mélange d'eugénol, d'acide phénique cristallisé et de lysol. La poudre et le liquide sont saturés par le gaz de formaldéhyde. En les mélangeant, on obtient un ciment qui se solidifie en l'espace de quelques minutes. Étant donné la composition du ciment, on s'explique facilement son action : l'eugénol et l'acide phénique calment la douleur, la formaldéhyde tue les microbes et les préparations iodées dessèchent la pulpe. La manière de procéder est assez simple : après avoir enlevé la dentine ramollie, on applique sur la pulpe doucement, sans exercer de pression, le ciment formagénique. Au bout de cinq à huit minutes, lorsque le ciment est complètement solidifié, on peut plomber la dent, soit avec du ciment, soit avec de l'amalgame. (*Méd. mod.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 juillet 1897, MM. les docteurs Chiron (de Chambéry) et Dupont, membre du Conseil général de la Haute-Savoie, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hamard (de Montaillé), Junin (de Saintes), Lalagut (de Jaux), Marzelles (de Mont-de-Marsan) et Monnier (de La Roche-Bernard).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a tenu hier une courte séance. M. Clozier est venu de Beauvais vanter les bons effets des grands lavages intestinaux dans les intoxications d'origine gastro-intestinale. M. Lancereaux a signalé les dangers du bisulfate de potasse qui se trouve, à des doses considérables, dans les vins plâtrés. C'est ce sel qui produit la cirrhose des buveurs, cirrhose si fréquente à Paris.

Il y aurait donc lieu de contrôler les expériences instituées par M. Lancereaux et de prohiber le plâtrage des vins, s'il est définitivement démontré que le vin plâtré est si particulièrement nocif pour l'organisme.

RECHERCHES ANATOMO-CHIRURGICALES
AU MOYEN DE LA RADIOGRAPHIE

Topographie cranio-encéphalique; topographie des cavités osseuses de la face et du crâne; sinus veineux de la dure-mère dans leurs rapports avec la paroi cranienne (1).

Par MM. les docteurs Paul REYNIER et Jules GLOVER.

Nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie le résultat de différentes recherches anatomiques, que nous nous sommes proposé de faire sur le crâne et la face par les méthodes radiographiques.

Résultats. — Ces recherches nous ont permis de reconnaître :

1° Qu'il est possible d'étudier, en se plaçant au point de vue chirurgical, la topographie cranio-encéphalique par les méthodes radiographiques, en tenant compte des très légères déformations de l'image, incombant à ces méthodes spéciales.

Par ces méthodes radio-photographiques, il y a possibilité d'apercevoir le cerveau au travers de la paroi du crâne. De plus, fait important pour s'orienter dans l'étude de la topographie anatomique cranio-cérébrale, il paraît possible de superposer sur le cliché photographique la silhouette des scissures qui séparent entre elles les circonvolutions cérébrales.

C'est presque sans aucun artifice de préparation, pouvant modifier de beaucoup les rapports exacts du cerveau avec le crâne, que l'on peut étudier par ces procédés les rapports immédiats des circonvolutions cérébrales avec les parois craniennes, rapports intéressants au point de vue de l'intervention chirurgicale.

De même enfin, nous ferons remarquer que sur l'épreuve des circonvolutions cérébrales aperçues au travers de la paroi osseuse, on délimite très exactement les contours et la forme du ventricule latéral de l'hémisphère cérébral; son image se produit en teinte claire sur le cliché, et on reconnaît aisément les cornes frontale, occipitale et sphénoïdale de la grande cavité ventriculaire.

Ces essais nous ont aussi permis d'établir :

2° Que l'on peut fixer les rapports immédiats des sinus veineux de la dure-mère et du sinus latéral en particulier, avec la paroi cranienne, chez l'enfant et chez l'adulte.

Les injections des sinus veineux de la dure-mère, faites à l'aide de liquides solidifiables et contenant en suspension des substances métalliques, ainsi que quelques autres procédés artificiels, nous ont permis de voir très nettement ces sinus à travers la paroi osseuse.

Les radio-photographies que nous présentons montrent le sinus latéral, nos études ayant particulièrement porté sur ce point important d'anatomie chirurgicale.

3° Nous avons aussi pu étudier, surtout sur des pièces sèches, l'étendue et la forme si variables des vacuoles et des cellules osseuses de l'apophyse mastoïde, des sinus maxillaires, frontaux, sphénoïdaux et les cellules ethmoïdales.

4° Enfin il nous a été possible de reconnaître, chez l'enfant et l'adulte, les connexions précises que présentent, par rapport à la paroi cranienne extérieure, le rocher et les trois étages de la base du crâne. Nous avons facilement obtenu, sur des pièces recouvertes de leurs parties molles, la silhouette opaque et triangulaire de la base d'implantation du rocher sur l'écaille temporale, ainsi que la silhouette des

(1) Nous avons fait ces recherches au laboratoire de radiographie, à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris. Quatorze épreuves radio-photographiques ont été communiquées avec notre travail à l'Académie de médecine (séance du 10 août 1897).

trois étages de la base cranienne dans ses rapports exacts avec la paroi cranienne extérieure.

Mode de préparation de nos pièces anatomiques et technique. — Nos préparations anatomiques ont été faites sur des coupes de tête passant par la ligne médiane; ceci dans le but de diminuer d'autant la multiplicité des plans osseux trop nombreux, si l'on traversait des têtes entières par les rayons cathodiques. Il faut avoir soin de choisir des sujets jeunes, chez lesquels les sutures craniennes ne sont pas soudées.

Avant de pratiquer la coupe de la tête dans le sens vertical et antéro-postérieur, la pièce est injectée au formol par la carotide.

Cette *injection artérielle* est répétée deux ou trois fois, à un ou deux jours d'intervalle, dans le but de durcir le cerveau sans le faire changer de forme ou de volume d'une façon appréciable.

Les parties molles du crâne et de la face sont soigneusement enlevées, et c'est seulement après une vingtaine de jours que l'on pratique la section antéro-postérieure de la pièce.

Puis l'hémisphère cérébral *durci sur place* est extrait de la boîte cranienne avec précaution, débarrassé de sa pie-mère et replacé suivant sa première position dans le crâne. Ces manipulations ne peuvent modifier les rapports du cerveau avec le crâne, étant donné qu'elles sont, autant qu'il est possible, réduites à leur plus simple expression. Nous avons à ce sujet renoncé à l'idée des moulages du cerveau, lesquels sont plus susceptibles de modifier la conformation de l'organe, même lorsqu'il est durci par le formol ou autre déshydratant.

Le cerveau doit être débarrassé de la pie-mère si l'on veut voir sur le cliché l'image des circonvolutions. Enveloppée des méninges, son image est en effet moins nette.

Enfin, il est bon de supprimer par une section verticale les circonvolutions de la face interne de l'hémisphère cérébral, si l'on veut que l'image de celle-ci ne se confonde pas avec l'image des circonvolutions de la face externe de l'hémisphère.

Les injections des sinus veineux ont été faites avec de la poudre de bronze, tenue en suspension dans une solution de cire dans l'alcool ou dans le suif.

On obtient encore un meilleur résultat en indiquant sur la pièce le trajet des sinus, au moyen de petites pointes métalliques ou épingles par exemple, qui viennent vigoureusement en noir sur le cliché.

Nous appelons plus particulièrement l'attention sur nos radio-photographies du crâne sec de l'adulte et de l'enfant. On y voit d'une façon très évidente l'étendue et la conformation des cellules osseuses, aussi bien au niveau de l'apophyse mastoïde qu'au niveau des sinus osseux de la face.

Nos différentes épreuves ont été obtenues à l'aide de tubes Focus cylindriques de Colardeau-Chabaud. La distance des tubes à la plaque sensible a toujours été de 45 centimètres. Cette distance nous a permis d'obtenir des images nettes.

Le temps de pose varie comme durée, suivant l'état de vide du tube lui-même, entre quelques minutes et cinq, dix et quarante minutes.

Déductions et applications directes de nos recherches aux études méthodiques d'anatomie chirurgicale cranio-encéphalique. — La situation superficielle des sinus veineux de la dure-mère, des cellules osseuses de l'apophyse mastoïde, des sinus osseux frontaux, maxillaires, et leurs connexions immédiates avec la paroi cranienne extérieure qui en facilitent l'abord au cours des multiples interventions chirurgicales, suffisent à démontrer, d'une part, la facilité avec laquelle il était logiquement possible d'obtenir les résultats auxquels nous sommes arrivés, et, d'autre part, l'important intérêt que ces résultats nous paraissent présenter.

Si, prenant, ainsi que nous l'avons fait, un certain nombre d'épreuves radio-photographiques sur différentes pièces anatomiques, on compare entre elles ces épreuves, il est facile d'apprécier toutes les anomalies, les variations d'étendue et de forme des sinus osseux frontaux et maxillaires, beaucoup plus exactement, puisqu'il s'agit de photographies, que sur le dessin d'une série de coupes en tout sens du squelette de la face, procédé habituel de représentation de ces cavités dans les travaux d'anatomie

Le sinus veineux latéral fait corps avec l'apophyse mastoïde sur beaucoup de nos préparations. Cela est chose depuis longtemps admise, mais non aussi nettement démontrée, sans artifice de préparation. Sur certaines pièces, il répond à la partie antérieure de la mastoïde ou bien à son centre, ou enfin, et en général, au quart postérieur de l'apophyse. Si l'on tient compte de quelques déformations de l'image quand on compare les épreuves obtenues chez l'enfant à celles obtenues chez l'adulte, on remarque qu'à l'état normal les rapports du sinus latéral avec la mastoïde sont moins étroits chez l'adulte et que cet important canal veineux semble s'éloigner progressivement de l'apophyse osseuse, au fur et à mesure qu'on l'observe en s'éloignant du jeune âge.

Au niveau de l'apophyse mastoïde, non seulement les cellules du corps et de la pointe sont fort nettement appréciables suivant la nature pneumatique ou compacte du tissu osseux, mais on reconnaît aisément certaines cellules mastoïdiennes, qui souvent se continuent en arrière et en bas dans le diploé, entre les deux lames de l'os occipital, et des cellules plus intéressantes encore au point de vue chirxrgical et qui occupent une notable étendue en surface immédiatement au-dessus du conduit auditif externe.

De plus, en supprimant sur la préparation par une coupe la pointe du rocher en passant en dedans de la caisse du tympan, on pourrait facilement voir l'antrum et la cavité de la caisse. Le rocher est en effet, sur certaines épreuves, à ce point transparent, qu'on aperçoit l'orifice du conduit auditif interne. Nous n'insisterons pas sur l'intérêt anatomique et chirurgical qui se rattache à ces résultats que nous avons les premiers obtenus sur la transparence du rocher par la radio-photographie. Et cela, surtout, à une époque où la technique opératoire des trépanations combinées de l'apophyse mastoïde et de la caisse du tympan dans les otites moyennes suppurées compliquées est à l'ordre du jour.

A propos des circonvolutions cérébrales vues au travers de la paroi cranienne, on peut dire qu'il est possible de compter sur le minimum de déformation de l'image, à la condition que l'incidence, exactement verticale, des rayons cathodiques sur la préparation anatomique et par suite sur la plaque sensible soit bien réglée, et à la condition aussi que l'éloignement des tubes soit suffisant (50 centimètres environ, avons-nous dit), pour que le cône des rayons projetés présente son minimum de divergence. Et c'est seulement une épreuve obtenue avec un pareil soin qui pourra être utilisée pour étudier la topographie cranio-encéphalique chez l'adulte et avec plus de facilité encore chez l'enfant sous ses aspects successifs.

Malgré la valeur réelle du simple système de fiches implantées autrefois dans les circonvolutions cérébrales au travers des parois craniennes par Gratiolet, par Broca, qui étudièrent les premiers la topographie cranio-encéphalique, il n'en est pas moins vrai qu'il semble vivement intéressant de reprendre ces études encore si complexes à l'aide de la merveilleuse méthode qui, ainsi que nous le reconnaissons aujourd'hui, nous permet de fixer l'image détaillée d'un organe de forme très irrégulière, le cerveau, au travers même de la cavité osseuse qui le renferme.

Aussi, sommes-nous convaincus que nos premières recherches ne resteront pas sans écho.

Applications de nos recherches à l'exploration clinique du cerveau et des cavités osseuses de la face. — Il est possible d'apercevoir chez l'enfant, par le simple examen à l'écran de la tête, une zone claire correspondante à la cavité du ventricule cérébral latéral, surtout lorsque cette cavité est dilatée par une exsudation séreuse plus ou moins abondante chez les hydrocéphales, chez les méningitiques.

Si l'on se rapporte aux résultats obtenus sur la pièce anatomique et fournis par la radio-photographie du cerveau à travers le crâne, radio-photographie qui donne l'image détaillée de cette cavité ventriculaire, on comprend qu'une radio-photographie faite en pareil cas sur le vivant, chez l'enfant, donnera un renseignement plus précis encore que le simple examen à l'écran.

L'un de nous, avec M. Rémy, a vu, par l'examen à l'écran de la tête d'un enfant atteint de méningite, une zone claire correspondante à la portion médiane du cerveau. Cette zone existe à l'état normal chez l'enfant en bas âge, mais sa transparence est certainement plus appréciable à l'état pathologique lorsque le ventricule est dilaté par du liquide.

En terminant, enfin, nous dirons qu'il est facile de vérifier, par le simple examen à l'écran, la transparence et l'état de vacuité des sinus frontaux et maxillaires, peut-être aussi des cellules mastoïdiennes, beaucoup plus exactement qu'en se servant de l'éclairage électrique ordinaire. Et au lieu de faire usage du phosphore intra-buccal introduit dans la bouche pour l'éclairage des sinus maxillaires appliqué sur la paroi supéro-interne de l'orbite pour l'éclairage des sinus frontaux, nous conseillons d'utiliser les tubes Focus cylindriques.

Dans ce but et pour simplifier les manipulations, on fixera le tube sur un pied court et léger en ébonite ou simplement en bois et pour assurer l'isolement de l'observateur, la main sera gantée de caoutchouc.

Ainsi le tube pourra être approché ou éloigné de la tête du malade et placé à la distance convenable sans que celui-ci se dérange et sans qu'il coure aucun danger.

Dans un même examen de la face, toutes les cavités à la fois deviendront visibles.

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS D'URGENCE SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE (1)

Par le docteur J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

Il est, par exemple, un point au sujet duquel ne saurait s'élever aucun doute. C'est la nécessité du *drainage*, et d'un drainage suffisant. Si le péritoine veut bien résister, il faut lui venir en aide en assurant l'évacuation la plus large possible du pus qui le remplit. La gaze stérilisée plongeant en larges mèches en divers points du ventre, me semble ce qu'il y a de mieux, mais il faut qu'elle soit lâche et n'obstrue point l'orifice abdominal, auquel on laissera, pendant la suture, une dimension suffisante pour éviter la constriction et l'étranglement des compresses de gaze. Un ou deux gros drains percés de trous, empêcheront cet étranglement et rendront les plus grands services. Mais il faut éviter autant que possible qu'ils se trouvent en contact avec les intestins qu'ils pourraient blesser, et les envelopper dans les mèches de gaze qu'ils serviront, pour ainsi dire, à canaliser.

Il faut toujours avoir soin de faire plonger un drain dans le petit bassin. Le pus s'y accumule, en effet, tout naturellement. Il m'est même arrivé deux ou trois fois de croire à une affection du petit bassin comme point de départ de la péritonite à cause de l'abondance du pus qui s'y trouvait. Dans l'observation X, par exemple, après l'écoulement d'une sérosité fortement trouble qui remplissait le ventre, je vis s'écouler du petit bassin du pus épais et presque crémeux. Cette abondance beaucoup plus considérable du pus dans le petit bassin, me fit admettre la probabilité d'un point de départ pelvien. Or, il s'agissait d'une perforation gastrique. Le pus s'accumule donc dans le petit bassin tout simplement parce que c'est le point le plus déclive. Il faut y songer et favoriser son écoulement.

Chez les femmes, le drainage par le cul-de-sac vaginal peut être excellent, surtout s'il s'agit d'une péritonite à point de départ pelvien, d'une rupture tubaire par exemple, ou d'une infection puerpérale. Mais on ne saurait l'ériger en règle générale. Il faut ici s'inspirer des circonstances, et je crois qu'on aura rarement l'occasion de les pratiquer, toujours pour la même raison. C'est une opération, souvent facile, je le veux bien, quand le cul-de-sac de Douglas est libre, car on a vite fait de l'ouvrir sur une pince enfoncée dans le vagin. Mais enfin c'est une opération qui prolonge sensiblement une laparotomie déjà bien grave par elle-même, et qui ajoute un choc nouveau à un choc bien souvent mortel.

Mais des cas peuvent se rencontrer où il rendrait certainement des services. Si l'état général n'est pas trop grave, et si on trouve, après la laparotomie, la grande cavité péritonéale indemne et des phénomènes inflammatoires limités au péritoine pelvien, ainsi que cela pourrait se rencontrer dans certaines affections péri-utérines, peut-être y aurait-il avantage, si le cul-de-sac est facilement accessible, à le perforer pour y établir un large drainage. C'est là une question d'appréciation. Il est certain que c'est par le drainage vaginal, au point le plus déclive, que s'évacuent le mieux les liquides péritonéaux. C'est au chirurgien de juger, dans les cas en face desquels il se trouve, si l'état de la malade n'est pas trop grave pour qu'on ait avantage à le tenter, malgré la perte de temps et l'aggravation du choc opératoire qui en peut résulter.

Le drainage établi, et je parle ici du drainage abdominal, il faut suturer. La suture la meilleure sera la plus rapide. Elle n'a d'autre but que de refermer le ventre suffisamment pour empêcher l'issue des intestins. Un seul plan de suture, et même au besoin un surjet à la soie, prenant en même temps : péritoine, muscles, aponévrose et peau, telle est, à mon avis, la meilleure façon de refermer le ventre. Les minutes, ici, sont précieuses. On laissera pour le drainage

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 996.

un orifice suffisant, et 7 à 8 centimètres me paraissent un minimum.

On aura d'ailleurs eu soin de faire l'incision la moins grande possible : 10 ou 12 centimètres au maximum pour commencer. On l'agrandira ensuite si l'on juge utile d'explorer la cavité abdominale. Mais au cas où l'on voudrait se borner à laver et à drainer, une incision courte suffira. C'est l'opinion exprimée par Bouilly au Congrès de chirurgie de 1889, et je suis absolument de son avis. L'incision courte, la plus courte possible, a un grand avantage dans les cas, bien entendu, où on ne juge pas utile d'explorer la cavité abdominale. Elle évite l'issue des anses intestinales souvent distendues, et qu'il est parfois, avec des incisions un peu grandes, très difficile de maintenir dans le ventre et très difficile de faire rentrer lorsqu'elles sont sorties. J'ai eu de ce fait, dans l'observation VII, de terribles difficultés, qui n'ont certainement pas peu contribué à amener la mort. Avec une incision courte, la suture aura en outre cet avantage d'être plus rapide ou même inutile, et l'opération en sera abrégée d'autant au grand bénéfice du malade.

Je crois enfin que, dans les cas graves comme dans les cas moyens, les injections de sérum artificiel peuvent rendre de grands services, soit qu'elles tendent à relever les forces d'un malade défaillant, soit qu'elles contribuent à lutter contre l'infection par le lavage du sang et l'élimination rénale des toxines.

VI

Je crois utile de résumer brièvement les considérations précédentes. Ce sont les conclusions auxquelles je suis arrivé par l'étude de quelques cas devant lesquels le hasard m'a conduit. Elles concordent d'ailleurs à peu près sur tous les points avec les idées qui tendent aujourd'hui à être adoptées par la généralité des chirurgiens.

Les interventions d'urgence pour les affections de la cavité abdominale sont encore, prises en bloc, d'une excessive gravité.

Cette gravité est à peu près *proportionnelle à l'intensité des phénomènes infectieux* au moment de l'intervention. Celle-ci, presque toujours rapidement mortelle dans les cas d'infection suraiguë, donne déjà quelques guérisons quand les phénomènes septiques sont moins avancés, et des succès fréquents quand l'infection est nulle ou simplement légère.

Les succès seront donc d'autant plus nombreux que l'infection sera plus légère, et par conséquent que l'intervention sera plus précoce.

En dehors des cas qui paraissent d'une évidente bénignité et de ceux dans lesquels la mort semble imminente, l'intervention doit être *systématique*. Mieux vaut, en effet, faire une opération inutile, et qui d'ailleurs ne tue guère que les malades qui seraient morts sans elle, que reculer devant une intervention qui apporte avec elle quelques chances de guérison.

En l'absence d'un diagnostic précis, qui fait le plus souvent défaut, c'est la gravité apparente de l'état général qui décide le plus souvent de l'intervention. Mais il importe, si l'on est appelé à temps, de ne point attendre que cet état général soit devenu grave et d'opérer toutes les fois qu'on aura quelque incertitude sur la nature de la maladie et la gravité des lésions.

On devra toujours faire en sorte de réduire à son minimum le choc opératoire.

On évitera autant que possible l'anesthésie générale. Dans les cas les plus graves on emploiera la cocaïne, quitte à endormir immédiatement le malade si l'on croit devoir pratiquer des manœuvres intrapéritonéales un peu compliquées.

On incisera, si possible, au niveau du point où siège le maximum des lésions. Parmi les signes qui permettent de le reconnaître, la *douleur* est le plus fidèle. Le siège de la douleur maxima, le point où a éclaté la douleur initiale ont, à cet égard, la plus grande importance. J'insiste sur la valeur de la *douleur thoracique* comme pathognomonique de lésions de la région sus-ombilicale de l'abdomen. J'insiste aussi sur un signe peu connu, la *matité* au point contus, comme témoignant d'un épanchement de sang ou de matières intestinales dans le péritoine.

En l'absence de tout diagnostic précis, on pratiquera la laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dans les cas où l'infection est nulle ou très légère, on explorera minutieusement l'abdomen pour découvrir la cause des accidents et y porter remède. Dans ces conditions, mieux vaut une opération complète qu'une opération rapide.

En cas d'infection grave, si l'on a la certitude d'une perforation ou d'un étranglement, on tâchera d'y porter remède par une opération très rapide.

Si l'on se trouve en présence d'une infection péritonéale suraiguë, d'origine inconnue, on n'entreprendra pas l'exploration complète du péritoine. On opérera le plus vite possible. Il en sera de même dans la péritonite puerpérale : incision courte à la cocaïne, lavage très rapide avec un jet puissant, large drainage, telle est la conduite qui, dans ces conditions, me semble la meilleure.

Dans ces cas presque désespérés où le moindre choc est mortel, la rapidité prime tout.

Le lavage sera réservé aux cas toxiques à évolution rapide, à sérosité louche, à pus rare. Il sera, dans tous les cas, très rapidement pratiqué, avec une canule à large orifice.

Dans les cas à évolution lente, à pus épais, je crois préférable de s'en passer ou d'en user le moins possible.

Dans tous les cas où l'on rencontre des phénomènes d'infection, le drainage est indispensable. Le drainage vaginal, excellent en principe, est rarement possible.

On ne négligera pas les injections massives de sérum artificiel qui peuvent rendre de grands services, soit en relevant les forces du malade, soit en favorisant l'élimination des toxines (1).

CONGRÈS DE MOSCOU

COMMUNICATIONS

Traitement abortif de la blennorragie aiguë masculine par les pansements intra-uréthraux combinés avec les lavages antiseptiques de l'urèthre. — M. BOUREAU (de Paris). La méthode des pansements intra-uréthraux, que l'auteur préconise dans le traitement de la blennorragie aiguë, enraye l'écoulement dans les vingt-quatre heures,

(1) Depuis la rédaction des observations contenues dans ce travail, j'ai fait trois laparotomies nouvelles pour péritonite diffuse. Deux malades sont morts. Le premier, opéré dans un état très grave, avait le ventre plein de pus; il est mort quelques heures après l'opération. Le second, opéré à la cocaïne *in extremis*, avait le péritoine plein de pus et de matières intestinales; il a survécu fort peu à l'opération. Le troisième,

quand elle est appliquée dès l'origine de cet écoulement; il ne reste plus qu'à maintenir la guérison apparente pendant quelques jours à l'aide de lavages antiseptiques de la portion pénienne du canal pour la transformer en guérison définitive. Un pansement intra-uréthral, est fait en coton; il est souple et on l'introduit dans le canal à l'aide d'un mandrin souple également. L'uréthro-mèche peut être enduit de toutes les compositions médicamenteuses; celle que l'auteur emploie est une pommade au sublimé au millième.

Cette méthode lui a donné 7 échecs sur 93 cas, soit un peu moins de 8 p. 100.

Manuel opératoire. — Après les précautions antiseptiques d'usage, il indroduit son pansement, préalablement enduit de pommade au sublimé; il laisse pendre au dehors le fil du pansement; il recouvre le méat d'un morceau de coton hydrophile et il ramène le prépuce par-dessus; chez les circoncis, il place le gland dans une espèce de sac fixé à un suspensoir. Ce pansement doit être gardé de trois à sept heures, selon l'époque de l'intervention après l'infection; il doit être expulsé par l'urine et non arraché.

Il n'y a plus qu'à maintenir la guérison pendant une huitaine de jours, en faisant d'abord un lavage toutes les douze heures, puis un seul par vingt-quatre heures, au sublimé, de la région pénienne. La surveillance des malades ne doit être supprimée qu'après la reprise complète des anciennes habitudes.

Les lavages doivent être faits avec une sonde Nélaton n° 10. Il faut s'entourer de toutes les précautions pour que le liquide ne pénètre pas dans la vessie.

Valeur thérapeutique du courant galvanique dans le goitre exophtalmique. — M. BERTRAND (de Barcelone). Le courant galvanique continu, en application bulbo-thyroïdienne, est utile, même considéré comme traitement empirique.

Les principaux avantages obtenus par ce procédé électrothérapique sont : 1° la diminution ou la disparition de l'exophtalmie; 2° l'amélioration graduelle, assez rapide, des troubles de l'innervation cardiaque, jusqu'au retour complet à l'état normal; 3° l'amélioration des troubles fonctionnels jusqu'à la guérison complète; 4° la diminution (presque jamais la résolution complète) de l'hypertrophie du corps thyroïde.

De l'agglutination. — M. F. WIDAL. Nous ne savons pas encore ce qui produit le phénomène de l'agglutination. Existe-t-il une substance chimique spéciale, apparaissant dans le sérum des infectés, et capable de produire le phénomène de l'agglomération? Ne s'agit-il que d'une qualité physique, purement dynamique, acquise par les albuminoïdes? Ce sont là autant de questions qui n'ont pas jusqu'ici trouvé leur solution. Les études que M. Widal a faites avec M. Sicard sur les matières albumoïdes des humeurs agglutinatives et sur leur dialyse artificielle, ne permettent pas de conclure. Si nous ne savons pas ce qu'est la matière albuminoïde, nous savons du moins ce qu'elle n'est pas. MM. Widal, Sicard et Nobécourt ont montré qu'elle pouvait être dissociée d'autres qualités acquises par le sérum au cours de l'infection. Les preuves, tirées de l'observation humaine et de l'observation expérimentale, abondent pour montrer que la propriété agglutinante est indépendante de la propriété préventive et curative; elle n'est pas, comme on l'avait soutenu, une réaction d'immunité, mais elle est, avant tout, une réaction de la période d'infection. C'est là une simple constatation de fait qui ne comporte pas de théorie. Ce fait reçoit chaque jour sa confirmation; s'il n'était pas exact, le séro-diagnostic n'existerait pas.

La propriété bactéricide *in vitro* peut également se trouver dissociée de la propriété agglutinative.

L'action lysogène des humeurs des vaccinés sur les bacilles introduits dans l'organisme animal, action dont le type est fourni par le phénomène de Pfeiffer, est indépendante, de son côté, de tout phénomène d'agglomération.

La transformation granuleuse *in vitro* subie par les bacilles sous l'influence de certains sérums est également indépendante de la réaction agglutinante.

Les qualités les plus diverses peuvent se superposer : ainsi, dans le sérum des infectés, elles coexistent mais peuvent être dissociées.

On peut créer des superpositions à volonté, MM. Widal et Sicard ont vu que l'on pouvait doter un même sérum de propriétés agglutinatives multiples pour différentes espèces microbiennes, par inoculations successives à l'animal de cultures diverses.

D'après M. A. MILLS (de Bruxelles), il importe de connaître la virulence des cultures employées. D'après vingt-huit expériences, faites avec des cultures d'âges semblables, mais de virulences variables, M. Mills a trouvé que la rapidité avec laquelle l'agglutination se produisait était en raison inverse de la puissance de virulence du bacille d'Eberth employé.

Indications de la lithotritie. — M. ALBARRAN (de Paris). « Quoique, grâce surtout aux travaux de Guyon, la lithotritie soit une opération très bien réglée, un grand nombre de chirurgiens pratiquent plus volontiers la taille, dans la double crainte de perforer la vessie ou de laisser des fragments du calcul.

La perforation de la vessie est un accident très rare, comme le prouvent les résultats statistiques. Sur 126 lithotrities je n'ai eu que 2 morts, l'une d'anurie, l'autre par infection, et, sur les milliers de lithotritiés opérés par M. Guyon, la proportion de la mortalité n'arrive pas à 2 p. 100. Les statistiques de la taille sont bien plus meurtrières.

J'ai démontré souvent, par l'examen cystoscopique effectué après l'opération, qu'il ne reste pas de fragments dans la vessie lorsque ce réservoir présente de bonnes conditions. Si des circonstances particulières obligent parfois à laisser une partie de la pierre, on fait, quelques jours après, une seconde séance qui enlève le tout. En tout cas, on peut toujours s'assurer qu'il ne reste pas de fragments de pierre dans la vessie.

Les récidives sont dues, dans les calculs aseptiques, à ce que de nombreux graviers descendent du rein, et, dans les calculs septiques, à ce que le malade néglige de laver sa vessie. Si la récidive survient, il est plus facile de pratiquer de nouveau la lithotritie que de refaire la taille. La lithotritie guérit très vite les malades; la plupart se lèvent après quarante-huit heures et peuvent sortir de six à huit jours après l'opération.

La taille ne présente, dans les calculs de la vessie, que

dont l'état me paraissait grave, était atteint de péritonite au début avec anses vasculaires et fausses membranes très minces. Il a parfaitement guéri. Cela fait donc en tout 21 cas avec 4 guérisons, soit 81 p. 100 de morts et 19 p. 100 de guérisons.

des indications restreintes. Elle sera préférée chez les enfants, quoique j'aie pratiqué avec succès la lithotritie chez une fillette de six ans. Lorsque la vessie est trop anfractueuse et ulcérée, la taille pourra se trouver indiquée, mais la cystite ne contre-indique pas, en général, la lithotritie; dans ce cas, il suffit de soigner la vessie pendant quelques jours avant l'opération, au moyen des instillations et des lavages. Les pierres trop dures pour être brisées ou enchatonnées seront enlevées par la taille, mais on peut broyer des pierres très grandes (152 grammes, Guyon; 95 grammes, Albarran). La taille est encore indiquée lorsque l'état d'infection grave nécessite de laisser la vessie ouverte.

Toutes ces indications de la taille sont exceptionnelles, et je donnerai une idée de leur importance relative, en disant qu'à l'hôpital Necker de Paris, nous faisons à peine tous les ans, une ou deux tailles pour calcul, et que, dans le même espace de temps, nous pratiquons de 100 à 120 lithotrities. »

Suture des plaies artérielles. — DJEMIL-PACHA. Il arrive souvent aux chirurgiens d'être obligé de mettre une ligature sur une artère volumineuse, soit qu'elle ait été lésée accidentellement au cours d'une opération, soit à cause d'un anévrysme de petit volume ou anévrysme artérioso-veineux, alors qu'il serait possible, en mettant quelques points de suture sur la partie déchirée du vaisseau, de lui conserver ses fonctions physiologiques et de sauver ainsi un membre d'une gangrène parfois inévitable. Depuis un certain nombre d'années, grâce aux travaux des chirurgiens allemands, les sutures des plaies des veines sont devenues presque classiques et plusieurs observations ont été publiées à ce sujet, alors qu'il n'a été publié, jusqu'à ce jour, que fort peu d'observations sur la suture des plaies des artères : presque tous les livres classiques sont muets sur cette question si importante.

M. Glück, le premier, a attiré l'attention de ses collègues, il y a deux ans, au sein de la Société médicale de Berlin, sur la suture des plaies artérielles, et, à cette occasion, il rapporta un cas d'anévrysme artérioso-veineux dans le triangle de Scarpa, pour lequel M. Jage-Charteuffel pratiqua avec succès la suture de l'artère fémorale. M. Israël rapporta un deuxième cas de suture d'une artère iliaque externe, lésée accidentellement au cours d'une opération difficile de suppuration pérityphlitique. Enfin, M. Heidenham rapporta un troisième cas de suture de l'artère axillaire, lésée à l'occasion d'un curage de l'aisselle pour un carcinome de la mamelle droite.

Tout récemment, M. Murphy a démontré, dans un travail important (*New-York Medical*, janvier 1897), qu'on peut non seulement suturer des plaies des artères, mais encore en réséquer une bonne partie. Il entreprit trente-quatre expériences sur des chiens et des veaux et appliqua par la suite son procédé opératoire sur le vivant avec un plein succès. M. Murphy prouve que la simple suture est impraticable si plus de la moitié de la circonférence artérielle est déchirée. Dans ce cas, il préconise la résection de la partie lésée suivie d'une suture des bouts de l'artère par invagination : ainsi rapporte-t-il le cas d'un jeune homme de vingt-neuf ans, atteint d'une plaie par arme à feu dans le triangle de Scarpa; l'ouverture de l'artère était de trois huitièmes de pouce de longueur, il pratiqua la résection à un demi-pouce de longueur et fit la suture du bout central au bout périphérique, avec invagination. Son malade fut complètement guéri.

Avant d'avoir eu connaissance des observations et des travaux de MM. Heidenham, Israël, Glück, l'auteur a eu aussi l'occasion de pratiquer, il y a plus de deux ans, la suture, avec un succès parfait, dans deux cas de déchirures des artères.

Puis Djemil-pacha relate deux cas personnels de suture d'artère pour plaie opératoire, cas relatifs à la blessure de l'artère axillaire au cours de l'extirpation de cancers récidivés du sein.

Conclusion. — Lorsque la déchirure des grosses artères : carotides, sous-clavières, axillaires, iliaques externes, fémorales, etc., ne dépasse pas plus de 2 centimètres en longueur et les trois huitièmes de la circonférence, il faut pratiquer la suture artérielle au lieu de la ligature, qui provoque, le plus souvent, les accidents les plus fâcheux.

Dans les déchirures longitudinales de plus de 2 centimètres de longueur, ou bien dans les déchirures intéressant plus de la moitié de la circonférence, la simple suture peut être abandonnée comme ne pouvant présenter des résultats satisfaisants; alors il faut, avant de recourir à une ligature, essayer la résection et la suture par invagination des deux bouts de l'artère, suivant le procédé de M. Murphy.

Après la suture des plaies des artères, il n'y a pas à craindre de voir survenir une endartérite avec thrombose ou un anévrysme traumatique quelconque.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la dyspepsie par les amers (GINGEOT).

Teinture de colombo . . .	*ãã*	15 grammes.
— de badiane . . .		
— de simarouba . .		
— d'écorce d'orange amère		
— de noix vomique . . .		3 —
— de Baumé		4 —

Prendre avant chacun des deux principaux repas une cuillerée à café de cette mixture dans un peu d'eau pure ou d'eau de Vals. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 septembre 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

COMMUNICATIONS

De la cirrhose des buveurs. — M. LANCEREAUX. La cirrhose du foie est engendrée moins par l'abus des liqueurs alcooliques que par les excès de vin et surtout de vin rouge.

La quantité de vin habituellement ingéré par les malades était de 3 litres par jour, mais elle variait de 2 à 6 litres. Ce qui vient donner une confirmation indiscutable à l'assertion émise par M. Lancereaux, c'est que la cirrhose est rare dans les pays où l'on consomme une forte proportion d'eau-de-vie et peu de vin, en Normandie et en Bretagne, par exemple.

Ce n'est donc pas l'alcool qui, dans le vin ingéré, produit la cirrhose. Après des expériences sur les animaux, M. Lancereaux parvint à déceler l'action du bisulfate de potasse sur le foie. La dissolution de ce sel agit sur les rameaux de la veine porte et détermine une sclérose du tissu périphé-

rique. Or, à Paris, où le vin est généralement plâtré et renferme 4 à 6 grammes de sulfate de potasse par litre, la cirrhose est des plus fréquentes.

Comme conclusion, il faut éviter les excès de vin et en particulier de vins plâtrés. Il y aurait lieu de prohiber le plâtrage des vins et de toute boisson dite hygiénique.

Lavage de l'intestin par la voie rectale. — M. CLOZIER (de Beauvais) fait connaître les résultats satisfaisants qu'il a obtenus dans 4 cas d'entérite infectieuse, par le lavage abondant de l'intestin à l'aide de 4 litres d'eau bouillie pure, salée ou salolée, introduits en deux ou trois fois par le rectum.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 septembre 1897, M. Canolle, médecin principal du corps de santé des colonies, a été promu au grade de médecin en chef de deuxième classe.

— *Les médecins auxiliaires.* — Le ministre de la Guerre vient de décider que les étudiants en médecine, dispensés de l'article 23, qui, par suite de la perte de leurs droits à la dispense ou de leur renonciation au bénéfice de cette disposition de la loi, sont rappelés à l'activité pour accomplir deux années complémentaires de service actif, en qualité de médecins auxiliaires, recevront une indemnité de première mise d'équipement de 350 francs.

Les médecins auxiliaires ont, dans la hiérarchie militaire, la même position que les adjudants élèves d'administration des hôpitaux, reçoivent la même solde et se trouvent, comme ces adjudants, dans l'obligation de pourvoir à la dépense d'achat de leur uniforme.

— M. le docteur Vergniaud est nommé médecin du grand lycée de Brest.

— M. le docteur Carade est nommé médecin du petit lycée de Brest.

— *La situation sanitaire en Crète.* — Les troupes européennes du corps d'occupation de la Crète sont très éprouvées par le climat, depuis la fin de l'été. Il y a des fièvres un peu partout. La garnison la plus entamée est celle de Candie, où les troupes anglaises ont perdu quatre officiers et plusieurs hommes, de la fièvre typhoïde. Notre 8e bataillon d'infanterie de marine de Sitia est fortement atteint de paludisme et de dysenterie. Une de ses compagnies a été transportée près de la Canée, dans une huilerie française, au bord de la mer et au bon air. Il est probable qu'une partie du bataillon la rejoindra ici ou sera envoyée ailleurs, car Sitia, aujourd'hui paisible, ne vaut pas une si nombreuse occupation. Les highlanders de la Canée ont dû aussi être transférés à Halepa, où nous avons une compagnie du 4e d'infanterie de marine et une ambulance dans des conditions excellentes. Halepa devient le sanatorium du corps d'occupation. Le colonel Famin, très soucieux de la santé de ses hommes, y fait stationner successivement nos compagnies, pendant quelques semaines, pour se refaire. (*Revue méd.*)

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jacquemond (de Moutiers).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le pansement picriqué; ses divers modes; technique et innocuité.

Traitement des érythèmes médicamenteux par l'acide picrique.

Par le docteur Paul Thiéry,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

I

Depuis le mois de janvier 1896, époque à laquelle j'ai publié dans la *Gazette des hôpitaux* deux mémoires consécutifs sur les applications du pansement picriqué à la thérapeutique chirurgicale (1), mon expérience sur la valeur de ce pansement s'est singulièrement accrue, et je puis cependant dire que je n'ai rien ou presque rien à changer à mes conclusions premières, si ce n'est en ce qui concerne la technique même du pansement que j'ai pu notablement modifier et améliorer.

Aucune note imprimée n'étant venue contredire mes conclusions, j'ai cru voir dans ce silence plutôt une adhésion que de l'indifférence, et nombreux ont été les chirurgiens qui, après un contrôle consciencieux et sévère, ont conclu dans le même sens que nous (2).

Je dois faire cependant une exception, car un article, paru récemment dans la *Gazette hebdomadaire* (3), refusait au pansement picriqué, pour les accorder à la gaze iodoformée, les avantages que j'avais attribués au premier de ces pansements dans le traitement des brûlures. Mais les conclusions de cet article ne m'avaient pas convaincu et n'avaient point convaincu les partisans du pansement picriqué, parce qu'à la simple lecture du travail et des observations, il était aisé de se rendre compte que le jeune collègue qui en était l'auteur, avait trop facilement confondu le troisième degré de la brûlure avec le deuxième, qu'il semblait s'être efforcé de s'écarter en tous points de la technique que les auteurs précédents avaient indiquée comme indispensable pour assurer le succès, qu'il ne connaissait enfin aucune des propriétés physico-chimiques de l'acide picrique, solubilité, propriétés tinctoriales, etc., et qu'il chargeait ce topique de crimes bien imaginaires; en dernier lieu qu'il donnait, malgré le nombre relativement restreint (3 cas) de ses essais, un tableau comparatif de la durée du traitement par l'acide picrique et la gaze iodoformée qui pouvait être facilement interprété dans un sens tout différent de celui de l'auteur.

Nous n'aurions d'ailleurs point insisté sur ce travail, si M. le docteur Beauxis-Lagrave [de Fontainebleau (1)], n'avait cru utile de prendre la défense de notre procédé et de démontrer combien ses résultats étaient en contradiction avec ceux de M. Arloing, et nous ne pouvons que remercier, sans avoir le plaisir de le connaître, ce confrère de son chaleureux plaidoyer.

L'acide picrique est-il capable, employé avec modération et suivant la technique que nous avons indiquée, de produire des accidents généraux ou locaux, graves ou légers? Telle est la question à laquelle nous voudrions actuellement pouvoir répondre, en nous basant soit sur des faits personnels, soit sur les publications d'autres chirurgiens.

En ce qui concerne les accidents graves (2), il n'en existe aucun de publié, à notre connaissance. Nous avons bien entendu dire que tel ou tel chirurgien croyait pouvoir inscrire un mécompte au dossier du pansement picriqué, et nous serions heureux que de semblables cas fussent publiés pour pouvoir, après leur examen et leur discussion, en tirer

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 18 janv. 1896, n° 8 : « Des applications de l'acide picrique à la thérapeutique des brûlures, » et *Gaz. des hôpit.*, 27 fév. 1896, n° 25 : « Des applications diverses du pansement picriqué à la thérapeutique chirurgicale. »

(2) Miles. Soc. méd. d'Édimbourg, séance du 7 juillet. — Bonnafy. *Arch. de méd. nav.*, 1897. — Monod et Courtellemont. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1897, n° 61, p. 712. — V. Sila-Novitsky (de Moscou). In *Wratch*, 1897, n° 16, et *Bull. méd.*, 1897, n° 58, p. 687. — Filleul. *Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique*, Th. de Paris, 1894. — Papazoglou. *Contribution à l'étude du traitement des brûlures par l'acide picrique*, Th. de Paris, 1896.

(3) Arloing. *Gaz. hebd.*, oct. 1896.

(1) Beauxis-Lagrave. De l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des brûlures, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 12 nov. 1896, n° 91, p. 1081.

(2) Jules Chéron (*Méd. contemp.*, 1er août 1897, n° 15, p. 226) préconise contre l'entérocolite muco-membraneuse un quart de lavement contenant une cuillerée à café de la solution : acide picrique, 1 gramme, eau distillée, 120 grammes, nouvelle preuve de l'innocuité de cet agent.

un enseignement et nous mettre en garde contre leur renouvellement : c'est là un desideratum qui, s'il attire l'attention des observateurs, nous permettra peut-être d'inscrire quelques lignes au chapitre : *Accidents généraux*, de l'histoire de l'acide picrique.

Pour le moment, nous ne pouvons qu'enregistrer les deux cas publiés par le docteur Scypiorski [de Longwy (1)], et que leur auteur, avec une bonne foi et une courtoisie parfaites, attribue lui-même à une technique défectueuse. Les accidents, de l'aveu même du docteur Scypiorski, *furent légers* et n'eurent aucune suite fâcheuse : les malades guérirent en quelques jours, malgré la continuation du pansement picriqué.

D'ailleurs, en admettant même que nous puissions, à la suite de cet appel, enregistrer un ou deux insuccès, nous pourrions nous demander encore quel antiseptique n'a pas été cause de quelque accident : l'histoire de l'acide phénique, du sublimé, de l'iodoforme, etc., nous en offre des exemples trop fréquents, comme nous le dirons dans notre quatrième chapitre.

Parmi les accidents locaux dont l'acide picrique peut être la cause, j'avais (2) déjà signalé l'érythème médicamenteux propre à ce topique, et j'avais écrit que je pensais pouvoir en signaler deux cas : l'un qui m'était personnel, l'autre qui m'avait été communiqué par le docteur Monthus.

Aujourd'hui que ma pratique est plus étendue, je suis certain que cet érythème existe : j'en ai observé deux autres cas très nets : l'un sur une plaie infectée de la main, consécutive à l'extirpation d'un kyste dorsal du poignet; l'autre, à l'occasion d'un pansement d'ulcère de jambe.

Mais je dois à la vérité d'ajouter que, dans ce dernier cas, le malade présentait une prédisposition spéciale et que l'iodoforme, l'acide phénique, le sublimé, même la poudre d'oxyde de zinc avaient tour à tour provoqué des poussées inquiétantes d'érythème, avant celle que causa très nettement l'application du pansement picriqué : l'acide picrique avait donc fait ce qu'avaient fait avant lui les topiques antiseptiques les plus habituels; rien de plus.

Il est probable que de leur côté les chirurgiens, qui ont voulu expérimenter dans leur pratique le pansement picriqué, ont pu observer des accidents d'ordre érythémateux, mais si nous nous en rapportons à notre pratique, nous croyons pouvoir affirmer que ces accidents ont été rares et légers, quelle que soit la technique employée; extrêmement rares et insignifiants si cette technique était conforme à celle qui a été indiquée et surtout à celle que nous nous proposons d'indiquer au cours de cette nouvelle note (3).

Si l'on réfléchit que, dans le service de consultation externe de la Charité et de la Pitié, nous avons (grâce au zèle de nos externes MM. Lecœur, Gottschalk, Guillot et Pitance, et à l'assiduité des personnes qui les assistent pour l'application des bandages et pansements), nous avons, disons-nous, l'occasion de faire chaque jour huit à dix pansements picriqués au minimum, soit pour brûlures, soit pour lésions légères ou graves des téguments, ce qui porte actuellement à plusieurs milliers les pansements effectués à ces policliniques, et que sur ce nombre nous n'avons pas eu l'occasion d'observer un seul accident grave, ni plus de deux ou trois accidents bénins d'érythème, on conclura avec nous que le chiffre de ces accidents eût été sensiblement supérieur s'il se fût agi de sublimé, d'acide phénique, d'iodoforme ou de salol, ce dernier, croyons-nous, érythémogène par excellence; et de fait il n'est pas de jour que nous n'ayons à constater les méfaits de ces agents antiseptiques. On peut même aller plus loin et dire que si, comme dans le cas relaté ci-dessus, l'acide picrique a pu produire de l'érythème là où tous les autres antiseptiques en avaient également produit, il peut bien souvent devenir le topique de choix dans le traitement d'érythèmes médicamenteux, preuve évidente qu'il est peu irritant pour les téguments : nous nous proposons de démontrer le fait à la fin de cette Revue.

Nous trouvons entre autres dans nos notes deux observations bien typiques : dans l'une d'elles un érythème médicamenteux très grave de la main (pansement iodoformé) fut guéri en quatre jours par des applications de compresses picriquées; dans l'autre, une femme blessée au front s'adresse à un pharmacien qui panse à la vaseline salolée : éruption érythémateuse du front et du cuir chevelu, état local grave qui cède à quelques badigeonnages d'éther picriqué. L'érythème persiste quelque temps, mais beaucoup moins intense. On panse plus tard avec les poudres absorbantes. Ces deux malades ont été observés par les élèves qui suivent la consultation externe de la Charité (octobre-novembre 1896).

Les conclusions à tirer de ces faits sont simples : Non seulement l'acide picrique (j'ajouterai pour plus de certitude *employé à l'état de solution*) devient fort rarement la cause d'un érythème, mais, dans bon nombre de cas, les érythèmes médicamenteux, si fréquents à la suite de l'emploi des topiques antiseptiques habituels, sont justiciables du pansement picriqué.

Nous ferons une simple réserve en ce qui concerne la poudre d'acide picrique et les pommades picriquées que nous avons plus rarement utilisées.

Avant de passer à l'étude critique des divers modes de pansement picriqué, nous voudrions encore faire une remarque :

La thérapeutique des brûlures par l'acide picrique est assez solidement établie pour que nous nous dispensions de publier de nouvelles observations : elles se comptent par centaines aujourd'hui. Une des dernières est cependant si typique que nous ne pouvons résister au désir de la faire connaître : elle provient de la Charité.

X... et Y..., le mari et la femme, se brûlent gravement les mains à la suite de l'explosion d'une volumineuse lampe à alcool. La femme a les deux mains brûlées (troisième degré léger et surtout deuxième degré) et entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de mon cher ami Ricard, où elle est pansée à la vaseline salolée.

Le mari, brûlé grièvement, un peu moins peut-être que sa femme, à la main et à la cuisse, obligé de vaquer à ses occupations, vient se faire panser à la consultation, où l'alcool picriqué est appliqué.

Huit jours après le mari est guéri de ses deux brûlures, et sa femme, jalouse de sa guérison, demande son exeat pour venir se faire panser à la consultation. A ce moment, quinze jours après l'accident, les brûlures des deux mains pansées à la vaseline salolée ne présentent aucune tendance à la guérison. Après avoir bien fait constater aux élèves l'état des lésions, je prescris le pansement picriqué sur la main dont les brûlures étaient les plus graves, et je continue

(1) Scypiorski. *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 949.
(2) *Gaz. des hôpit.*, loc. cit., 1896.
(3) Voyez plus loin.

le pansement gras salolé du côté opposé. Cinq jours après, les brûlures pansées à l'acide picrique sont guéries, tandis que celles de la main opposée n'ont pas sensiblement changé d'aspect. Je fais cesser l'expérience et deux pansements picriqués seulement ont bientôt raison des brûlures pansées pendant vingt jours avec les corps gras et le salol.

Ce fait, parmi ceux que j'ai observés, est un des plus concluants.

Mais, à côté de cette application du pansement picriqué à la thérapeutique des brûlures, il faut insister à nouveau sur les résultats que l'on peut obtenir de l'emploi de ce topique dans un grand nombre d'affections chirurgicales intéressant les téguments, et dont j'ai donné ailleurs la liste à peu près complète, à laquelle il faut ajouter toutes ou presque toutes les dermatites.

C'est en dermatologie surtout que l'acide picrique devrait être largement essayé par les médecins compétents et si son emploi s'est rapidement généralisé dans la thérapeutique des brûlures, il semble qu'il y ait encore dans le sens que j'indique de nombreux desiderata à combler, de problèmes à résoudre et je dirais presque de succès à obtenir

De ce côté aussi nos observations se sont enrichies et principalement en ce qui concerne les herpès, le zona, l'eczéma (1) et certaines formes de psoriasis, mais nous n'avons pas, pour donner une statistique imposante, un champ d'expérience assez riche et il serait à souhaiter que le problème fût résolu à l'hôpital Saint-Louis, dont les consultations regorgent de malades.

Enfin de multiples observations ayant trait à la lymphangite nous permettent d'être affirmatif sur l'efficacité du pansement picriqué dans ces cas; une observation d'érysipèle du thorax, parti du mamelon, nous permet de bien augurer de son application à la cure de cette dermatite infectieuse.

Quelques essais de traitement des fongosités tuberculeuses nous permettent d'attirer à nouveau l'attention des chirurgiens sur ces faits qui méritent confirmation.

II

Si donc il a pu y avoir, si peu que ce soit, dissentiment publié ou non entre les expérimentateurs, c'est sans doute à un défaut de technique qu'il faut l'attribuer et notre but est maintenant de fixer cette technique d'après les modifications récentes que nous lui avons fait subir.

Primitivement, il y a dix ans, nous employions la solution aqueuse saturée et c'était là tout notre arsenal thérapeutique. Nous trouvions simple et commode dans la pratique ce dosage par saturation. M. Beauxis-Lagrave (1) fait cependant remarquer que, sans augmenter l'efficacité de la solution, la saturation par l'acide pourrait bien être une cause de la douleur signalée par quelques auteurs, M. Arloing en particulier, exagérée par beaucoup, mais réelle dans certains cas cependant, bien que de peu de durée. Il y a là une remarque précieuse que nous n'avons point encore contrôlée, mais qui mérite cependant d'être retenue et pourra être utilisée.

Si nous conservons la solution à saturation, c'est que, recherchant l'évaporation de l'eau simple véhicule, pour obtenir la siccité du pansement, peu nous importe en fin de compte le titre primitif de la solution. Retenons seulement que l'application d'une solution très concentrée ou saturée, et j'ajouterai *très chaude*, peut être *temporairement* douloureuse.

Actuellement nos ressources thérapeutiques sont beaucoup plus nombreuses et, sortant de la période d'hésitation pour entrer dans la période d'expérimentation franche d'un corps dont l'innocuité ne fait actuellement aucun doute pour nous, nous avons à notre disposition les formes pharmaceutiques suivantes du pansement picriqué :

A. *Poudre d'acide picrique;*
B. *Les pommades, vaseline et huile picriquées;*
C. *La solution aqueuse d'acide;*
D. *L'alcool picriqué;*
E. *L'éther picriqué;*
F. *L'ouate picriquée;*
G. *La gaze picriquée;*
H. *Le sparadrap picriqué;*
I. *La baudruche picriquée* (2).

Tel est le matériel que nous avons expérimenté : il eût été facile, mais inutile, d'en multiplier les éléments.

Eh bien! de ces éléments, même aussi réduits, tous ne sont pas également actifs; certains sont, non pas dangereux, du moins délicats à manier, d'autres inutiles ou mauvais.

On comprendra donc que nous les passions en revue, en faisant pour chacun l'appréciation ou la critique des avantages ou des inconvénients qu'il présente : c'est dans cette partie de notre travail que l'on trouvera, à proprement parler, les modifications de technique qui, croyons-nous, assureront l'innocuité absolue du pansement, tout en lui conservant son maximum d'efficacité.

A. Poudre d'acide picrique (*à rejeter*). — Les plaies ont pu être saupoudrées d'acide picrique et nous-même avons employé ce procédé dans le traitement des ulcères de jambe : c'est dans ces conditions que nous avons observé deux accidents d'érythème et, sans savoir s'ils peuvent être fréquents, nous n'avons aucune tendance à adopter ce mode de pansement.

(1) Cet article était écrit, mais non livré à l'imprimerie, quand parurent les mémoires suivants :

1° Mac Lennan. Picric or carbazotic acid as therapeutic agent especially in the treatment of certain inflammatory skin affections, *Brit. Med. Journ.*, 26 déc. 1896, anal. in *Semaine méd.*, 1897, p. II Annexes.

2° Gaucher. Traitement de l'eczéma par l'acide picrique, Soc. méd. des hôpit., 21 mai 1897.

3° Soc. de dermat., 10 juin 1897. — Discussion sur la communication de M. Gaucher : MM. Leredde, Besnier, Darier, anal. in *Semaine méd.*, 1899, p. 227. — Pour M. Gaucher, les applications picriquées donnent un excellent résultat, surtout dans le cas d'eczéma *humide*. Il emploie la solution à 1 p. 100.

4° Dr Marcus. Une observation de guérison d'eczéma chez enfant de dix ans ayant été traité depuis deux mois sans succès par les topiques habituels, guérison en quelques jours (communic. orale).

Cerasi a également essayé l'acide picrique contre l'eczéma impétigineux à l'état de solution éthérée et dit en avoir obtenu de bons résultats (*Gaz. med. di Roma*, 1889). Nous devons toutefois faire remarquer que M. W. A. Jannison (Soc. méd.-chir. d'Édimbourg, 1897) ne partage pas cette opinion.

(1) Beauxis-Lagrave. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 12 nov. 1896, n° 91.

(2) Des expériences actuellement en cours et qui seront publiées prouvent que l'on peut employer le catgut picriqué, moins résorbable que le catgut ordinaire et beaucoup plus résistant que le catgut chromé.

Il ne permet pas, comme les solutions, de déposer sur les surfaces une couche impalpable d'acide picrique suffisante pour produire la kératoplastie, mais trop faible pour engendrer des accidents d'intoxication. En admettant que ce mode de pansement dût être introduit dans la pratique, il faudrait avoir recours aux soufflets pulvérisateurs, mais même dans ces conditions, l'action du topique serait toute superficielle, car l'acide picrique est relativement peu soluble.

B. Pommades, vaseline et huile picriquées (*à rejeter*). — Nous ne serons pas plus indulgent pour ce mode de pansement. Il y aurait lieu tout au plus de l'expérimenter en dermatologie où il peut être susceptible de donner de bons résultats. Mais l'action neutre ou défavorable des corps gras sur la kératogenèse ne semble guère permettre l'association de ces corps et de l'acide picrique. Donc, la réserve précédente étant faite, nous croyons que les chirurgiens n'ont aucun intérêt à employer ce mode de pansement auquel d'aucuns cependant ont pu devoir des succès, grâce aux propriétés kératoplastiques très énergiques du topique, mais succès toujours plus tardifs et moins certains que ceux que permet l'emploi des diverses solutions.

C. Solution aqueuse d'acide picrique (*à utiliser*). — C'est le mode de pansement que, depuis plus de dix ans, nous avons employé jusqu'au début de l'année 1896. C'est dire que la plupart des considérations que l'on trouvera dans nos publications antérieures s'y rapportent et que, en pratique rurale par exemple ou en chirurgie de campagne, la simplicité, l'économie du pansement enjoignent de le conserver.

Dans ces conditions, quel devra être le titre de la solution? 1,2 p. 100, disent certains chirurgiens; à saturation, disons-nous plus simplement; à 5 p. 100, dit M. Arloing; à 5 p. 1000, dit M. Beauxis-Lagrave.

Nous ferons remarquer que la solution à 5 p. 100 est impossible à effectuer; que la solution de M. Beauxis-Lagrave, plus faible que la saturation, a, d'après lui, le mérite d'être indolore; si donc nous conservons le titre « à saturation », c'est qu'il nous épargne toute mesure, toute pesée et donne aux préparatifs du pansement une simplicité extrême. Mais, je le répète, le titre importe peu, puisque, en définitive, par la suppression absolue du taffetas gommé, nous recherchons l'absorption par l'ouate et l'évaporation du liquide vecteur du topique.

Ajoutons encore, pour tout ce qui va suivre, que, suivant les cas, le pansement se fera soit par immersion du membre (procédé de choix), ou par application de compresses humides : la chose importe peu; ce qu'il faut obtenir, c'est l'*imbibition* des tissus par l'acide picrique et les cas cliniques indiquent le *modus faciendi;* mais, en tout cas, la plaie devra toujours être vierge de tout pansement antérieur, la peau bien *décapée*, je veux dire débarrassée des topiques, des corps gras surtout, qui auraient pu être appliqués au moment de l'accident (lavages à l'alcool, à l'éther ou à l'*eau carbonatée*). En dehors de ces cas, aucun lavage préalable n'est nécessaire, contrairement à ce qui a été dit et reproduit.

Mais c'est justement parce que l'on doit rechercher la dessiccation rapide du pansement, que, très bonne en elle-même, la solution aqueuse doit parfois céder le pas aux solutions suivantes, et que l'emploi de l'ouate hydrophile est particulièrement indiqué.

La solution aqueuse, quel que soit le titre auquel on donne la préférence, devra donc être surtout réservée aux cas :

1° Où la préparation d'une autre solution est impossible;

2° Où l'application des autres solutions serait douloureuse (phlyctènes déchirées, vastes surfaces dénudées, sensibilité spéciale du sujet),

Et elle trouvera d'autant moins son application que l'épiderme aura été mieux respecté. C'est donc surtout, en ce qui concerne les brûlures, à celles du troisième degré qu'elle sera réservée.

M. Monod insiste avec raison sur la durée d'application du pansement et montre bien que, pour retirer du pansement picriqué tous les bénéfices que le malade en doit attendre, il faut laisser à ce pansement le caractère du pansement *rare*, c'est-à-dire le laisser en place de trois à sept jours suivant les cas.

D. Alcool picriqué (*à utiliser*). — La solution alcoolique d'acide picrique est aussi à saturation. Antiseptique à la fois par l'alcool et par l'acide qu'elle contient, elle a sur la solution précédente l'avantage de fournir, en peu d'instants, un pansement sec, l'évaporation de l'alcool étant rapide lorsqu'il est de bonne qualité.

C'est la solution à laquelle nous donnons actuellement la préférence et c'est la plus fréquemment employée à la consultation de la Charité. Elle est applicable à la thérapeutique de la plupart des lésions contre lesquelles l'acide picrique est indiqué.

Ses seules contre-indications consistent dans la très grande étendue des lésions qui rendrait le pansement trop coûteux, dans la dénudation complète des plaies, des brûlures, et, là encore cependant, la douleur qui peut résulter de son emploi nous paraît compensée largement par les résultats remarquables que donne ce mode de pansement. Il mérite d'être généralisé et, en particulier, toutes les brûlures du deuxième degré, avec conservation des phlyctènes, doivent lui ressortir. Il peut se partager avec l'éther picriqué le traitement des dermatites, lymphangites, érysipèle, etc.

Cependant j'avoue qu'un supplément de recherches est encore nécessaire, car la facilité avec laquelle les mains se décolorent au lavage, après manipulation de la solution picriquée alcoolique, nous fait penser que cette solution est peut-être moins *pénétrante* que la solution aqueuse. Je fais donc sur ce point une légère réserve, et je me contente de placer sur le même plan les solutions alcoolique et aqueuse : leur combinaison serait peut-être l'idéal.

E. Éther picriqué (*à utiliser*). — C'est encore à saturation que nous conseillons de l'employer. L'alcool picriqué peut être employé dans toutes les circonstances où l'éther est applicable, mais on doit réserver ce dernier aux cas :

1° Où les lésions sont peu étendues;
2° Où elles sont très superficielles;
3° Où l'on peut se passer de pansement ouaté.

Un simple badigeonnage suffit alors et c'est le mode le plus habituel d'emploi de ce topique.

Les excoriations légères (ampoules, plaies superficielles, égratignures), les brûlures au premier degré, les dermatites sont justiciables de l'éther picriqué, qui séduit en général par la simplicité de son application et ne cause, si la lésion est superficielle, aucune douleur.

L'éther picriqué peut donc se ranger dans la classe des « vernis » et il serait facile en l'associant à divers corps de le transformer en pansement pelliculaire (collodion, etc...). Les résultats que donne ce pansement dans les excoriations légères mais étendues (chute de bicyclette, par exemple) sont surtout surprenants. Tandis que l'éther picriqué ne suppose aucun pansement proprement dit autre que le badigeonnage au pinceau, on sait que le pansement à l'eau ou à l'alcool picriqués nécessitent le bandage ouaté très peu épais et modérément serré, à l'*exclusion absolue*, fait capital sur lequel je crois avoir suffisamment insisté ailleurs, de tout taffetas imperméable, gommé ou autre. J'ai déjà dit que l'ouate hydrophile devait être employée de préférence aux ouates ordinaires.

F. Ouate picriquée (*à rejeter*). — Très obligeamment MM. Desnoix et Debuchy s'étaient offerts pour nous préparer, au début de nos essais, une ouate picriquée de fort belle apparence. Mais, outre qu'elle présente l'inconvénient d'être sternutatoire et de répandre dans l'atmosphère des particules amères fort désagréables, elle n'a vraiment pas d'application bien pratique. Elle ne permet pas un *contact absolu* de l'acide picrique avec la plaie, elle ne permet pas surtout l'*imbibition* du derme et de l'épiderme par l'agent kératoplastique. Immergée dans l'eau ou dans l'alcool, elle pourrait trouver son emploi, mais sans présenter de sérieux avantages. Nous n'insisterons donc pas sur un mode de pansement qui n'ajouterait qu'à la complication d'un matériel que nous voulons réduire à la plus grande simplicité.

G. Gaze picriquée (*non indispensable, mais à utiliser*). — Nous n'en dirons pas autant de la gaze picriquée, préparée par les mêmes fabricants. Sans doute, si son usage était réduit à la thérapeutique des brûlures, elle ne constituerait qu'une simple amélioration; son immersion donnerait, pour ainsi dire instantanément, une compresse aseptique imbibée de solution saturée, et dans ce sens, elle peut rendre des services en évitant au chirurgien quelques manipulations.

Mais elle est surtout appelée à rendre des services dans le pansement des plaies anfractueuses, dans le tamponnement de certains abcès, dans le pansement des fongosités tuberculeuses.

C'est là une étude un peu différente, n'ayant pas, à proprement parler, trait aux propriétés kératoplastiques de l'acide picrique : il sera utile d'y revenir en étudiant précisément les propriétés de cette gaze dans le pansement des ulcères de jambe et des tuberculoses locales avec productions fongueuses.

H. Sparadrap picriqué (*à rejeter*). — A la suite de quelques essais, trop peu nombreux il est vrai, du traitement des ulcères de jambes par le sparadrap picriqué, nous n'avons pas reconnu d'avantages bien nets à ce mode de pansement dont l'efficacité est loin d'égaler celle de l'emplâtre de Vigo. Nous n'avons point trouvé à ce sparadrap d'autres applications, réserves faites pour la dermatologie, qui pourra peut-être en tirer profit.

I. Baudruche picriquée (taffetas animal picriqué). — Elle est d'une application facile et donne d'excellents résultats dans le traitement par occlusion des plaies très superficielles, des coupures, et trouve un emploi dans le pansement des petites opérations (extirpation de kystes sébacés, de petites tumeurs cutanées, etc.) où elle permet une réunion parfaite avec un pansement peu encombrant et ne nécessitant aucun bandage (face, etc.).

De la revue des divers modes de pansement picriqué qui précède, revue que nous avons cherché à faire aussi impartiale et aussi dénuée de parti pris que possible, il résulte que les seuls modes de pansement picriqué qui méritent d'être retenus sont :

L'alcool picriqué;
L'eau picriquée;
L'éther picriqué;
La gaze picriquée;
La baudruche picriquée;

Et que s'il est difficile d'assigner la seconde place à l'éther picriqué plutôt qu'à l'eau picriquée, tant leurs indications sont différentes puisqu'elles sont presque inverses, il n'en résulte pas moins que, de tous ces pansements, l'alcool et l'eau picriquée tiennent certainement la première place par leur efficacité et la multiplicité de leurs applications.

Mais il faut savoir ne pas être absolu et, en variant l'excipient, on pliera le pansement picriqué aux nombreuses exigences des indications posées par le cas clinique et par la nature des lésions anatomo-pathologiques.

Voilà le résultat auquel nous ont conduit nos recherches : il sera sans doute encore possible de faire mieux, mais nous croyons qu'en suivant ces indications, le chirurgien sera certain d'obtenir des succès presque constants sans exposer le malade à aucun de ces accidents légers, si fréquents dans le pansement des brûlures et des plaies superficielles par les topiques habituels. On en trouvera la preuve dans l'un des chapitres suivants.

III

De la décoloration des mains après l'application des pansements picriqués. — Parmi les inconvénients que l'on a reprochés à l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des brûlures et de certaines affections du derme et de l'épiderme dont le nombre s'accroît tous les jours, nous relevons surtout :

1° Les dangers que présente la manipulation de l'acide picrique;

2° Les accidents érythémateux qui peuvent être dus à ce topique;

3° *La coloration indélébile des mains du chirurgien qui a eu recours à ce pansement.*

A. Il n'y a pas lieu de revenir sur le premier de ces inconvénients, puisque nous avons déjà montré (*Gaz. des hôp.*, 18 janvier 1896, n° 8) combien étaient illusoires les craintes d'explosion au cours des manipulations : c'est là une objection enfantine, qu'il serait ridicule de chercher encore à réfuter.

B. Nous nous proposons de démontrer plus loin, avec observations à l'appui, que les accidents d'érythème sont fort rares, et mieux encore, que le pansement picriqué trouve une heureuse application dans les cas où l'érythème médicamenteux est apparu à la suite des pansements antiseptiques les plus usités : salol, iodoforme, etc.

C. Il n'en est pas de même de la coloration des mains qui semblait jusqu'ici inhérente même à l'emploi de l'acide picrique et qui constituait un obstacle indiscutable à la diffusion des pansements picriqués.

Aujourd'hui, cette objection n'existe plus et notre but est de vulgariser plusieurs des *cinq* procédés que le chirurgien peut mettre en œuvre pour éviter la coloration *dite à tort indélébile* des mains par l'acide picrique.

Premier procédé. — Déjà dans nos publications antérieures (*ibid.*), nous avions montré que l'emploi de gants en caoutchouc, dont le coût est minime (5 francs environ), obviait à cet inconvénient. Il faut reconnaître que, bon en théorie et lorsque, comme à l'hôpital, on applique le pansement picriqué sur une large échelle, le procédé est peu pratique lorsqu'on a à intervenir d'urgence.

Deuxième procédé. — L'onction préalable des mains avec de la vaseline est également un procédé efficace et, de plus, il est pratique; si nous n'avions pas mieux, on pourrait facilement s'en contenter.

Troisième procédé [préconisé par Pappazoglou (1) dans sa thèse]. — Cet auteur, ayant remarqué que, *à titre égal*, les solutions aqueuses et celles où l'alcool intervenait comme dissolvant préalable tachaient les téguments d'une façon fort inégale, avait préconisé les solutions mères alcooliques diluées dans le volume d'eau nécessaire au moment de l'application du pansement. Et de fait, un simple lavage des mains au savon noir ne laisse dans ces conditions aux mains de l'opérateur qu'une coloration peu appréciable. Mais on peut se demander si le pansement picriqué est alors aussi efficace, puisque l'imbibition des tissus paraît moins complète : nous avons déjà plus haut émis ce doute.

Nous avons eu connaissance de deux procédés qui nous ont séduit dès l'abord, et après contrôle, nous pouvons affirmer leur efficacité : nous voulons les faire connaître pour qu'ils soient définitivement adoptés, car ils réalisent actuellement un desideratum important de la technique du pansement picriqué. Ce sont les suivants :

Quatrième procédé [docteur Prieur, de Besançon (2)]. — « Pour faire disparaître la coloration en quelques minutes, il suffit de se laver les mains (en les frottant l'une contre l'autre) jusqu'à ce qu'elle ait entièrement disparu, dans une solution saturée de carbonate de lithine, qui sera, au besoin, renouvelée deux ou trois fois. Cette solution, alcaline et non caustique, fait en même temps l'office de savon, assouplit et adoucit la peau. On la prépare, au moment de s'en servir, en jetant une ou deux pincées de carbonate de lithine dans un bol d'eau ordinaire.

Le carbonate de lithine est si léger, si peu soluble dans l'eau, il en faut une si petite quantité pour préparer la quantité de solution nécessaire au lavage des mains, que malgré son prix assez élevé, la décoloration de la peau par ce moyen revient à très bon marché.

N. B. — L'emploi du carbonate de lithine a été indiqué voilà deux ou trois ans, par Jelinkz (de Prague), pour la décoloration rapide des pièces histologiques traitées par l'acide picrique ou par les mélanges dans la composition desquels entre cet acide. On ajoute quelques pincées de carbonate de lithine en poudre ou bien un peu de solution aqueuse saturée à l'alcool dans lequel passent ces pièces au sortir de l'acide picrique. Pour arriver au même résultat sans la lithine, il faut beaucoup de temps et une grande perte d'alcool. »

On ne saurait comparer la simplicité de ce procédé au désagrément de la décoloration par le bisulfite des mains immergées dans le permanganate de potasse.

Cinquième procédé. — Il nous a été indiqué par M. le docteur Labadie-Lagrave (1), médecin des hôpitaux.

Il consiste à brosser les mains avec un mélange d'ammoniaque et d'eau en proportions variables, suivant l'intensité de la coloration. Un savonnage au savon noir complète la décoloration qui *est absolue*.

Quelques essais nous ont permis de nous rendre compte que ces deux derniers procédés sont d'une *efficacité complète*, et dans le service de consultation externe de la Pitié, où les pansements picriqués sont nombreux, les élèves chargés de ces pansements ont recours avec succès soit au carbonate de lithine, soit à l'ammoniaque ; pour ma part, je crois que la décoloration par l'ammoniaque étendue d'eau est peut-être plus rapide, mais l'un et l'autre donnent, en définitive, des résultats parfaits.

Voilà donc supprimée, de cette façon, une des plus importantes objections que l'on ait pu faire au pansement picriqué, qui devient ainsi beaucoup moins désagréable pour le chirurgien que les pansements ordinaires par les antiseptiques, dont l'odeur persistante s'attache aux vêtements et aux mains, sans qu'il soit facile d'y remédier.

Enfin, d'après l'interne en pharmacie de M. Richelot, que nous avons l'honneur de suppléer actuellement dans son service à l'hôpital Saint-Louis, toute base ou sel basique est susceptible de décolorer les mains au même titre que l'ammoniaque ou le carbonate de lithine, et il indique le borate de soude comme facile à se procurer, à dissoudre, et d'un prix de revient tout à fait minime. Notre conviction sur ce point n'est pas encore établie, et nous mentionnons le fait à titre de simple indication.

IV

Traitement des érythèmes médicamenteux par les solutions d'acide picrique. — Parmi les antiseptiques les plus communément usités en chirurgie, il en est peu qui ne puissent produire, à un moment donné et dans certaines conditions encore peu déterminées, des accidents d'érythème localisé le plus souvent, parfois pourtant généralisé.

Les *applications mercurielles*, compresses imbibées de solution de sublimé à 1 p. 1000, le bain permanent dans la même solution, les onctions d'onguent napolitain provoquent souvent ces poussées vésiculeuses qui sont pour ainsi dire caractéristiques et où une large tache d'érythème humide apparaît parsemée de petites vésicules miliaires à contenu purulent.

L'*acide phénique* a depuis longtemps été classé au nombre des agents érythémogènes, mais de tous les antiseptiques, je ne crois pas qu'il y en ait qui produisent plus souvent ces accidents que l'*iodoforme* et le *salol*. En dehors même d'idiosyncrasies spéciales, on ne peut nier que l'érythème iodoformique soit d'une incontestable fréquence, et nous avons pu récemment encore, dans les diverses consultations dont nous avons été chargé (Charité, Pitié), en observer un nombre de cas dont la fréquence même nous a étonné.

Et chose curieuse, si, pour obvier à pareil accident, le chirurgien remplace l'iodoforme par le salol, il s'expose

(1) Pappazoglou. Th. de Paris, 1896.
(2) Prieur. Extrait de la *Médecine mod.*, 1897.

(1) Communication orale.

non seulement à aggraver la situation, mais même encore à voir éclater des accidents dans des cas où l'iodoforme n'en eût pas produit.

S'il nous fallait ranger par ordre ascendant les diverses gazes antiseptiques, nous les classerions volontiers ainsi :

Gaze au sublimé;
Gaze phéniquée;
Gaze iodoformée;
Gaze salolée,

Celle-ci provoquant le maximum d'accidents : moins que la poudre salolée cependant.

Il n'est pas jusqu'à des antiseptiques anodins, presque inertes, auxquels on n'ait pu attribuer des accidents de ce genre : l'acide borique, le sous-nitrate de bismuth, l'oxyde de zinc lui-même, ont été incriminés, et de fait ils ont pu amener des accidents d'érythème, mais assez rares à la vérité et presque toujours explicables par l'état de dystrophie du membre (ulcères de jambe), ou par l'état général précaire du malade (diabète, etc.).

En est-il de même pour l'acide picrique et ce topique est-il capable de produire les accidents érythémateux observés avec la plupart des antiseptiques? Nous ne le croyons pas.

En dehors d'un cas publié par le docteur Scypiorski [de Longwy (1)], en dehors de quelques cas publiés par le médecin-major Cassedebat (2), dont nous nous réservons d'ailleurs de discuter plus tard les conclusions si peu en rapport avec ce que nous savons des pansements picriqués, il ne semble pas que ces accidents aient beaucoup attiré l'attention des chirurgiens.

Sans doute ils existent, et il ne faut pas faire de l'acide picrique la panacée universelle partout et toujours efficace, sans l'ombre d'un revers. Nous-même avons observé trois ou quatre cas d'érythème picriqué, l'un dû à un défaut de technique (ulcère pansé avec la poudre d'acide picrique), l'autre dû à une imprudence du malade (immersion de l'avant-bras prolongée), le troisième sans explication bien nette; le docteur Monthus nous a rapporté un exemple qui semble devoir être mis au passif de l'acide picrique, et M. Besnier (3) a attiré l'attention sur la possibilité des accidents.

Mais, si l'on réfléchit, d'autre part, que les pansements picriqués se font par milliers, on en déduira que les érythèmes, incontestables je le veux bien, sont incomparablement plus rares que ceux qui sont dus aux applications antiseptiques habituelles.

Je vais même plus loin : oui, sans doute, il y a des érythèmes picriqués : j'en ai observé il y a huit mois un cas rebelle à la consultation de la Charité; mais, chez ce malade vraiment prédisposé, un premier pansement à l'iodoforme, un autre au salol, un troisième au sous-nitrate de bismuth, un autre encore à l'oxyde de zinc, avaient provoqué antérieurement les mêmes poussées et l'acide picrique échoua là où avaient échoué à peu près tous les autres antiseptiques; dans tous les cas il y eut érythème, et il fallait bien plus naturellement accuser la constitution du sujet, le peu de résistance de ses tissus, que les topiques, quelques-uns insignifiants, successivement appliqués.

Je vais plus loin et je puis aujourd'hui fournir la preuve que l'érythème picriqué est non seulement beaucoup plus rare que les autres érythèmes médicamenteux, mais que les applications picriquées peuvent réprimer et faire rétrocéder une poussée d'érythème survenue à la suite de l'application d'un autre topique.

Il n'est pas de semaine où nous n'ayons l'occasion de répéter l'expérience à l'hôpital de la Pitié, où les pansements sont fort nombreux (30 à 40 par jour environ), et il est actuellement d'usage d'y traiter tous les érythèmes médicamenteux par les applications picriquées.

Est-ce à dire qu'elles réussissent dans tous les cas? Il est bien évident que, dans le nombre, il y aura toujours des cas rebelles du genre de celui que nous avons signalé, et où les tissus réagiront sous l'influence de l'acide picrique comme sous celle de tout autre topique.

Mais c'est là l'exception et, dans l'immense majorité des cas, nous avons vu les accidents s'amender en quelques jours et guérir rapidement à la suite d'une ou deux applications picriquées.

Il eût été intéressant d'étudier comparativement l'action de l'acide picrique dans les divers érythèmes : nous ne l'avons pas encore fait, mais de l'ensemble de nos observations il résulte que c'est dans le traitement des érythèmes iodoformé et salolé que l'acide picrique trouve le mieux ses indications et donne les meilleurs résultats.

D'ailleurs, sans reproduire tous les cas que nous avons pu observer et qui sont aujourd'hui au nombre d'une trentaine environ, voici quelques résumés d'observations les plus intéressantes et sur lesquels les autres peuvent se calquer pour ainsi dire, cas fort intéressants, où la guérison est obtenue en quelques jours.

Observation I (*résumée*). — X..., vingt-huit ans, est soigné à la consultation externe de la Pitié pour un furoncle de la nuque datant de huit jours. Incision du furoncle, pansement à l'iodoforme pendant deux jours. Après le deuxième pansement, vive démangeaison et, deux jours après, érythème médicamenteux très net de la région de la nuque.

Pansement à l'alcool picriqué. Deux jours après, guérison absolue des accidents erythémateux.

Obs. II (*résumée*). — X..., soixante-dix ans, soigné à la consultation de la Pitié pour un ulcère variqueux de la jambe droite. Au jour de la première consultation, érythème considérable de toute la région antéro-externe de la jambe, des malléoles au genou, à la suite de pansements salolés appliqués en ville. Traité par la solution aqueuse picriquée après badigeonnage à l'éther picriqué. Guérison en quatre jours.

Obs. III (*résumée*). — X..., trente-huit ans, boucher, est traité à la consultation quatorze jours après l'accident, pour une plaie par coup de couteau intéressant la partie moyenne du bord interne et de la face dorsale du pied droit. Un pharmacien a lavé à l'eau boriquée et pansé à l'iodoforme. La plaie est peu bourgeonnante, sanieuse, et entourée d'une plaque d'érythème très étendu avec phlyctènes (1).

Lavage du pied à l'eau carbonatée, les phlyctènes sont ouvertes, au moins les plus étendues. Bain local d'eau picriquée à saturation. Pansement à l'ouate hydrophile et compresses picriquées (15 mai). Dès le 17 mai, grande amé-

(1) Scypiorski. *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 949.
(2) Cassedebat. *Arch. de méd. milit.*, mars 1897, nos 3 et 4,
(3) Besnier. Soc. de dermatol., 10 juin 1897.

(1) Cet érythème avec phlyctènes est particulièrement justiciable des applications picriquées.

lioration et le 20 mai, sans autre pansement, guérison complète.

Obs. IV (*résumée*). — X..., âgée de vingt-trois ans, nous consulte à l'hôpital (Pitié) le 4 juin 1897. A été brûlée grièvement à la main gauche. Elle plonge sa main dans l'eau froide, puis, sur les conseils d'un pharmacien, fait une application de liniment oléo-calcaire et enfin d'encre. Aucune amélioration. Elle prend alors un bain phéniqué, et applique une poudre blanche : du salol probablement. Erythème notable. Le 4 juin, nous appliquons le pansement à l'eau picriquée : le 8 juin, l'érythème est guéri ; la brûlure est en bonne voie de cicatrisation.

Obs. V (*résumée*). — X..., trente ans. Plaies contuses multiples de la face, l'une au niveau du sourcil, l'autre dans la région temporo-malaire. Lavage au sublimé et pansement à la gaze iodoformée. Erythème formidable. Badigeonnage d'éther picriqué et pansement à l'eau picriquée renouvelé deux fois : guérison totale en cinq jours.

Obs. VI (*résumée*). — X..., cinquante-neuf ans, camelot. Anthrax du dos siégeant au niveau de l'angle spinal de l'omoplate gauche. Pansement phéniqué et pulvérisations d'eau phéniquée à 1/20, continuées pendant douze jours.

Au moment où nous voyons le malade, érythème médicamenteux très étendu de toute la région correspondante. Vésicules confluentes ; en certains points, phlyctènes. Traitement par les badigeonnages d'éther picriqué renouvelés tous les deux jours. Au troisième pansement, l'érythème est guéri.

Obs. VII (observation recueillie par M. Barozzi, interne à l'hôpital Saint-Louis). — V. G..., dix-neuf ans, soignée à l'Isolement. Entré le 30 mai 1896. Arthrodèse tibio-tarsienne pour pied-bot paralytique. Ablation de l'astragale et du scaphoïde. Sutures au fil d'argent. Section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire. Suture cutanée après drainage. Pansement à la gaze iodoformée du commerce. Ce pansement est fait, comme l'opération, le 29 juillet 1897.

Dès le second jour, la malade souffre beaucoup au niveau du cou-de-pied et du talon. A l'examen, la face dorsale du pied est fortement tuméfiée, ainsi que les orteils. On enlève l'appareil plâtré et le pansement : érythème iodoformique manifeste et intense, vastes phlyctènes.

4 août : Les phlyctènes sont confluentes : tout l'épiderme de la moitié postérieure de la plante du pied et du talon est soulevée par une vaste collection séreuse dont on évacue le liquide.

On remplace le pansement par un pansement à l'eau picriquée. *Dès le lendemain*, les lésions sont complètement sèches et la malade ne souffre plus.

Second pansement picriqué qui donne une guérison complète.

Cette malade dit avoir toujours présenté les mêmes accidents chaque fois qu'on lui a appliqué un pansement iodoformé.

Dans toutes ces observations, le prurit intense dont se plaignaient les malades a cédé très rapidement, parfois en quelques heures, au pansement picriqué.

Ajoutons enfin qu'un simple badigeonnage à l'éther picriqué constitue un procédé simple et efficace de traitement des brûlures du nez, du menton et des joues, fréquentes après la chloroformisation, et qui ne sont, en fait, qu'un mode d'érythème médicamenteux, toujours difficilement supporté par les opérés.

Ces observations sont suffisantes, nous semble-t-il, pour engager le chirurgien à contrôler nos assertions, mais la pratique d'un seul cas, et, je le répète, ils sont nombreux, suffit seule à entraîner une conviction profonde.

Avant de conclure, il y a encore lieu d'étudier un point particulier : quel est le mode de pansement picriqué le plus favorable dans le traitement des érythèmes médicamenteux ?

Il y en a deux, dont les indications précises ne sont pas encore très distinctes dans notre esprit, et qui peuvent d'ailleurs l'un et l'autre donner d'excellents résultats.

A. L'application de compresses de tarlatane imbibées de solution aqueuse d'acide picrique à saturation, ou, lorsque cela est possible, l'immersion de la partie lésée dans la même solution : on terminera le pansement par un bandage ouaté (de préférence ouate hydrophile) *sans interposition d'aucun taffetas imperméable*.

B. Le badigeonnage de la surface érythémateuse avec la solution éthérée d'acide picrique (saturation). Ce badigeonnage devra être fait en plusieurs couches et renouvelé tous les jours ou tous les deux jours. Une seule épaisseur de gaze aseptique, l'ouate hydrophile et une bande de tarlatane termineront le pansement.

Telles sont les considérations que nous livrons à l'essai des chirurgiens qui ont pu avoir à lutter contre ces érythèmes médicamenteux parfois rebelles, toujours si pénibles pour le malade.

Nous pouvons conclure :

1° Sans être exempt d'accidents légers, et dans ces cas inévitables par les autres antiseptiques, l'emploi de l'acide picrique ne provoque que rarement des poussées érythémateuses.

2° La plupart des érythèmes médicamenteux sont susceptibles de guérir en un laps de temps très restreint, sous l'influence d'applications d'eau ou d'éther picriqués à saturation.

CONGRÈS DE MOSCOU

COMMUNICATIONS

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. — M. F. Widal. « Les statistiques du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde se sont multipliées en ces derniers mois et le nombre des cas positifs s'élève déjà à plusieurs milliers. Les cas semblant faire exception à la règle sont très rares et encore la plupart d'entre eux demandent-ils à être interprétés. Ces faits seuls m'occuperont aujourd'hui. J'ai examiné le sang de 177 typhiques et dans un cas seulement la réaction a fait défaut. Lorsque les résultats fournis par l'examen du sérum ne sont pas conformes à ceux fournis par l'examen clinique, il ne faut pas oublier que c'est le séro-diagnostic qui peut avoir raison. La séro-réaction nous permet en effet de dépister parfois des formes anormales de dothiénentérie là où la clinique aurait échoué. Notre statistique étant une statistique d'étude, chaque fois que nous nous trouvions en présence d'un cas douteux, nous pratiquions l'examen bactériologique. C'est ainsi que, dans un cas seulement, celui que nous venons d'indiquer, nous avons

trouvé le séro-diagnostic en défaut; chez ce malade, la rate ponctionnée nous avait donné des cultures pures de bacilles d'Eberth.

Pour affirmer que la réaction a manqué dans un cas de dothiénentérie, il faut que l'examen du sang ait été renouvelé aussi fréquemment que possible, et l'on sait que, dans un certain nombre de statistiques publiées, cet examen n'a pu être fait qu'une seule fois chez le même malade. La réaction peut faire défaut à un premier examen et apparaître le lendemain ou les jours suivants; elle peut être retardée, aussi n'ai-je jamais cessé de répéter, qu'en présence d'un résultat négatif fourni par le sérum d'un malade suspect, il ne faut jamais négliger de répéter l'examen les jours suivants. Il faut enfin savoir, comme nous l'avons constaté avec MM. Sicard et Nobécourt, qu'un pouvoir agglutinatif relativement élevé, pendant la période d'état, peut s'abaisser dans les jours précédant la mort à un chiffre tel que le séro-diagnostic ne puisse plus être posé. Si un examen nécroscopique révèle des lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde et si le séro-diagnostic a été négatif pendant la vie, avant d'enregistrer le cas, il faut donc savoir si la réaction n'a pas été recherchée seulement dans les jours précédant la mort.

J'ai étudié près de 350 sérums non typhiques par le procédé que j'ai appelé extemporané ou instantané, en employant, pour faire la préparation, un mélange d'une partie de sérum pour dix de culture jeune, et jusqu'ici je n'ai jamais été trompé par cette proportion, en suivant strictement les règles que j'avais formulées dès le début de mes recherches, règles que ne semblent pas avoir comprises certains expérimentateurs qui m'ont suivi.

Par ce procédé, les amas sont en général visibles au microscope immédiatement ou après quelques minutes, on peut avoir intérêt à laisser la préparation reposer un quart d'heure ou une demi-heure, mais pour conclure après ce temps, il faut, comme je l'ai sans cesse répété, que les amas ne soient pas seulement caractéristiques, mais très confluents et disposés sur tous les points de la préparation, à la façon des îlots d'un archipel, de sorte qu'ils ne laissent pas le moindre doute dans l'esprit. Avec certains sérums normaux, j'ai trouvé quelquefois des pseudo-agglutinations discrètes et tardives, mais toujours incapables, dans ces conditions, d'égarer le diagnostic. Enfin, j'ai montré récemment, avec M. Sicard, comment la mensuration exacte du pouvoir agglutinatif devait servir de contre-épreuve à la première opération. Pour pratiquer cette mensuration, il faut donner aux amas le temps de se former dans les dilutions faites à la limite. Si on laisse les préparations pendant vingt-quatre heures ou davantage en chambre humide, comme l'a proposé Shéridan Delépine, on peut apprécier ainsi le degré exact du pouvoir agglutinatif. Ce procédé n'a qu'un inconvénient, celui de demander un jour d'attente, et l'on comprend la perte de temps qui en résulte, lorsqu'on est obligé de rechercher, par tâtonnements successifs, la limite du pouvoir agglutinatif. En laissant toutes les préparations reposer pendant deux heures, on obtient des résultats qui ne représentent pas la limite exacte du pouvoir, mais qui sont, en tous cas, toujours comparables entre eux. Il est bon, en tous cas, de laisser même pendant ce temps les préparations en chambre humide pour éviter la dessiccation. Si l'on fait usage d'une culture sur gélose délayée, on peut faire l'émulsion de bacilles d'Eberth dans l'eau distillée, aussi bien que dans le bouillon. Il n'en est plus de même, soit dit en passant, lorsque, dans un autre but que le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, on étudie le phénomène de l'agglutination sur des colibacilles; il est préférable de faire l'émulsion de ces microbes dans l'eau distillée. En délayant dans du bouillon les cultures sur gélose de certaines races de colibacilles, il est souvent difficile, en effet, d'éviter la formation de pseudo-agglutinations, avant même l'addition de tout sérum.

Le séro-diagnostic nous oblige à fouiller avec soin l'anamnèse des malades. Il ne faut pas seulement rechercher dans leur souvenir ou dans celui de leur entourage une fièvre typhoïde avérée, mais aussi la fièvre dite muqueuse et l'embarras gastrique fébrile. Une infection typhique fruste ayant évolué anciennement peut, en effet, par exception, avoir laissé le sang agglutinatif. L'ensemencement des organes et de la rate peut seul permettre de dépister à l'autopsie certaines infections éberthiennes. On a déjà publié plusieurs observations dans lesquelles le séro-diagnostic, fait pendant la vie, a imposé après la mort un examen bactériologique minutieux, sans lequel l'infection typhique aurait passé inaperçue, même sur la table d'amphithéâtre. M. Chiari vient de rapporter des faits semblables, il y a quelques jours, à ce même Congrès. La réaction agglutinante nous permettra, sans aucun doute, d'éclairer l'histoire encore si obscure de certaines formes atypiques de fièvre typhoïde.

Nous avons montré avec M. Nobécourt que le sérum d'un homme atteint d'une infection à colibacille était agglutinatif pour son échantillon pathogène, mais l'était peu ou point, pour d'autres échantillons de colibacilles; un sérum typhique, au contraire, impressionne à peu près de la même façon, à quelques nuances près, les divers échantillons de bacilles d'Eberth. Le séro-diagnostic peut toujours se faire avec une culture jeune d'un échantillon quelconque du bacille typhique bien avéré. On peut employer des cultures mortes additionnées de formol dans la proportion de 1 p. 150, en suivant la technique que nous avons indiquée. C'est à tort que l'on essayerait de compliquer la méthode qui doit subsister dans toute sa simplicité.

Traitement de la tuberculose par le climat. — M. ZIEMSSEN (de Munich) distingue deux formes de traitement de la tuberculose : le traitement spécifique et l'aérothérapie. Pour ce qui concerne le premier, l'auteur a employé la tuberculine de Koch sans résulat. Pour la seconde, il distingue le séjour sur les hauteurs et le séjour dans la plaine. Les deux présentent, comme avantages particuliers, l'absence de germes et de poussières, une proportion plus grande d'ozone, une pression atmosphérique moindre, moins de mouvements atmosphériques, et, par suite, moins de vent et de courants d'air, et une action plus énergique des rayons du soleil. Cependant, les fiévreux supportent mal ce climat; le voyage fatigant et l'isolement sont également difficiles à supporter. Et, d'ailleurs, la plupart des avantages que présente le séjour sur les hauteurs se rencontreraient également dans la plaine, dans les bois, si on établissait des sanatoria suivant les conseils de Brehmer, et en nombre considérable.

M. V. LEYDEN n'a pas encore obtenu de meilleurs résultats avec la nouvelle tuberculine qu'avec les autres méthodes. Néanmoins, il ne voudrait pas émettre une opinion définitive sur la valeur du nouveau remède. Cependant, il ne faut pas espérer beaucoup de succès dans la thérapeutique de la phtisie. Nous ne pouvons donc rejeter à l'arrière-plan

le traitement de la phtisie par le climat, et il est fort possible que, dans quelque temps d'ici, on trouve un spécifique de la tuberculose. Les résultats du traitement par le climat sont acquis. Le mouvement vers les sanatoria ne doit donc pas subir d'arrêt par suite de l'examen par la tuberculine. On ne doit pas attribuer un effet spécifique à toute espèce de climat. Le climat de la montagne doit toujours être préféré, parce qu'il est le plus rigoureux et fortifie mieux le corps. Enfin, on doit insister surtout sur ce fait qu'il faut guérir le malade dans le climat même qu'il doit habiter ultérieurement.

Climatothérapie de la tuberculose. — M. SENATOR (de Berlin) a employé la tuberculine dans une douzaine de cas, et il a observé dans quelques cas une aggravation des symptômes, dans d'autres l'apparition de la fièvre. On ne peut donc rien espérer de ce procédé de traitement; d'ailleurs, le traitement par le climat est excellent dans certaines circonstances. A ce point de vue, le séjour sur les hauteurs présente quelques avantages sur celui de la plaine; mais il convient plutôt à ceux qui sont soupçonnés de tuberculose, ou à ceux qui en sont au premier degré. L'hémoptysie n'empêche pas ce séjour, quand elle n'est pas considérable. L'auteur considère également le climat du bord de la mer, qui se distingue par une faible pression atmosphérique et par l'humidité, et qui convient à certaines formes de phtisie. Quant aux sanatoria, il faut en construire de petits, mais en grand nombre. Enfin, M. Senator a mis en question l'installation de sanatoria flottants sur l'eau.

Tuberculose et tuberculine. — M. KERNIG (de Saint-Pétersbourg) rend compte du traitement de neuf malades par la tuberculine. L'état de cinq d'entre eux s'est notablement aggravé à la suite de ce traitement. Son opinion est qu'il faut rejeter entièrement l'usage de la nouvelle préparation.

M. DEHIO (de Dorpat) cite les sanatoria pour tuberculose dans le nord de la Russie, où de bons résultats ont été obtenus. Il recommande d'en augmenter le nombre.

M. JAWEIN (de Saint-Pétersbourg) a vu des affections purement locales se transformer en tuberculose miliaire par suite de l'injection de la nouvelle tuberculine, tuberculose qui a rapidement amené la mort. Il est complètement revenu de l'emploi du remède.

M. GERHARDT (de Berlin). Les observations faites avec la nouvelle tuberculine ne sont pas encore assez concluantes pour pouvoir en fixer définitivement la valeur. Il ne faut donc employer ce moyen que sur la demande formelle du malade, et après que celui-ci a été mis au courant des dangers que présente son application. Les observations faites par M. Gerhardt ont été souvent négatives et quelques-unes ont eu des suites funestes. Tous les médicaments employés dans la phtisie ont complètement échoué. Ce n'est que l'air pur qui agit dans le traitement par le climat, et non par la hauteur ou la mer. Le résultat obtenu dans le sanatorium érigé auprès du lac de Grabow, près de Berlin, par la Société de la Croix-Rouge, fut que 20 p. 100 des phtisiques soumis au traitement eurent une amélioration telle que, s'ils ne furent pas guéris radicalement, ils purent au moins reprendre leurs occupations.

M. MICHAELIS (de Berlin) rend compte des recherches faites à la clinique de Leyden au sujet de la présence des bactéries dans le sang des phtisiques et des résultats de ces expériences par rapport à la diazoréaction. Dans huit cas graves sur dix, l'examen du sang permit de reconnaître des staphylocoques.

MM. VIVANT (de Monte-Carlo) et DE DOMINICIS (de Naples) ont pris part à la discussion ultérieure, et la conclusion de cette discussion a été formulée par M. ZIEMSSEN (de Munich).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Aide-Mémoire du médecin-chef des salles militaires dans les hôpitaux mixtes (1), par le docteur Charles BILLET, médecin principal de deuxième classe.

Cet « Aide-Mémoire » est appelé à faciliter le travail des médecins-chefs qui, n'étant pas secondés par un officier d'administration dans les hôpitaux mixtes, sont obligés de prévoir, souvent même d'établir, toujours de vérifier de très près par eux-mêmes, les documents que le secrétaire, mis d'une façon peu stable à leur disposition, ne connaît généralement à fond que lorsqu'il est libérable.

Les chapitres, bien déterminés, indiquent, avec détails précis et renvois aux règlements ou instructions, la conduite à tenir, les pièces et certificats à établir dans toutes les situations que comportent l'exécution du service journalier, le fonctionnement de la Commission de réforme, la vérification au premier degré de la comptabilité, le service de la Place, etc.

L' « Aide-Mémoire » rendra encore aux médecins-chefs le service de leur éviter, à chaque renouvellement de leur secrétaire, une instruction longue et minutieuse, car il sera le guide du secrétaire ou du comptable de l'hôpital, aussi bien que celui du médecin-chef lui-même.

L'ouvrage se termine par un calendrier indiquant au jour le jour les pièces à établir à date fixe, et par un tableau d'ensemble comprenant tous les documents à préparer à jour fixe ou à des époques déterminées par les circonstances, avec la destination à leur donner, la date de leur envoi et les articles des règlements ou les instructions qui les prescrivent.

Enfin, il donne un certain nombre de modèles utiles, entre autres celui d'un carnet de contrôle, qui permet aux médecins-chefs la vérification très rapide et complète de tous les documents de la comptabilité des journées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 septembre 1897, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale:

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. Oberlin, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Burlureaux, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Fournié, Gorodichze, Chalufour, Donnet, Bourdais, Chenu, Dayot, Gaillardie, Dolbeau, Bergeron, Ouvry, Brodier, Ayasse, Dudouyt, Giresse, Hinglais, Gautier, Engelhardt, Bouquet, Bès, Daleine, Delannoise, Lemasle, Chaumier, Marson, Meslier, Allemand, Apert, Blondel, Hérard, Jacqueau, Grangier, Sautieux, Jourdan, Lahonda, Claude, Marion, Guilleminot, Dujon, Auzias, Cortyl, Enouf, Bibard, Curie, Bossan, Moracchini, de Bourdineau, Cornet, Arrault, Cairel, Trogneux,

(1) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Bories, Cabanes, Graille, Boudeau, Legendre, Ramond, Orlowski, Sainz, Choyau, Aulès, Bensa, Maffre, Judet de la Combe, Caminade, Marty, Destribats, Bouveyron, Beaudranc, Philbert, Guillemaut, Pechin, Monnet, Baderot, Hernette, Murat, Dreyer-Dufer, Baruk, Dubos, Oberthur, Delaunay, Gros, Veau, Delguel, Dreyfus, Reniez, Patry, Berbineau, Carret, Baudouin, Péronnet.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Gastinel, Tournier, Klein, Faure-Miller, Boniface, Gellé.

— Par décret, en date du 7 septembre 1897, sont nommés dans le cadre du corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Berthier, médecin-major de deuxième classe au 110e d'infanterie, en remplacement de M. Lamps, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Ausset, médecin aide-major de première classe hors cadre, en remplacement de M. Berthier, promu; maintenu dans sa position actuelle; — Barré, médecin aide-major de première classe au 73e d'infanterie, en remplacement de M. Ausset, mis hors cadre; maintenu à son poste actuel.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— *de potasse*	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— *de chaux*	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— *de magnésie*	0.120		0.750	0.900	0.672
— *fer et mang.*	0.006	0.024	0.010	0 010	0.029
Chlorure de sodium	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; —***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; —***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / *Arséniate* » / *Phosphate* » / *Sulfate* »	*Sesqui-oxyde de fer*	0.44
— *de chaux*		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

QUINIUM ROY
TONIQUE **Granulé** FÉBRIFUGE

MAGNÉSIE ROY
A. ROY, Ph^ien de 1re Classe, PARIS-Auteuil, et Ph^ies.

MALADIES DE POITRINE
AMÉLIORATION CERTAINE par les
SIROPS DU Dr CHURCHILL
A L'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE OU DE CHAUX
Pr. : 4 f. Pharm. SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

ANTIPYRINE
DU DOCTEUR KNORR
Fabriquée à CREIL (Oise).
Spécifique certain des MIGRAINES et NÉVRALGIES
Pour garantie, exiger dans toutes les pharmac. les **Véritables Cachets d'Antipyrine** du **Dr Knorr,** préparés par LECERF, pharmacien.
Vente gros: Garnier fils et Lecerf, 56, R. Fr.-Bourgeois, Paris.
Cachets de 1 gr. 0f30; 0g.50, 0f20.
Exiger sur chaque Cachet Marque et Signature ci-contre : Dr Knorr.

CACHETS DIGESTIFS MOURRUT
DE PEPSINE ET DIASTASE PURES
Les **CACHETS MOURRUT** sont le meilleur mode d'administration de la Pepsine et de la Diastase. « Insolubles dans l'alcool qui les précipite de leur dissolution dans l'eau, ces deux ferments digestifs ne doivent pas être administrés dans un liquide alcoolique — vin ou élixir. » (BOUCHARDAT. *Annuaire*, 1880, p. 138; ACADÉMIE DE MÉDECINE, 12 août 1879.)
Ph^ie FOURNIER, 39, r. de Clichy, Paris.



Seule liqueur concentrée
BALSAMIQUE ANTISEPTIQUE
donnant instantanément l'*eau de goudron du Codex*
(Deux cuillerées par litre)
MALADIES DE LA PEAU
Voies respiratoires
Voies urinaires
Diathèse furonculeuse
ÉPIDÉMIES
Le flac. **1 fr. 50**, rue de Rennes, 105, PARIS, *et dans les pharmacies.*

Elixir laxatif contre la **CONSTIPATION**
agréable à prendre
CASCARA LIQUIDE **ALEXANDRE**
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
0g.50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
19, Rue des Mathurins, PARIS

TERPINE-COCA MARIANI
Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. [illegible] cuillerées par jour. Boul. Haussmann, 41, Paris et Pharm.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.
GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF
Approuvés par la haute Commission du Codex.
Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

CAPSULES — SOLUTIONS
GAIACOL IODOFORMÉ
GAIACOL EUCALYPTOL IODOFORMÉ
ANTISEPTIQUES PRÉCIEUX DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
SÉRAFON
dans les **BRONCHITES aiguës** et **chroniques**, la **Dilatation des Bronches** et la **Bronchorrée** les **CAPSULES SÉRAFON** *amènent la Guérison, Déssèchent les Bronches et font disparaître la Fétidité des Crachats.*
dans la **TUBERCULOSE PULMONAIRE** et la **Pleurésie** d'origine Tuberculeuse les **SOLUTIONS SÉRAFON,** en Injections hypodermiques, *arrêtent sûrement l'évolution de la maladie et peuvent amener la Guérison au 1er et 2e degré.*
Pharm. SÉRAFON, Bordeaux et toutes Pharm. — Gros : M^on ADRIAN et Cie, 9, Rue de la Perle, Paris.

HÉMORRHAGIES — **DRAGÉES CARBONEL** — LYMPHATISME
AU PERCHLORURE DE FER PUR
ANÉMIE — Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°. Le Flacon : 4 francs. — CHLOROSE

PILULES DE SURINAM DÉJARDIN
(QUASSINE, MALTINE et LUPULINE PURE)
TONI-DIGESTIVES, LAXATIVES ET NÉVROSTHÉNIQUES
Toujours efficaces contre : **DYSPEPSIES MIGRAINES CONSTIPATION**
De 1 à 4 par jour. — 1 à 2, prises, le soir, en se couchant, confèrent un sommeil **calme** et **sans cauchemars.** L'effet désiré est obtenu, le lendemain, sans occasionner **la moindre colique.**
E. DÉJARDIN, Ph^en-Chimiste de 1re Cl., 109, Bd Haussmann.
M^on DE L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur DUPLAY.

Maladie kystique du rein.

(Leçon clinique recueillie par M. le docteur CLADO.)

I

La malade qui fera l'objet de cette Leçon nous offre un type clinique complet de l'affection désignée sous le nom de *maladie kystique du rein* ou *gros rein polykystique*, affection qui paraît extrêmement rare ou qui, du moins, a été très rarement reconnue pendant la vie.

Cette femme, âgée de quarante-huit ans, exerçant la profession de cuisinière, est entrée à l'hôpital le 25 avril, et est couchée au n° 4 de la salle Notre-Dame.

Je me contenterai de vous rappeler brièvement ses antécédents héréditaires et personnels, car ils ne présentent aucun intérêt, relativement à sa maladie actuelle. Son père a succombé, à l'âge de trente-sept ans, à une affection aiguë du poumon. Sa mère est morte à soixante et un ans, de bronchite emphysémateuse. Elle a trois frères et une sœur qui sont bien portants, mais elle a perdu une sœur, âgée de quarante et un ans, de phtisie pulmonaire. Enfin, son mari est également mort phtisique, à quarante et un ans.

La malade n'a eu, pendant son enfance, aucune autre maladie qu'une fièvre typhoïde, à l'âge de huit ans. Réglée à quatorze ans normalement, elle s'est mariée à vingt-quatre, et un an après elle a eu un enfant qui a succombé quatorze jours après sa naissance, de diarrhée infantile verte. Si j'ajoute que, depuis, elle a fait une fausse couche, j'aurai terminé ce qui a trait à ses antécédents.

La malade, d'un tempérament nerveux, souffre fréquemment de migraines et est sujette à des crises de larmes, à des accès de colère, etc. Depuis plusieurs années déjà elle a de mauvaises digestions ; à la moindre fatigue, elle souffre de crises gastriques se renouvelant fréquemment, caractérisées surtout par des vomissements muqueux ou bilieux. Cet état des voies digestives peut être attribué à un léger degré d'alcoolisme professionnel — la malade est cuisinière — mais, comme nous allons le voir bientôt, il peut aussi être en rapport direct avec l'affection rénale dont elle est atteinte.

Les premiers symptômes de la maladie actuelle remontent à seize ans, et semblent s'être manifestés à l'occasion d'un effort. Un jour, ayant voulu soulever son beau-père qui est paraplégique, elle éprouva dans le flanc droit une sensation anormale, qu'elle définit en disant qu'elle a senti « comme si quelque chose se décrochait ». En même temps que cette sensation, elle ressentit des douleurs lombaires irradiant vers l'aine droite. Tous ces symptômes ont disparu rapidement, pour revenir au bout de trois jours, à la suite d'un effort insignifiant. Elle allait au marché en portant un panier à provisions, lorsque les mêmes phénomènes, mais beaucoup plus accusés, se manifestèrent de nouveau. La douleur, cette fois, fut tellement vive qu'elle s'accompagna d'un degré très prononcé de faiblesse et même d'un état syncopal. Une de ses voisine eut l'idée de lui serrer le ventre avec une serviette, et, grâce à cette forte compression, la malade put rentrer chez elle, mais elle fut obligée de s'aliter immédiatement.

Un médecin, consulté le jour même, aurait constaté une pointe de hernie et conseilla le port d'une ceinture avec pelote antéro-latérale. Ce diagnostic me paraît contestable, car nous ne trouvons actuellement aucune trace de cette prétendue hernie. Quoi qu'il en soit, à la suite du port de cette ceinture, auquel elle s'était astreinte nuit et jour, l'état de la malade s'améliora graduellement, et, au bout de deux ans, les douleurs lombaires et abdominales avaient complètement disparu. La malade, ainsi rétablie, quitte son bandage et peut se livrer sans souffrir à des occupations ne nécessitant pas de grands efforts. Remarquons qu'à cette époque, bien que très maigre, elle n'avait jamais remarqué aucune tuméfaction anormale du côté du ventre. Peu à peu cependant, elle prit de l'embonpoint, son ventre grossit sans se déformer, et des varices ont apparu, d'abord à la jambe droite, puis à la jambe gauche, s'accompagnant de crampes dans les mollets.

En 1891, c'est-à-dire il y a six ans, la malade éprouva un vif chagrin par suite de la mort de son mari, et du même coup, sa position sociale qui jusque-là avait été assez aisée se trouva profondément modifiée, en sorte qu'elle se vit dans l'obligation de travailler pour vivre. Elle quitta Lyon,

qu'elle avait habité jusqu'à cette époque, et vint à Paris pour exercer la profession de cuisinière.

Sous l'influence des privations, des préoccupations morales et surtout des fatigues de sa nouvelle existence, elle est bientôt reprise de douleurs lombaires, qui se manifestent sous forme de crises et qui nécessitent, à plusieurs reprises, le repos au lit.

En 1894, la malade entre à l'hôpital de la Pitié, où l'on diagnostique la ptose du rein droit, et l'on conseille la néphropexie. Cependant, comme après six semaines de repos les douleurs ont de nouveau disparu, la malade sort de l'hôpital sans avoir subi l'opération projetée. Notons qu'à cette époque, il y a juste trois ans, le volume du ventre était déjà ce qu'il est aujourd'hui. Bien que le repos à l'hôpital eût amélioré l'état de la malade, cependant, sous l'influence de la fatigue ou des efforts — par exemple, pour soulever un fardeau — les douleurs revenaient avec la même forme et la même localisation. Enfin, pour terminer ce long récit, je signalerai l'apparition de la ménopause — en 1895 — accompagnée de pertes de sang assez abondantes.

Les dernières manifestations morbides qui ont conduit la malade dans mon service remontent à un mois — 9 avril 1897 — et se sont montrées, comme au début, à la suite d'un effort. Elle aidait un homme à charger un sac sur son épaule, lorsqu'elle éprouva cette même sensation qu'il y a seize ans « de quelque chose qui se décrochait dans le côté droit du ventre ». Les douleurs lombaires se sont de nouveau manifestées, irradiant dans le membre inférieur droit, qui, du reste, était resté œdématié et variqueux depuis fort longtemps, ainsi que je vous l'ai dit il y a un instant.

Si nous procédons à l'examen de la malade, nous relevons les symptômes suivants :

Le ventre est très volumineux, mais cet excès de volume est dû principalement à l'épaisseur considérable du pannicule adipeux sous-cutané, lequel peut être évalué à environ 10 centimètres d'épaisseur. Abstraction faite de cette couche adipeuse, il semble que la cavité abdominale ne soit pas notablement distendue. A la surface de la peau, on remarque quelques veines sous-cutanées dilatées, surtout du côté droit.

La palpation est, on le conçoit, rendue très malaisée par l'épaisseur de la couche graisseuse sous-cutanée; en outre, la contraction très énergique des muscles abdominaux oppose un obstacle sérieux à ces manœuvres d'exploration. Malgré ces difficultés, on peut constater très nettement la présence d'une tumeur assez dure et vaguement globuleuse, et dont la surface semble confusément lobée. Cette tumeur, assez nettement circonscrite, paraît être un peu plus volumineuse qu'une tête de fœtus à terme. Ses rapports avec les parties voisines sont les suivants : en avant, elle ne dépasse pas la ligne médiane de l'abdomen ; en arrière, elle se perd dans la fosse lombaire ; en haut, elle est séparée du foie par un sillon qui permet d'insinuer les doigts au-dessous de la glande hépatique, et par une zone de sonorité manifeste à la percussion ; en bas enfin, elle s'avance jusqu'à l'enceinte pelvienne, sans toutefois arriver dans la fosse iliaque même.

Il existe un peu de mobilité latérale, et aussi de haut en bas. La constatation du ballottement rénal a pu être faite, quoique difficilement. Comme on doit le faire en pareil cas, la mobilité et les déplacements de la tumeur, sous l'influence de la position, a été recherchée, non seulement dans le décubitus latéral et dorsal, mais aussi dans la position génu-pectorale. Dans toutes ces positions, la mobilité, quoique obscure, a pu être démontrée. De plus, nous avons pu faire une constatation très importante au point de vue du diagnostic, c'est la présence d'un prolongement dépendant de la tumeur, qui vient se perdre dans la fosse lombaire et y fait adhérer cette tumeur.

En avant et en dedans de la tumeur, il existe une zone de sonorité superficielle qui indique la présence au-devant d'elle d'une anse intestinale qui la sépare de la paroi abdominale. Il existe enfin de la matité profonde se continuant jusque dans la fosse lombaire.

L'état général de la malade est très satisfaisant. Elle jouit d'un embonpoint assez notable et j'ai déjà indiqué la surcharge graisseuse de son abdomen. Nous avons découvert chez elle, en outre, une série de manifestations arthritiques, telles que des douleurs et des craquements dans le genou droit, un œdème du membre inférieur du même côté, dû à des varices, enfin des varicosités de la peau du visage, qui est très coloré. Cet état de la face peut être attribué, du reste, à un léger degré d'alcoolisme. Aux troubles digestifs dont il a été question tout à l'heure, nous devons ajouter certaines modifications importantes dans les fonctions des organes urinaires.

Depuis l'entrée de la malade dans mon service, nous avons remarqué chez elle une polyurie notable. La quantité des urines, émises dans les vingt-quatre heures, varie entre deux litres et demi et trois litres et demi. Elles excèdent, comme vous voyez, de un à deux litres le taux physiologique. L'examen chimique et microscopique des urines a été fait avec soin. Les urines sont troubles, mais laissent un dépôt peu abondant, dans lequel le microscope décèle des globules blancs et des cellules épithéliales de la vessie. Elles ne contiennent pas de sucre, mais une petite quantité d'albumine, due vraisemblablement aux globules blancs; à part ces troubles digestifs et urinaires, les autres fonctions paraissent normales.

Enfin pour en finir avec l'examen général de la malade, j'ajouterai qu'elle n'a pas de fièvre et que sa température prise matin et soir n'a jamais dépassé 37 degrés.

Avec les seuls renseignements que nous a fournis l'exploration faite dans les conditions si défavorables que j'ai pris le soin de vous signaler, il serait fort difficile d'établir un diagnostic complet et de déterminer avec certitude la nature de la maladie. Aussi, comme on ne doit jamais manquer de faire en pareil cas, nous avons eu recours au sommeil chloroformique qui nous a permis de contrôler les résultats de l'investigation clinique faite à l'état de veille et de recueillir de nouvelles notions d'une grande importance. Toutefois, avant de vous exposer les résultats de l'exploration pendant le sommeil artificiel, et dans un but purement didactique, je vais essayer de vous montrer jusqu'à quel point nous avons pu nous avancer dans la voie du diagnostic, en nous aidant uniquement des notions que je viens d'exposer.

L'exploration nous a montré l'existence d'une tumeur siégeant dans le flanc droit, le flanc gauche paraissant libre. Quel est le siège anatomique de cette tumeur? C'est la première question que nous devons tout d'abord tenter de résoudre et chez la femme, en présence d'une tumeur abdominale, il nous faudra immédiatement rechercher si cette tumeur ne prend pas son origine du côté du bassin ou n'a pas pour point de départ l'utérus ou les annexes.

Chez notre malade, la palpation et la percussion nous ont montré que la tumeur n'arrivait pas jusqu'au contact de la fosse iliaque, en d'autres termes, qu'elle était libre par en

bas. Le toucher vaginal et le toucher rectal permettent de contrôler les résultats de la palpation et de la percussion et de reconnaître l'indépendance absolue de l'utérus ou des annexes. Il s'agit donc bien d'une tumeur abdominale et non pelvienne. Ce premier point établi, il reste à déterminer quel en est le point de départ. Le siège de la tumeur, qui est franchement latérale et dont la plus grande partie est logée dans le flanc droit, nous permet d'éliminer les tumeurs du mésentère ou de l'épiploon qui sont plus ou moins médianes, et à plus forte raison les tumeurs de la rate qui partent du flanc gauche. J'en dirai autant des tumeurs de l'estomac, du pancréas et de la plus grande partie de l'intestin gros ou grêle, tumeurs qui ne viennent jamais s'insinuer dans la profondeur du flanc, comme le fait celle que nous étudions actuellement. Enfin, sauf les tumeurs du pancréas, toutes celles que je viens de citer jouissent, en général, d'une remarquable mobilité, ce qui n'est pas le cas chez notre malade.

Nous sommes donc conduit à admettre, d'après la localisation de la tumeur du côté droit, que nous ne pouvons avoir affaire qu'à une tumeur du côlon ascendant, du foie ou du rein droit. En ce qui concerne les néoplasmes du côlon ascendant, on ne saurait y songer, si l'on se rappelle qu'au-devant de la tumeur, nous avons constaté la présence de cette portion de l'intestin. Il ne reste donc plus qu'à discuter l'hypothèse d'une tumeur du foie ou d'une tumeur du rein droit.

Le foie doit être mis hors de cause pour les raisons suivantes : d'abord, par la percussion, le foie ne paraît pas augmenté de volume ni en haut, ni sur les côtés, ni à sa partie inférieure. On peut insinuer les doigts au-dessous des fausses côtes, sans constater que le bord inférieur du foie les déborde. De plus, la percussion révèle au pourtour du foie une zone de sonorité qui est interposée entre cet organe et la tumeur. Enfin, si vous recommandez à la malade de faire de grandes inspirations, la tumeur ne subit aucun mouvement et vous savez que les tumeurs qui se développent aux dépens du foie présentent ce caractère de suivre les mouvements respiratoires, c'est-à-dire de s'élever et de s'abaisser avec le diaphragme pendant l'expiration et l'inspiration. Or, je le répète, chez notre malade, la tumeur reste immobile pendant les mouvements de la respiration. J'ajouterai encore, contre l'idée d'une tumeur du foie, qu'il n'existe aucun trouble fonctionnel d'origine hépatique, que la malade n'a jamais eu d'ictère et que ses urines ne contiennent pas de pigment biliaire. Ainsi donc, nous arrivons par exclusions et par éliminations successives à conclure en faveur d'une tumeur du rein droit, ou tout au moins d'une tumeur de la région rénale droite.

Ce diagnostic est encore confirmé par une série de signes qui sont considérés comme propres aux néoplasmes de la fosse lombaire ou du rein. L'examen direct nous a fourni, en effet, les notions suivantes : 1° la tumeur est recouverte par le côlon ascendant ; 2° elle donne lieu à la sensation de ballottement, ainsi que la palpation bi-manuelle le fait reconnaître ; 3° malgré les mouvements qu'on peut lui imprimer, il est de toute évidence que cette tumeur reste fixée, par sa partie profonde, au fond de la région lombaire ; 4° enfin, il existe des troubles fonctionnels d'origine rénale, révélés par la polyurie, 2 litres et demi à 3 litres et demi d'urine par jour, et la présence dans ces urines d'un peu d'albumine et de globules du pus. *(A suivre.)*

DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

D'ORIGINE TUBERCULEUSE CHEZ L'ENFANT

Par M. le docteur Paul DELTHIL.

Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique s'impose dans bien des cas chez l'adulte, grâce à ses signes fonctionnels fréquemment confirmés par l'examen physique. Il est bien autrement difficile chez l'enfant, quoi qu'en aient dit quelques-uns. Les signes fonctionnels sont rares, les signes physiques difficiles à percevoir. On sait que l'examen du poumon lui-même est difficile chez l'enfant. D'ailleurs, comment examiner avec toute la minutie nécessaire le thorax d'un enfant somnolent, grognon, à respiration irrégulière comme le sont les méningitiques? La méthode de Rœntgen qui a été essayée pour ce diagnostic a donné des résultats encourageants, mais les cas rapportés ne sont ni assez nombreux, ni assez concluants.

La constatation de cette adénopathie permettrait peut-être dans les cas douteux de faire pencher le diagnostic vers la méningite tuberculeuse et, avant l'éclosion de cette maladie, de la prévoir, peut-être même de la prévenir par un traitement approprié.

Mais la conséquence pratique qu'on peut aujourd'hui tirer de la constatation de l'adénopathie trachéo-bronchique est une déduction prophylactique.

Trois portes d'entrée ont été surtout incriminées dans la tuberculose infantile.

1° *La voie placentaire.* — Il existe des exemples très nets de tuberculose congénitale cités par Charrin, Berti, Jacobi, Birch, Hirschfeld, Landouzy, H. Martin, Aviragnet, Sabouraud, mais c'est une rareté. L'opinion générale est aujourd'hui que l'enfant naît non pas tuberculeux, mais tuberculisable.

2° *La voie intestinale.* — Le lait a été accusé des pires méfaits. Il résulte des recherches de Nocard et Galtier (Congrès de tuberculose 1888, et Congrès d'hygiène de Londres 1891) que la mammite tuberculeuse qui peut facilement infecter le lait est rare, que, à part ce cas, le lait est rarement bacillifère, que d'ailleurs tout lait bacillifère n'est pas nécessairement infectant. Il y a nombre d'enfants nourris exclusivement au sein et cependant frappés de tuberculose ; la rareté relative du carreau prouve également le peu d'importance de cette voie de pénétration.

3° *La voie pulmonaire.* — La connaissance de cette porte d'entrée est devenue notion populaire. Nous ne citerons que le fait suivant : Une sage-femme phtisique, qui avait pour habitude de ranimer les nouveau-nés par l'insufflation de bouche à bouche, inocula la tuberculose à une série d'enfants, qui pour la plupart moururent de méningite tuberculeuse (Comby). Dans un grand nombre d'observations, nous trouvons, à côté du petit malade, la maladie qui le guettait ; la prophylaxie de la méningite se confond donc avec celle de la tuberculose.

Que le début se fasse par le poumon ou par les ganglions trachéo-bronchiques, c'est toujours par la voie respiratoire que se fait l'infection primitive, et c'est de ce côté que l'hygiéniste devra porter tous ses efforts.

PHOTOGRAPHIE DE L'IMAGE FLUOROSCOPIQUE (1)

Par M. Charles PORCHER.

En plaçant, entre un écran fluorescent au platino-cyanure de baryum et une ampoule de Crookes située du côté non actif de cet écran, un objet opaque aux rayons X, on sait que l'on obtient, lors de la fermeture du circuit, une image obscure sur un fond lumineux jaune.

Cette image visible doit impressionner la plaque sensible, puisque les rayons qui en émanent sont, en somme, des rayons lumineux ordinaires. Aussi ai-je essayé de les photographier.

Je me suis heurté tout d'abord à une première difficulté facile à vaincre. L'objectif de l'appareil étant construit avec un verre au plomb, s'opposait au passage des rayons de Röntgen : il en était de même de l'obturateur métallique sur lequel il est vissé.

Dans une première expérience, l'appareil photographique 13 × 18 est placé, au delà de l'écran évidemment, à l'intérieur de la pyramide engendrée en joignant le foyer de l'ampoule de Crookes qui en est le sommet au pourtour de l'écran, dans le champ par conséquent des rayons X, qui vont impressionner celui-ci. J'ai pu constater que toute l'énergie des rayons Röntgen n'est pas absorbée par l'excitation de la fluorescence du platino-cyanure de baryum : la plaque sensible, située à 90 centimètres de l'écran, est impressionnée, la planchette antérieure de l'appareil photographique est traversée et j'obtiens au développement l'image de l'obturateur dessiné par son contour.

Pour opposer une barrière absolue aux rayons X, voici comment j'ai alors disposé mon expérience :

La porte de la chambre noire du laboratoire est percée d'un trou dans lequel j'ai placé l'objectif de mon appareil photographique. De plus, derrière cette porte et tout autour de l'objectif, dans un rayon de 50 centimètres, j'ai cloué une lame de plomb de 3 millimètres d'épaisseur.

Ainsi, une barrière de plomb, lame métallique et objectif, met la pellicule au gélatino-bromure absolument à l'abri de l'action des rayons X.

L'image fluoroscopique n'est plus alors gênée et va seule impressionner la plaque. L'écran est placé à 57 centimètres de l'objectif, le côté actif face à celui-ci, et le foyer de l'ampoule à 3 centimètres seulement derrière lui.

Pour avoir une image fluoroscopique nette, il faut, en effet, diminuer autant que possible la distance de l'ampoule à l'écran, l'intensité de l'image à photographier en est d'autant plus augmentée. Néanmoins, cette intensité est toujours extrêmement faible, ce qui rend la mise au point pénible et le temps de pose très long (2).

Inutile de dire qu'écran, ampoule, etc., sont placés dans la chambre noire et que le trou du panneau de la porte par où passe l'objectif est parfaitement bouché.

Il y avait lieu de penser, avant d'entreprendre ces expériences, qu'on arriverait à photographier avec pose faible, en instantané peut-être, l'image fluoroscopique, ce qui serait utile en médecine vétérinaire, où il nous est difficile d'obtenir une immobilité prolongée, comme celle que nécessite la radiographie. Mais, comme il résulte de mes expériences, il faut encore attendre, car l'on ne gagne rien, ni comme temps, ni comme netteté, à vouloir photographier l'image formée sur l'écran. Cela peut être parfois impossible.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) Après un temps de pose aussi long, le platino-cyanure de baryum est en partie réduit dans une faible région autour du point qui fait face au foyer de l'ampoule. Il a pris une teinte rougeâtre, qui disparaît d'ailleurs au bout de quelques heures d'exposition à la lumière.

MÉDECINE PRATIQUE

Nouvelle méthode de traitement du cordon chez le nouveau-né.

Le traitement du cordon chez le nouveau-né, tel qu'il se pratique dans le service de M. Bar, est très simple, très sûr et mérite d'être essayé par le praticien. Il consiste essentiellement à remplacer le fil de la ligature classique par une pince hémostatique.

La pince est placée dès que les battements ne se font plus sentir dans la tige funiculaire, c'est-à-dire après que la circulation fœto-placentaire s'est arrêtée d'elle-même, ce qui, comme on sait, fait gagner au nouveau-né environ 92 grammes de sang, quantité dont il eût été privé par une ligature immédiate.

La pince est placée perpendiculairement à l'axe du cordon, immédiatement au ras de la peau de l'ombilic, afin de ne laisser en dessous de la pince qu'une quantité très petite de cordon. C'est une condition essentielle pour obtenir une rapide dessiccation. Les anneaux de la pince sont appliqués ensuite sur le ventre du nouveau-né, et on sectionne le cordon le plus près possible de la pince. Après s'être assuré que l'hémostase est obtenue, on fait un pansement à l'ouate hydrophile stérilisée, pansement qui doit entourer la pince de toutes parts et la bien séparer de la paroi abdominale. Une compresse longuette enferme le tout et l'enfant est placé dans son maillot.

La pince est enlevée au bout de vingt-quatre heures. On trouve alors que le segment du cordon qu'elle étreignait a subi des modifications très importantes. Aplati transversalement, il est devenu mince, lamelleux, transparent, parcheminé, et porte sur ses deux faces l'impression profonde des rainures de la pince. Cette lamelle cornée est enlevée d'un coup de ciseaux à la limite de la peau, et un pansement à la gaze antiseptique termine cette petite opération. Parfois, une goutte de sérosité roussâtre, qui remplissait encore la veine ombilicale, se présente après le coup de ciseaux, parfois un peu de sang rouge vient mouiller le pansement après la section du segment lamelleux ; mais tout se borne là.

Après la section de la lamelle cornée, il reste dans la cicatrice ombilicale un petit moignon souvent déjà desséché, qui tombe lui-même vers le quatrième ou le cinquième jour après la naissance, laissant après lui, dans un grand nombre de cas, une petite ulcération rougeâtre, facile à apercevoir en écartant les lèvres du bourrelet ombilical, et qui s'infecterait facilement si on ne prenait soin de continuer les pansements antiseptiques, jusqu'à cicatrisation complète. Les pansements, fréquemment souillés par l'urine et les matières fécales, doivent être remplacés deux fois par jour, au moins, et toutes les fois, du reste, que les soins de propreté l'exigeront.

Tant que la cicatrisation n'est pas complète, on s'abstiendra de donner des bains à l'enfant. (*Presse méd.*)

CONGRÈS DE MOSCOU

COMMUNICATIONS

Action des rayons de Rœntgen sur la vitalité et la virulence des cultures du bacille de Koch. — MM. J. BERGONIÉ et FERRÉ (de Bordeaux) ont fait des recherches sur des

cultures sur gélose glycérinée. Dans une première expérience, on a déterminé l'action des rayons de Rœntgen sur la virulence des cultures; dans la deuxième, l'action de ces mêmes rayons sur la vitalité.

L'exposition des cultures aux rayons X a été surtout l'objet des plus grands soins; les rayons pénétraient par l'ouverture du tube fermé par un tampon de ouate et venaient directement frapper la surface ensemencée. Jamais les rayons X n'ont eu à traverser le verre afin d'atteindre les cultures.

On a inoculé un premier cobaye témoin avec la culture pure, et deux autres après l'exposition, pendant une heure, aux rayons X. Ces rayons étaient fournis par un tube Focus donnant une bonne radiographie de la main après cinq à six minutes d'exposition. De ces trois cobayes, le cobaye témoin est mort tuberculeux le 1er juillet; des deux autres, l'un est mort le 7 juillet et l'autre vit encore au 28 juillet, mais est nettement tuberculeux.

Pour examiner l'action des rayons de Rœntgen sur la vitalité du bacille de Koch, on a ensemencé chaque jour sur gélose glycérinée; la culture était soumise chaque jour également aux rayons X. Bien que certains tubes aient été ensemencés avec une culture ayant été exposée tous les jours, pendant quinze jours et pendant une heure, aux rayons de Rœntgen, les ensemencements se sont parfaitement développés et la gélose est recouverte de colonies de Koch extrêmement vivaces.

La conclusion à tirer de ces expériences est que, dans les circonstances où nous nous sommes placés, l'exposition d'une culture de tuberculose aux rayons de Rœntgen, pendant une heure, ne détruit pas la virulence de cette culture, mais elle semble en retarder l'évolution (sept jours de survie dans une expérience, près d'un mois dans l'autre). Quant à la vitalité des cultures du bacille de Koch elle ne paraît pas modifiée.

L'inoculation du sang capillaire de congénère dans la tuberculose acquise. — M. BLOCH (de Paris), dans différentes communications faites par lui à l'Académie de médecine et autres sociétés savantes de Paris, a démontré que l'inoculation du sang capillaire issu d'un congénère arthritique ou vigoureux déterminait, à la dose d'un demi à un centimètre cube, d'une part des réactions proportionnelles à l'intensité de l'infection tuberculeuse, et d'autre part des modifications thérapeutiques, en raison inverse de ces mêmes réactions. Il résulte de ces faits, envisagés systématiquement, que l'absence de phénomènes réactionnels comporte un pronostic favorable et que c'est dans la tuberculose initiale ou mieux encore dans la période prétuberculeuse que l'inoculation capillaire trouvera ses applications. Dans toutes ses recherches, il a pu adopter, à cause de la constance de ses résultats, le sang arthritique comme unité de mesure, et grâce à ce type de comparaison, il a décrit, à côté des réactions normales, un certain nombre d'autres, anormales, fausses, etc. L'inoculation alternative de plusieurs phtisiques cavitaires, avec du sang étranger d'abord et du sang de congénère ensuite, a montré à l'auteur que le pouvoir thérapeutique, une plus grande somme des faits réactionnels et l'accoutumance appartenaient au sang de congénère et permettaient d'établir une distinction bien nette entre son action et celle du sang étranger. En résumé, M. Bloch croit que l'inoculation du sang capillaire de congénère est appelée à jouer un rôle préventif considérable dans la tuberculose acquise. Une seule inoculation suffit.

Sur les cautérisations par l'air chaud, particulièrement dans les cas de lupus vulgaire. — M. HOLLANDER (de Berlin), à l'aide d'un petit appareil, fait arriver sur la peau de l'air chaud à environ 300 degrés. Outre dans les cas de tumeurs phagédéniques et d'hémostase, il a employé cette méthode surtout contre le lupus. La cautérisation de Paquelin a une action à la fois mécanique et thermique, la cautérisation par l'air chaud n'exerce qu'une action thermique. Sous l'influence de cette action, les parties de tissu saines se rétractent, s'anémient et deviennent blanches, tandis que les parties envahies par le lupus ne peuvent participer à cette rétraction, elles proéminent par conséquent et subissent le maximum de chaleur, et, tandis que le cours du sang se rétablit dans les parties saines, la nécrose envahit les parties infectées. On évite ainsi les rétractions cicatricielles des lupus de la face très étendues. L'auteur montre, d'après des photographies, les résultats favorables qu'ils a obtenus dans les cas de lupus des mains.

Nouveau procédé de néphropexie. — M. JONNESCO (de Bucharest) décrit ainsi un procédé qui lui est personnel :

« PREMIER TEMPS. — *Incision cutanée.* — On fait une incision oblique partant du bord externe de la masse sacro-lombaire en suivant, dans une étendue de 10 à 12 centimètres, le bord inférieur de la douzième côte quand celle-ci est longue, de la douzième, puis de la onzième côte quand celle-ci est courte.

Après l'incision de la peau et du tissu sous-cutané, on écarte la masse sacro-lombaire en dedans et on tombe sur le bord externe du carré des lombes quand l'incision est verticale; quand elle est oblique, ce bord reste caché sous la masse sacro-lombaire. Quelle que soit l'incision, on trouve dans la profondeur le nerf abdomino-génital, qu'on écarte ou qu'on sectionne suivant qu'il gêne ou non l'opérateur. Ensuite, on découvre la douzième côte dans toute son étendue et même une partie de la onzième quand la première est courte. On incise ensuite l'aponévrose du transverse et on procède à la recherche du rein, qu'un aide maintient dans la plaie, et après avoir réséqué une grande partie de sa capsule graisseuse, on le décortique de sa capsule fibreuse. Alors commence le deuxième temps opératoire.

DEUXIÈME TEMPS. — *Passage des fils.* — Après avoir décortiqué le rein sur toute l'étendue de son bord externe, les lèvres de la capsule fibreuse sont repliées, découvrant ainsi une petite portion des faces de l'organe; ensuite on fait un pli des lèvres de la capsule sur les deux faces antérieure et postérieure du rein, au niveau où passeront les fils à travers le parenchyme rénal, c'est-à-dire à 1 centimètre et demi du bord externe.

Avec une grande aiguille courbe, armée d'un fil double de soie tressée nº 10 ou 12, on traverse successivement la peau, les muscles de la masse sacro-lombaire, l'aponévrose profonde, la capsule fibreuse plicaturée sur la face postérieure du rein, le parenchyme rénal, la capsule plicaturée sur la face antérieure du rein, puis à travers le périoste de la douzième ou onzième côte, sur sa face externe, les muscles et la peau de la lèvre externe ou supérieure de la plaie, à 3 centimètres du bord libre de la plaie. On sectionne l'anse du fil, on retire l'aiguille, et de cette manière on a passé le premier fil suspenseur ou sangle qui suspend l'extrémité supérieure du rein.

De la même manière on passe un second fil placé à 3 ou 4 centimètres au-dessous du premier, c'est-à-dire au milieu du bord du rein, et un troisième qui traverse l'extrémité inférieure de l'organe. Tous ces fils passent par le périoste de la douzième côte. Si celle-ci est courte, un seul ou deux des fils traversent son périoste, tandis que le troisième ou même les deux derniers passent à travers le périoste de la onzième côte.

Troisième temps. — *Ligature des fils.* — Deux rouleaux de gaze stérilisée, longs de 8 à 10 centimètres, sont placés entre les extrémités des fils doubles; ceux-ci sont noués de façon que le nœud soit placé sur les tampons. On noue d'abord les extrémités des fils sur une des lèvres de la plaie, puis, en exerçant une légère traction sur les chefs opposés, on noue ces derniers par-dessus le deuxième tampon, placé dans leur anse. Il ne faut pas trop serrer les fils pour éviter autant que possible la section du tissu rénal, car il ne faut leur demander que de servir comme de simples sangles de suspension.

De cette manière, on a placé les trois anses qui suspendent le rein sans le serrer et on le maintient en contact avec les lèvres de la plaie, et avec la douzième ou même la onzième côte, le long de laquelle ou desquelles l'organe est placé.

Enfin, on ferme la plaie soit à l'aide de points séparés au crin de Florence, soit, et cela vaut mieux, par une suture intradermique au catgut fin.

Un pansement antiseptique composé de gaze et d'ouate stérilisées, le tout serré par une large bande de flanelle, est laissé en place dix jours. Au bout de ce temps, les adhérences se sont établies entre la surface parenchymateuse du rein et le périoste de la côte d'une part, et avec les tissus musculaires d'autre part. Alors, c'est-à-dire le dixième jour, les fils transrénaux sont enlevés en coupant les chefs d'un côté et tirant ensuite brusquement sur les chefs opposés. Si la réunion s'est faite par première intention, ce qui est facile à obtenir par une bonne asepsie, on applique un second pansement simplement protectif.

Le malade doit garder le repos absolu au lit, au moins pendant trois semaines, pour permettre l'organisation du tissu fibreux, qui forme les adhérences.

Dans mes dernières interventions, j'ai apporté une légère modification à mon procédé. J'ai abandonné le fil de soie pour le remplacer tout d'abord par le crin de Florence et ensuite par le fil d'argent. De plus, la façon primitive de passer les fils présentait l'inconvénient d'avoir une tendance marquée à s'écarter l'un de l'autre au moment de les nouer sur le rouleau de gaze et par là même de sectionner le tissu rénal. Pour éviter cet inconvénient possible, j'ai employé deux fils passés en U de la façon suivante : l'aiguille courbe d'Emmet traverse les tissus et le rein de la manière sus-indiquée au niveau de l'extrémité supérieure de l'organe, puis elle est armée d'un des chefs du fil d'argent qui est passé suivant le chemin parcouru par l'aiguille. Celle-ci est passée de nouveau à 1 centimètre et demi du premier trajet, armée de l'autre chef du fil, qui est ramené du même côté de la plaie. Ainsi, on passe le premier fil en U; le second est passé de la même façon à l'extrémité inférieure du rein.

Ces deux fils sont suffisants pour assurer la suspension du rein dans toute son étendue. Dans l'anse de chaque fil on place un court rouleau de gaze stérilisé, et après que les lèvres de la plaie sont affrontées par une légère traction exercée sur les chefs opposés des fils, ceux-ci sont tordus sur un rouleau de gaze interposé entre les chefs de chaque fil.

Ces fils sont retirés de la même façon que les fils de soie le dixième jour. »

Chirurgie rénale. — M. Albarran (de Paris) se bornera à de brèves indications basées sur son expérience personnelle, qui porte sur près de 100 opérations sur le rein et l'uretère.

A propos des hydronéphroses, il dit que, de tout temps, on a cité des cas guéris par la simple ponction et qu'il a vu un malade porteur d'une très grosse hydronéphrose guérie par le cathétérisme de l'uretère. Il pense que ce cathétérisme devra d'abord être essayé; si on n'obtient pas de résultat, il sera encore utile, pendant l'opération, d'avoir introduit, au préalable, une sonde dans l'uretère. On peut, en effet, sentir la sonde, trouver facilement l'uretère et déterminer le siège et la nature de l'obstacle ; si on reconnaît alors l'utilité de l'uretéro-pyélostomie, on pourra pratiquer cette opération plus facilement et plus sûrement.

En ce qui regarde les pyonéphroses, il pense qu'il ne faudra presque jamais avoir recours à la néphrectomie d'emblée. Dans un grand nombre de cas, l'état général du malade ou les lésions de l'autre rein contre-indiquent formellement cette opération, et c'est à la néphrotomie que nous devons donner la préférence. S'il devient plus tard nécessaire d'enlever le rein, la néphrectomie secondaire se fera dans de bien meilleures conditions. Il ajoute que ses observations démontrent que, dans certains cas, l'emploi de la sonde uretérale à demeure abrège beaucoup la durée des fistules consécutives à la néphrotomie.

Il ne croit pas qu'il faille respecter les fistules rénales purulentes, et, dans ces cas, il a guéri plusieurs malades par le nettoyage de la fosse lombaire ou par la néphrectomie et l'uretérectomie plus ou moins régulière. Il existe des cas très difficiles à opérer, et on peut ne pas obtenir toujours de très bons résultats; mais ce n'est pas une raison pour ne pas essayer de guérir. Il croit encore que la plupart des fistules urinaires doivent être soignées et que, puisque, après un temps plus ou moins long, ces fistules finissent, pour la plupart, par se fermer spontanément, il est logique d'essayer de rétablir le cours normal de l'urine par l'uretère. Il a démontré qu'on peut réussir avec le simple emploi de la sonde uretérale à demeure, et si ce moyen ne suffit pas, on pourra encore, suivant la disposition de la poche rénale, pratiquer l'uretérotomie, l'uretéro-pyélostomie ou, au besoin, extirper le rein.

Comme presque tous les chirurgiens, il a peu de confiance dans la néphrectomie pour les tumeurs malignes tant soit peu volumineuses, parce que la récidive est habituelle. Il est très rare d'observer les néoplasmes du rein à leur début et les cas où l'on peut opérer de petites tumeurs sont exceptionnels; pour son compte, il n'est intervenu qu'une fois pour une petite tumeur, qui était un myosarcome : la malade a guéri. En ce qui regarde les néphrectomies partielles pour les tumeurs dites adénomes, il pense qu'on s'expose à des récidives dans les seuls cas où la néphrectomie totale peut donner de bons résultats : ces adénomes sont souvent de vrais épithéliomas et il faut les traiter comme des tumeurs malignes, parce qu'il est impossible de dire par la simple inspection s'il s'agit ou non d'une tumeur maligne, et que, même avec le secours du microscope, ce diagnostic entre l'adénome et l'épithéliome est très difficile.

Il ajoute, enfin, que les adénomes du rein peuvent se généraliser avec leur structure typique : au point de vue clinique, ce sont des tumeurs malignes.

Son expérience de la tuberculose rénale l'engage à pratiquer de plus en plus la néphrectomie primitive qui donne d'excellents résultats. Dans la tuberculose, la néphrotomie est une opération palliative de nécessité destinée à combattre les accidents de rétention rénale, lorsque l'état général du malade et surtout la bilatéralité des lésions empêchent d'enlever le rein.

En ce qui regarde la néphrorraphie, l'indication opératoire existe souvent, mais il faut tenir compte des contre-indications qu'il a développées ailleurs. Il ne peut accepter les critiques adressées par M. Jonnesco au procédé de M. Guyon, car il n'a jamais employé les fils de soie, et M. Albarran assure que l'extrémité supérieure du rein fixé n'a aucune tendance à basculer. Par ses expériences sur les animaux, par des constatations de visu faites en incisant, pour des raisons différentes, la région lombaire d'anciens opérés, par une autopsie pratiquée chez une femme morte de tuberculose pulmonaire six mois après la néphropexie, il a démontré qu'il est inutile de faire la décortication de la capsule propre du rein pour avoir une fixité parfaite du rein opéré. La manœuvre de la décortication complique inutilement l'opération et augmente la sclérose du rein. Le nouveau procédé de M. Jonnesco doit donner une bonne fixation, mais il paraît avoir l'inconvénient de placer le rein opéré dans une situation qui s'éloigne trop de la normale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision, en date du 4 septembre 1897, le ministre de la Guerre a fixé à 1 046 fr. 10 le prix du trousseau qu'auront à verser les candidats admis à l'École du service de santé militaire, à la suite du concours de cette année.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sergent (de Paris).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau organisée avec le concours de la Société des voyages économiques (dimanche 19 septembre 1897).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 8 h. matin ; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 15 matin. — Départ de Fontainebleau, 10 h. 15 soir ; arrivée à Paris, 11 h. 36 soir.

Prix : 1re classe, **18** fr. ; 2e classe, **16** fr. ; 3e classe, **15** fr.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour ; 2° le transport en voiture, les repas, etc., sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de cette Compagnie, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



N° 106. — JEUDI 16 SEPTEMBRE 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 16 SEPTEMBRE 1897. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance de l'Académie annonce que les vacances vont bientôt prendre fin. Le mouvement médical augmente avec le retour des congressistes. A signaler aujourd'hui une très intéressante communication de M. Ferrand sur les délicates fonctions dévolues à la substance cérébrale. C'est là un problème ardu et délicat, bien fait pour tenter les chercheurs, mais dont la solution définitive n'est pas encore trouvée.

M. Poncet est venu à nouveau rappeler les dangers des interventions sanglantes dirigées sur la glande thyroïde elle-même, en vue d'amener la guérison du goître exophtalmique. Nos lecteurs se rappellent les brillants plaidoyers du professeur lyonnais, tant à l'Académie de médecine qu'à la Société de chirurgie.

Deux questions d'hygiène ont été également soulevées à cette séance : l'une d'un médecin militaire sur la purification rapide de l'eau destinée au soldat en campagne ; l'autre de M. Le Roy des Barres sur l'intoxication charbonnée chez les ouvriers qui travaillent les peaux ou les crins. A retenir de cette communication que les peaux provenant de France ne donnent plus l'intoxication charbonnée. Cela tient à l'inoculation pastorienne pratiquée préventivement chez les animaux et, par suite, à la disparition presque complète du charbon dans notre pays.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur DUPLAY.

Maladie kystique du rein (1).

(Leçon clinique recueillie par M. le docteur CLADO.)

II

Étant donné qu'il s'agit manifestement d'une tumeur rénale ou périrénale, nous devons nous demander quelle en est la nature ? Si on s'en tient à l'exploration simple, rendue difficile par l'épaisseur de la couche graisseuse et par la contraction des muscles de la paroi abdominale, les renseignements que nous avons obtenus sont insuffisants pour nous renseigner. La forme exacte de la tumeur et sa consistance nous échappent en grande partie.

Mais il ne suffit pas d'avoir ainsi localisé la tumeur dans le rein ou la région périrénale, il faut maintenant chercher à déterminer quelle est la nature de cette tumeur. Et ce n'est pas la partie la moins difficile de notre tâche. Je ne vous cache pas que, si l'on s'en tenait à l'exploration simple, on ne pourrait émettre que des hypothèses sans aucune certitude. En effet, l'épaisseur considérable de la couche graisseuse sous-cutanée, la contraction énergique des muscles de la paroi abdominale nous empêchent d'obtenir des renseignements suffisants. Nous ne pouvons déterminer ici la forme exacte de la tumeur, ni sa consistance ; l'état de l'autre rein reste très obscur et nous ignorons s'il est sain ou malade, quoique à un degré moindre que son congénère.

C'est en pareilles circonstances qu'apparaît toute l'utilité de l'exploration sous le sommeil chloroformique. Par les renseignements certains qu'elle permet de recueillir, elle dispense souvent de recourir à une laparotomie exploratrice, à laquelle nous aurions été sans doute conduit, en présence de l'incertitude du diagnostic. Or, comme vous allez le voir, par l'exploration sous le chloroforme, nous avons pu confirmer de la façon la plus évidente les signes que nous avions déjà constatés et en recueillir d'autres qui nous avaient échappé et qui sont venus éclairer le diagnostic de la façon la plus éclatante.

La malade étant endormie, voici les constatations que nous avons pu faire : la tumeur, d'un volume considérable, est irrégulièrement globuleuse ; sa surface est formée d'un grand nombre de lobes inégaux ; sa consistance est franchement élastique et rénitente, mais sans fluctuation nette. Elle jouit d'une assez grande mobilité de haut en bas et un peu d'arrière en avant, à tel point qu'on peut l'amener jusque dans la fosse iliaque droite et la séparer ainsi complètement de la face inférieure du foie. Mais, dans ses déplacements les plus étendus, la tumeur reste reliée à la fosse lombaire par un prolongement que l'on perçoit très nettement. J'ajoute enfin que nous avons constaté, comme à l'état de veille, la présence du côlon ascendant au-devant du néoplasme.

D'autre part, grâce au sommeil chloroformique, nous avons pu recueillir sur l'état de l'autre rein, qui auparavant

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 1029.

restait pour nous tout à fait obscur, des renseignements d'une importance capitale, au double point de vue du diagnostic de la nature du néoplasme et des indications opératoires. Nous avons trouvé, en effet, que le rein gauche était affecté d'une tumeur analogue, mais beaucoup moins développée, car elle semble présenter environ les deux tiers du volume de celle du rein droit. Cette nouvelle tumeur, tout en offrant la même consistance, la même surface lobulée que la première, est à peine mobile. D'ailleurs tous les signes physiques qu'elle présente sont moins accusés que pour la tumeur de droite.

La notion de la bilatéralité des lésions, une fois bien constatée, nous permettrait d'établir d'emblée le diagnostic de la nature de la maladie. Mais laissons de côté, pour le moment, cette notion importante fournie par l'exploration sous le chloroforme : supposons qu'elle nous ait échappé et cherchons s'il ne serait pas possible d'arriver au diagnostic en l'absence de cette constatation.

Je vous rappelle que l'exploration à l'état de veille nous a amené à conclure en faveur d'une affection rénale ou périrénale droite. Nous pouvons d'abord éliminer, sans trop de discussions, les affections inflammatoires chroniques du rein : néphrite ou pyélonéphrite. Dans ces affections, en effet, le rein n'atteint jamais un aussi grand volume et on observe toujours, pendant un laps de temps assez long, une série d'accidents généraux et locaux particuliers, tels que : fièvre, douleurs vives, coliques néphrétiques, altération des urines, etc. Seule une tumeur peut donner lieu à des symptômes comparables à ceux que présente notre malade. S'agirait-il d'une tumeur maligne, sarcome ou carcinome du rein? Dans cette affection, la tumeur peut présenter une forme lobulée, comme dans le cas présent; mais l'hémorragie, c'est-à-dire l'hématurie, est alors de règle et l'évolution morbide, qui parfois se fait avec lenteur, est le plus souvent rapide, alors que, dans le cas actuel, le début des accidents remonte à seize ans. D'autre part, avec une tumeur maligne aussi volumineuse, la santé générale serait plus ou moins profondément altérée, la malade serait amaigrie, cachectique, tandis que, au contraire, l'état général de notre malade est bon, et qu'elle jouit même d'un embonpoint notable. On ne pourrait donc pas songer, chez notre malade, à une tumeur maligne du rein.

Les tumeurs bénignes du rein, peu étudiées d'ailleurs : adénome, fibrome, myxome, ainsi que les tumeurs de l'atmosphère périrénale : fibromes, fibro-lipomes, sont tout à fait rares. Quant aux tumeurs liquides, comme l'hydronéphrose, le grand kyste du rein ou le kyste hydatique, leur consistance particulière, la sensation très nette de fluctuation qu'elles fournissent, auxquelles il faut joindre toute la série des troubles fonctionnels qui accompagnent l'hydronéphrose, permettraient de les écarter.

Nous serions ainsi conduits à penser à une dernière variété de tumeur rénale, dont les signes physiques et l'évolution lente répondent précisément à ce que nous observons chez notre malade. S'il restait encore quelque doute, la notion de bilatéralité la ferait disparaître. En effet, une tumeur bilatérale des reins n'est jamais ni un sarcome, ni un carcinome, ni aucune des tumeurs bénignes que j'ai énumérées, pas plus qu'une hydronéphrose, un grand kyste. Cette variété de tumeur du rein, dans laquelle la bilatéralité constitue un caractère presque constant, est désignée sous le nom de *gros rein polykystique* ou de *maladie kystique du rein*, par analogie avec les affections semblables qui atteignent le testicule, la mamelle et le foie.

Cette maladie était connue depuis fort longtemps au point de vue anatomique, mais elle était confondue avec les diverses variétés de kystes du rein. C'est Royer qui eut le mérite de l'en séparer et de la décrire pour la première fois. Cruvelhier l'étudia ensuite plus complètement, mais toujours au point de vue anatomo-pathologique. L'histoire clinique de la maladie kystique est de date relativement récente ; elle ne commence qu'en 1876, avec le mémoire de Laveran. Depuis cette époque, différents travaux ont vu le jour tant en France qu'à l'étranger; en même temps qu'on complète les notions sur l'anatomie pathologique et la pathogénie, on crée de toutes pièces son histoire clinique et on apprend à la diagnostiquer dans un certain nombre de cas. Parmi ces travaux, la thèse de Lejars (1888) mérite une mention spéciale et constitue la monographie la plus complète que nous possédions jusqu'à ce jour.

Les désignations de « kystes conglomérés du rein » déjà anciennes, de dégénérescence kystique du rein (Bayer), de transformation kystique (Cruvelhier), donnent une idée assez exacte de l'aspect que présente le rein malade. Vous pourrez voir au musée Dupuytren deux pièces qui peuvent servir de type à la description. Ce sont des tumeurs énormes et bosselées, comme si le rein était fortement serré par des cordons se croisant dans tous les sens.

Le rein est, en effet, transformé en une grappe de kystes globuleux de volumes divers et de coloration variant du brun foncé au jaune clair. Parfois la capsule graisseuse de l'organe est épaissie et indurée, masquant les bosselures formées par les kystes. L'affection commence toujours par la face antérieure du rein; en tous cas, la dégénérescence kystique y est constamment prédominante. Il est exceptionnel qu'un seul rein soit atteint. La lésion est bilatérale, mais prédomine toujours d'un côté. Ce caractère de bilatéralité, ainsi que je l'ai fait ressortir tout à l'heure, est d'une importance capitale; il nous a permis de poser le diagnostic chez notre malade. Le rein malade prend parfois un développement énorme. Dans un cas publié par Lichtenstein, le rein droit pesait 1505 grammes, et le rein gauche 350 grammes. Les dimensions du premier étaient de 28 centimètres de longueur sur 14 centimètres de largeur. Quant à son épaisseur, elle n'était pas inférieure à 9 centimètres.

Souvent le rein est mobile, mais fréquemment aussi il adhère à la fosse lombaire, au foie, à la rate ou au diaphragme. Je vous rappelle que chez notre malade, malgré la mobilité du rein droit, il existait une adhérence manifeste dans la profondeur de la fosse lombaire.

La forme générale du rein polykystique varie suivant la multiplicité des kystes et suivant le volume de chacun d'eux. Ordinairement, le rein est globuleux dans son ensemble.

Le volume des kystes dépend de leur nombre. Lorsqu'ils sont multiples, ils restent en général petits, mais de dimensions inégales. Dans d'autres cas plus rares, ils se fusionnent entre eux et parfois se réduisent à cinq ou six au profit de leur volume, qui devient alors considérable. Ils contiennent habituellement un liquide dont la coloration est variable; tantôt brun et noirâtre, coloré par du sang, tantôt jaunâtre, citrin et clair, ressemblant à de l'urine. On y décèle, entre autres éléments, de l'albumine et fréquemment de l'urée. Très rarement, le contenu des kystes est épais, comme une bouillie brunâtre ou un magma caséeux. Tout à fait exceptionnellement on y trouve du pus.

La paroi des kystes est tapissée par un épithélium pavi-

menteux, interrompu çà et là par des cellules cubiques. La membrane qui supporte les kystes est formée par du tissu conjonctif, et dans son épaisseur rampent des tubes urinifères aplatis et atrophiés. Mais dans les périodes avancées de la maladie, il n'existe plus trace de substance rénale proprement dite. L'état de cette substance fournissant des arguments importants à l'appui des diverses théories pathogéniques, on a beaucoup discuté sur les transformations qu'elle subit. En général, lorsque la maladie est peu avancée, tout autour des kystes, il existe un état de sclérose du parenchyme rénal, rappelant la néphrite interstitielle. Mais si on s'éloigne des kystes, le parenchyme redevient normal. Ce fait est bien démontré aujourd'hui, grâce au travail de Hommey publié en 1888.

En ce qui concerne la pathogénie du rein polykystique, trois théories principales ont été proposées et on a considéré la maladie comme étant due :

1° A la persistance à l'état latent d'une lésion congénitale;

2° A la sclérose du rein et à la formation des kystes par rétention;

3° A l'épithélioma mucoïde du rein.

1° La fréquence relative de la maladie kystique chez le fœtus constitue le principal argument en faveur de la première théorie. La malformation du rein qui donnerait naissance au kyste, serait un défaut de développement des papilles. Les calices terminés en cul-de-sac, détermineraient une rétention de l'urine sécrétée par les glomérules, d'où distension des canalicules urinifères et formation de kystes par rétention.

Bien qu'il soit difficile d'accepter cette théorie comme convenant à la pluralité des cas, cependant quelques constatations anatomiques indéniables semblent montrer qu'elle s'applique du moins à un certain nombre de faits.

2° La théorie de la sclérose se rapproche comme mécanisme de la précédente. Il s'agirait aussi de la formation de kystes par rétention, soit à la suite de la lithiase rénale, soit à la suite de la néphrite interstitielle; l'une et l'autre de ces maladies ayant pour effet d'amener la production, sur le parcours des conduits urinifères, d'un tissu scléreux qui intercepte le cours de l'urine et détermine la dilatation du canalicule en amont de l'obstacle. Mais les productions kystiques qu'on rencontre dans la néphrite interstitielle, consécutive ou non à la lithiase, sont bien différentes comme siège, comme nombre et surtout comme volume, de ce qu'on observe dans la maladie kystique du rein. Il est, au contraire, bien démontré, depuis le travail de Hommey, que dans cette dernière maladie la sclérose est secondaire au développement des kystes.

3° La théorie de la transformation épithéliomateuse du rein est généralement admise depuis les récents travaux histologiques. Cette théorie permet de rapprocher le rein polykystique d'autres affections analogues, telles que la maladie kystique du foie, du testicule et de la mamelle.

Voici en quelques mots comment l'épithélioma mucoïde du rein donne naissance aux kystes. Au début de la maladie se produit une prolifération épithéliale des tubes urinifères donnant naissance à des cordons ou des tubes épithéliaux qui pénètrent l'organe et l'infiltrent. L'épithélium des tubes néoformés subit des altérations secondaires, une sorte de dégénérescence muqueuse, aboutissant à la formation de cavités microscopiques, lesquelles, en se réunissant et se fusionnant, constituent des kystes de plus en plus grands. Je n'ai pas à insister davantage, dans un enseignement clinique, sur ces détails qui relèvent de la pathologie générale.

On sait très peu de chose sur l'étiologie du rein polykystique. C'est dans l'âge moyen qu'on le rencontre de préférence, de quarante à cinquante ans. Il est à noter, cependant, que son évolution demande un laps de temps très long. Ainsi, chez notre malade, qui est âgée de quarante-huit ans, les premières manifestations semblent remonter à seize années en arrière. On a noté, comme causes prédisposantes, le paludisme, l'arthritisme, la goutte et le rhumatisme. L'athérome est signalé dans plusieurs observations, ainsi que l'alcoolisme, qui a peut-être joué chez notre malade un certain rôle étiologique.

En clinique, la maladie se manifeste par des symptômes qui sont souvent fort obscurs. Elle peut, en effet, rester pendant très longtemps ignorée, souvent même elle passe inaperçue et constitue plus tard une trouvaille d'autopsie. Dans d'autres cas, on ne constate aucune apparence de tumeur, ou bien, si la tumeur existe, elle est à peine appréciable, et les malades se présentent avec les signes de la néphrite interstitielle. Dans ces conditions, elle évolue comme une maladie médicale, et comme telle, elle est susceptible de se terminer par l'hémorragie cérébrale ou par l'intoxication urémique. Enfin, dans une autre catégorie de faits, on a affaire à une maladie cliniquement chirurgicale, se présentant à l'observation, comme chez notre malade, sous la forme d'une véritable tumeur du rein. En résumé, cliniquement les faits se rangent en trois catégories : 1° il n'y a pas de tumeur ni symptômes révélateurs; 2° il y a apparence de tumeur accompagnée de symptômes relevant d'une maladie médicale; 3° il existe une tumeur véritable de l'un des reins et souvent des deux reins.

Pour bien se rendre compte des caractères physiques de la tumeur, il ne faudrait point hésiter à avoir recours au sommeil chloroformique, qui permet le relâchement de la paroi abdominale et qui, en cas d'adipose de cette paroi, est seul susceptible de faciliter l'exploration. Je ne reviendrai pas sur les sensations fournies par la tumeur couverte de bosselures rénitentes rarement fluctuantes, mobile ou non, etc. J'ai déjà suffisamment insisté sur ces points. Avec les caractères physiques, l'importance de la bilatéralité de la lésion devient capitale au point de vue du diagnostic. Elle permet, je vous l'ai dit, de conclure d'emblée à la maladie kystique du rein et d'éliminer la plupart des tumeurs rérales, telles que les kystes hydatiques, l'hydronéphrose, les tumeurs bénignes ou malignes, etc.

Les symptômes fonctionnels qui accompagnent la maladie kystique du rein n'ont rien de spécial, et dans certains cas même ils peuvent égarer le diagnostic. Ils se résument en douleurs lombaires, avec ou sans irradiations dans l'abdomen et les membres inférieurs, douleurs qui peuvent survenir sous forme de crises. La polyurie est observée assez fréquemment, ainsi que l'albuminurie à un faible degré. Quelquefois on rencontre aussi l'hématurie; chez notre malade, ce dernier signe manque actuellement, mais il pourra se montrer dans l'avenir. En résumé, les symptômes fonctionnels se rapprochent de ceux de la néphrite interstitielle, et le tableau clinique peut être complété, dans le rein polykystique, tout comme dans la néphrite, par l'apparition de troubles du côté du tube digestif, du côté des organes des sens, par des accidents dyspnéiques et des complications pleuro-pulmonaires, enfin par l'hémorragie cérébrale qui emporte le malade.

Le pronostic de l'affection est fatal, bien que son allure

soit essentiellement lente et chronique et qu'elle exige pour son évolution une période de plusieurs années. La mort survient le plus souvent par urémie (26 fois sur 62 cas), du fait de la destruction progressive et complète du parenchyme rénal. Parfois, la marche, au lieu de rester lente, se trouve accélérée par une cause accidentelle, comme un rhumatisme, une grossesse, un phlegmon diffus, un anthrax. La maladie, qui était assez bien tolérée jusqu'alors, se manifeste bientôt par des signes d'insuffisance rénale, autrement dit d'urémie. D'autres complications, telles que le phlegmon périnéphrétique, l'hémorragie cérébrale, la pleurésie, la pneumonie, la bronchite et la tuberculose pulmonaire, sont encore susceptibles de précipiter la marche de la maladie ou d'amener un dénouement immédiat.

Nous n'avons malheureusement à opposer à une affection aussi grave qu'un traitement palliatif, et d'ailleurs peu efficace. Aussi, malgré quelques très rares exemples (2 cas), notamment celui de Monod, de survie après une opération, je n'hésiterai pas à déconseiller l'intervention chirurgicale. En effet, en raison de la bilatéralité presque constante des lésions, l'acte opératoire est suivi de mort, soit immédiate, soit à très courte échéance.

Le traitement qui convient donc à la maladie kystique du rein est purement médical. C'est celui de la néphrite interstitielle : la diète lactée, le régime sévère, les révulsifs sur le rein, etc. Je n'ai pas besoin d'ajouter que nous avons prescrit ce même traitement à notre malade depuis son entrée dans mon service et que nous lui conseillerons de le continuer indéfiniment.

MÉDECINE PRATIQUE

Intoxication par la digitale et la caféine; indications et doses.

M. le professeur Jaccoud est un des cliniciens restés fidèles à l'infusion de digitale dans les maladies du cœur; il ne donne qu'exceptionnellement la digitaline et, en ce cas, il donne la préférence a la digitaline cristallisée.

La dose à prendre varie de 20 centigrammes à 1 gramme en vingt-quatre heures, jamais plus; encore ne donne-t-il la dose maxima qu'un seul jour et la diminue les jours suivants selon les effets produits. Jamais il ne continue plus de cinq jours de suite. Il laisse reposer le malade trois jours pleins et y revient ensuite, s'il est nécessaire. Avant d'administrer la digitale, il soumet pendant vingt-quatre heures le malade au régime lacté absolu.

M. Jaccoud appelle l'attention de ses auditeurs sur l'intoxication par la digitale et énumère les symtômes qui la révèlent d'habitude. Les premiers symptômes d'intolérance ne sont pas toujours les nausées et les vomissements, mais bien des modifications du côté du pouls et de l'excrétion urinaire. Ainsi le pouls qui était lent et fort devient fréquent et faible ; il y a d'abord diurèse abondante, puis le lendemain la quantité d'urine revient au taux primitif. Dans d'autres cas, l'intoxication se traduit au début par de l'excitation cérébrale, de l'insomnie, et des phénomènes nerveux d'ordre divers.

Dès la constatation de ces signes d'intolérance, supprimez la digitale, et, si son indication persiste, remplacez-la par la caféine à la dose de 1 gramme. Ce médicament a bien ses inconvénients, mais ils ne sont pas les mêmes que ceux de la digitaline.

Il y a trois manières de donner ce médicament, dont la dose varie de 25 centigrammes à 1gr20 en cachet ou en julep. Quand on la donne sous cette dernière forme, il faut, pour en favoriser la solution, l'associer à une quantité égale de benzoate de soude. Enfin, en cas d'intolérance gastrique, on peut l'administrer sous forme d'injections sous-cutanées, et injecter une seringue de Pravaz de la solution suivante : 4 grammes de caféine et de benzoate de soude, et 10 centimètres cubes d'eau. Chaque seringue Pravaz contient 40 centigrammes de caféine.

Notons en passant qu'on ne peut prolonger longtemps l'usage de la caféine. dont l'intoxication se produit par l'insomnie, de l'agitation et quelquefois du délire. (D'après le *Bull. méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 septembre 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATIONS

Physiologie des circonvolutions cérébrales. — Après avoir jeté un rapide coup d'œil sur l'histoire de la physiologie cérébrale, l'étude des localisations, sensitives et motrices, M. FERRAND attire l'attention sur des fonctions plus complexes, véritable élaboration cérébrale.

Les centres corticaux ont été regardés tout d'abord comme purement moteurs; puis on a distingué, parmi eux, une zone motrice, une zone sensible et aussi une zone indéterminée ou latente. Mais les centres corticaux ne sont pas seuls moteurs; les centres ganglionnaires de la base le sont aussi, à un autre titre. Et si on étudie en particulier leurs fonctions spéciales, on trouve que les centres ganglionnaires sont les centres de l'adaptation sensorielle, et les centres corticaux ceux de la représentation sensible.

De sorte que tout appareil sensoriel se compose : 1° d'un appareil périphérique attribuable à l'impression sensible, qui différencie la qualité de la sensation ; 2° d'un appareil d'adaptation qui en mesure la quantité; 3° d'un appareil d'enregistrement qui en recueille et en conserve l'image à la disposition de l'imagination et de la mémoire. Enfin les relations de ces centres entre eux nous permettent de comprendre les opérations de l'estimation et du « sensorium commune » des psychologues.

Et tout cela ce sont les opérations auxquelles il convient de réserver le nom de psychiques pour les distinguer des opérations intellectuelles proprement dites.

Danger des opérations dans le goitre exophtalmique. — M. PONCET rappelle une note présentée par lui à l'Académie en son nom et celui de M. Jaboulay (1) ainsi que la discussion qui a suivi. Il insiste à nouveau sur la bénignité et l'efficacité des opérations dirigées sur le grand sympathique. Il combat l'opinion de MM. Péan et Doyen relative à l'innocuité de la thyroïdectomie dans la maladie de Basedow.

L'opération n'est pas en effet l'acte dangereux; quel que soit le procédé employé, la mortalité opératoire est nulle ou presque nulle, si l'on n'envisage que les accidents immédiats, l'opération est à peu près sans gravité.

Mais il y a des accidents indépendants de l'opérateur et de l'opération. M. Poncet entend par là les morts brusques survenant quelques heures ou quelques jours après l'opération. Cette mort est due soit à une intoxication aiguë par les produits de la glande altérée ou à une perturbation grave dans l'innervation cardiaque.

Enfin, même en cas de guérison opératoire persistante, il faut redouter, comme conséquences de l'intervention, des

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 841.

troubles circulatoires persistants, de l'affaiblissement du cœur, et la continuation de l'exophtalmie malgré l'extirpation totale du corps tyroïde. Les statistiques les plus complètes et les plus récentes donnent 45 p. 100 de guérisons définitives, 15 à 30 p. 100 de mortalité immédiate. M. Poncet insiste sur les dangers de cette toxémie thyroïdienne, qui suit les interventions quelconques pratiquées sur le corps thyroïde des basedowiens.

Voici les conclusions auxquelles s'arrête M. Poncet, et qu'il tire de la thèse de son élève Bérard :

« Dans tous les cas de maladie de Basedow vraie, essayer d'abord des médications internes; poursuivre leur emploi, même si l'amélioration est lente, chez les sujets qui peuvent faire les sacrifices de toute nature imposés par ce traitement.

Chez les malades de la classe pauvre obligés de compter les jours, chez ceux qui vont rapidement à la cachexie ou qui présentent une récidive après une amélioration momentanée par le traitement médical, conseiller l'opération aussitôt que les troubles fonctionnels deviennent gênants pour les actes de la vie courante, avant que l'état général soit trop altéré, mais en prévenant le sujet et son entourage qu'il y a des risques à courir.

Si la tumeur est de volume moyen, l'enlever par l'énucléation massive ou par la thyroïdectomie partielle. Si elle est plus grosse et très vasculaire, donner la préférence à l'exothyropexie, malgré les chances d'insuccès peut-être plus nombreuses. On sera toujours à temps de recourir à l'excision secondaire du goitre lorsque la thrombose partielle de ses vaisseaux par l'exposition à l'air aura diminué les difficultés opératoires et les chances d'intoxication. »

Aujourd'hui M. Poncet ajoute : pour ces derniers cas de tumeur charnue volumineuse, pour les cas de maladie de Basedow sans goitre ou avec un goitre de très petit volume et avec des troubles vaso-moteurs très accentués, pour les cas, enfin, où le malade averti des dangers qu'il court après une intervention thyroïdienne, s'y refuserait, discuter la sympathectomie.

Le charbon d'origine industrielle. — M. LE ROY DES BARRES a observé en quelques années 72 cas de charbon chez des ouvriers mégissiers, criniers et des ouvrières trieuses de crins d'une usine de Saint-Denis. Il a été reconnu que jamais les peaux d'origine française n'ont été contagieuses, ce qui tient sans doute à la presque disparition du charbon dans les troupeaux français depuis l'emploi de la vaccination pastorienne; les peaux ou crins dangereux viennent de Turquie, Russie, Bulgarie et République argentine.

Les 72 observations se divisent en 67 cas de pustule maligne, siégeant presque toujours au pourtour des lèvres, et 5 cas d'œdème malin, siégeant quatre fois aux paupières et une fois à la verge. Le diagnostic a été vérifié par l'examen microscopique de la sérosité et, au besoin, par l'inoculation au cobaye. Le traitement appliqué a été les cautérisations locales au thermocautère, les injections d'eau iodée au pourtour de la pustule, l'absorption d'eau oxygénée, les inhalations d'oxygène. Ce traitement sauve le malade dans la presque totalité des cas, à condition qu'il soit appliqué d'une façon précoce. Sur 72 malades, M. Le Roy des Barres a obtenu 62 guérisons, soit une mortalité de 14 p. 100.

La morbidité est assez élevée : 57 cas sur 560 ouvriers chez les mégissiers, 15 cas sur 160 ouvriers ou ouvrières pour les criniers. La prophylaxie a donc une grande importance. Il est bien difficile de stériliser les peaux ou les crins, sans les rendre inutilisables pour l'industrie; ces produits ne peuvent supporter ni un contact prolongé avec des liquides aqueux, ni une chaleur un peu élevée, sans être complètement détériorés; les vapeurs de formol ne sont pas assez pénétrantes pour désinfecter suffisamment.

La seule prophylaxie possible paraît être, d'une part, l'extension de la méthode pastorienne dans les troupeaux; d'autre part, une surveillance rigoureuse exercée dans les ateliers pour découvrir les pustules malignes dès le jour même où elles se produisent, puisque, quand elles sont traitées dès le premier jour, la guérison est pour ainsi dire constamment la règle.

Purification de l'eau potable. — M. LAPEYRE recommande, pour la purification rapide de l'eau destinée au soldat en campagne, de la traiter par un mélange de permanganate de potasse, d'alun et de chaux, et de la filtrer ensuite sur de la laine imprégnée d'oxyde de manganèse.

La séance est levée.

CONGRÈS DE MOSCOU

COMMUNICATIONS

La médication thyroïdienne contre les états congestifs des organes génitaux féminins. — M. JOUIN (de Paris) a appliqué la médication thyroïdienne au traitement des états congestifs du pelvis et à la cure des fibromes de l'utérus.

Cette médication, d'origine française, mérite de prendre place dans la thérapeutique à côté de tous les agents décongestionnants et en particulier de l'électricité. Elle agit particulièrement de la façon la plus heureuse sur l'élément hémorragique.

Grâce à elle, on peut obtenir la guérison complète et définitive des hémorragies purement fonctionnelles, si tant est qu'il en existe, et même des hémorragies qui relèvent de lésions simples et bénignes (ménopause, flexions, versions, etc.).

Elle arrête toujours l'évolution des fibromes, en amène souvent la régression et permet d'obtenir la guérison des cas simples et soumis prématurément à cette médication.

Accidents cutanés causés par les rayons X. — MM. OUDIN, BARTHÉLEMY et DARIER. Une cinquantaine de cas de lésions dues à cette cause ont pu être réunis : c'est peu, si l'on pense au nombre absolument considérable de radiographies faites jusqu'à ce jour; c'est trop pour être passé sous silence. Deux formes ont été observées :

1° La première, lente, graduelle, chronique, atteint les opérateurs; elle occupe les doigts et les mains; la peau devient sensible, rouge, épaisse; puis elle perd son élasticité, elle s'œdématie, elle desquame; les ongles s'altèrent, s'épaississent, se décollent, se fendillent; rarement ils tombent. En prenant des précautions, en cessant de pratiquer, toute lésion peut disparaître; elle revient vite et plus facilement que la première fois.

2° La seconde, aiguë, se montre habituellement sans aucun phénomène prémonitoire, sans sensation spéciale, sans douleur, et seulement plusieurs jours, parfois huit, parfois quinze, après la séance de radiographie; cette seconde forme n'atteint que les malades. Elle va de la simple rougeur à la chute des phanères, à la desquamation, à la vésication, à l'eschare; cette eschare peut être très étendue et avoir lieu même à distance; elle est très lente à se détacher; la réparation se fait sous elle; de là son adhérence extrême; elle est indolente; elle ne diffère en rien de l'eschare habituelle au point qu'on ne saurait, par l'examen microscopique, in-

diquer que cette eschare est due aux rayons X plutôt qu'à toute autre cause.

Ces auteurs n'ont jamais eu d'accident de cet ordre ; ils ne se servent jamais de plus de six ampères et ils éloignent toujours notablement leurs sujets du tube et ne prolongent jamais les poses plus d'une demi-heure. Il est difficile de dire si c'est l'action du champ électro-statique qui est nuisible, si la lésion est d'origine centrale, trophique, nerveuse, vasculaire, par névrite ou par mécanisme vaso-moteur. Certains sujets y sont, comme pour les taches de rousseur par exemple, beaucoup plus prédisposés que certains autres.

Les débuts de la frigothérapie. — M. CORDES (de Genève). Les cent expériences qu'il a faites, avec la collaboration du docteur Chossat, dans le pavillon Raoul-Pictet, durant l'Exposition nationale suisse, l'année dernière, leur ont prouvé que l'immersion dans des puits portés à 110 degrés C. produit chez l'homme une puissante stimulation de la nutrition.

Il croit donc pouvoir conclure que la frigothérapie doit avoir un effet utile dans les maladies caractérisées par un ralentissement de la nutrition, comme l'anémie, le diabète gras, l'obésité, etc.

Des rétrécissements sous-glottiques observés à la suite du tubage. — On a signalé dans ces dernières années, depuis que l'intubation est entrée dans la pratique courante, un certain nombre de cas malheureux où cette opération fut suivie de la production d'un rétrécissement durable, chronique, du larynx.

M. BOULAY (de Paris) a eu l'occasion d'observer au laryngoscope, de suivre et de traiter plusieurs cas de ce genre et croit qu'on peut observer, à la suite du croup, deux variétés de rétrécissements sous-glottiques :

1° Les uns résultent de l'infiltration de la muqueuse sous-glottique qui, loin de se résorber, passe à l'état chronique; ils se produisent non pas à cause du tubage, mais malgré lui ; on les observe aussi bien après la trachéotomie qu'après l'intubation : ils peuvent devenir, dans ce cas, un obstacle au décanulement. Ce sont les moins graves : on en obtient parfois la guérison en quelques séances de dilatation rétrograde ou bien encore par le tubage ;

2° Les autres succèdent à des ulcérations produites par la pression du tube sur la muqueuse sous-glottique enflammée et tuméfiée. Ce sont des rétrécissements cicatriels, d'ordinaire serrés et rebelles au traitement.

Ce dernier exige une grande patience de la part de l'opérateur. La dilatation doit se faire lentement et progressivement : il faut se garder d'enlever trop hâtivement la canule trachéale, mais, au contraire, attendre, pour laisser fermer la plaie cervicale, que le rétrécissement soit fortement dilaté et que le passage des sondes dilatatrices ne provoque plus d'œdème réactionnel au niveau de la région sténosée.

Reposition mécanique de la luxation congénitale de la hanche. — M. A. LORENZ (de Vienne) a fait, jusqu'à présent, 160 fois la reposition mécanique; il n'accuse que 5 insuccès. La reposition au-dessus du rebord postérieur de la cavité cotyloïde ne se fait qu'à deux conditions préliminaires : 1° abaissement de la tête fémorale au niveau de la cavité ; 2° agrandissement de l'angle d'abduction jusqu'à 90 degrés. Ces deux actes préparatoires représentent ce que M. Lorenz appelle « mobilisation de la tête fémorale ». Pour ce qui est de la reposition proprement dite, il faudra fléchir la cuisse à angle droit sur le corps, pour amener la tête fémorale derrière le rebord cotyloïdien postérieur. On exerce alors, dans l'axe de la cuisse fléchie à angle droit perpendiculairement à l'axe du corps, une vigoureuse traction sur le fémur, et, en même temps, on lui fait exécuter un mouvement d'abduction qu'on étend jusqu'à environ 90 degrés, moment où les deux phénomènes classiques de reposition, secousse et bruit, se produisent. Au même moment, la cuisse apparaît plus longue et la tête fémorale se trouve dans le pli inguinal. Si l'on permet à la tête de se reluxer en sautant en dehors de la cavité cotyloïde, on constate les mêmes phénomènes, quoique affaiblis : les symptômes de reluxation peuvent ainsi servir à contrôler en quelque sorte la reposition.

De la lithotritie en une séance comme le meilleur mode de traitement des calculs vésicaux de grandes dimensions. — M. H. MILTON (du Caire) dit que sa communication est basée sur les résultats d'environ 550 cas de calculs vésicaux, dont plus de 100 pesaient 50 grammes et davantage. Ces grands calculs sont exposés au musée du Congrès.

La lithotritie a été le traitement appliqué dans la majorité des grands calculs, parmi lesquels il y en avait qui pesaient plus de 200, 300 et 400 grammes.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Tous les calculs, quelque grands et durs qu'ils soient, peuvent être extraits par la lithotritie en une seule séance.

2° La lithotomie périnéale ou sus-pubienne peut donner des résultats presque aussi bons que ceux obtenus par la lithotritie dans le traitement de petits calculs; mais la lithotritie est d'autant plus indiquée que le calcul est plus volumineux et que le malade est épuisé.

Valeur de la prostatectomie contre l'hypertrophie de la prostate. — M. DESNOS (de Paris). Le plus grand nombre des prostatiques ne doivent retirer aucun avantage d'une opération chirurgicale, et pour eux le cathétérisme aseptique constitue toute la thérapeutique locale. Mais quand la vessie a conservé sa contractilité et que la prostate forme un obstacle évident au niveau du col, il est indiqué d'intervenir. Deux cas se présentent alors : tantôt la prostate est augmentée de volume, en totalité ; il faut alors agir sur la masse du tissu prostatique et la castration double paraît être l'opération de choix, tout au moins le traumatisme qu'elle nécessite est de peu d'importance et elle comporte une bénignité très grande dans son pronostic.

Mais lorsque des saillies des lobes latéraux ou médians viennent faire obstacle au libre écoulement de l'urine, les conditions ne sont plus les mêmes et la castration a peu d'action sur ces petites tumeurs. Contre elles, il faut agir directement. La prostatectomie répond alors aux diverses indications. Les méthodes intra-uréthrales sont frappées d'infériorité car elles ne présentent pas une sécurité suffisante et elles ne permettent pas de bien régler l'opération. Le même reproche peut être fait à la voie périnéale, qui est toujours assez étroite et rend les manœuvres malaisées. C'est par la taille hypogastrique qu'on abordera les saillies prostatiques. La technique est essentiellement variable suivant la disposition des tumeurs : s'il existe un pédicule, une excision simple suffit quand la production est petite; mais en présence de grosses masses, il faut disséquer la muqueuse vésicale et, au-dessous d'elle, pratiquer une excision cunéiforme des masses prostatiques : la profondeur à

laquelle pénétrera cette incision sera en proportion avec le volume de la glande elle-même.

Les résultats de ces opérations sont bons, quand elles sont faites dans des conditions convenables, c'est-à-dire lorsque la vessie est suffisamment contractile et que le sujet n'est pas trop âgé; il est évident aussi que des lésions rénales anciennes contre-indiquent toute intervention. La mortalité est peu considérable. Sur 23 opérations pratiquées, l'auteur a eu 2 morts : 13 fois l'amélioration a été manifeste et la rétention a cessé ou a diminué dans une proportion considérable; les résultats n'ont pas été moins bons au point de vue de l'antisepsie de la vessie, qui a toujours été facile à réaliser, une fois le pourtour du col libéré.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 septembre 1897, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Boucher, au 148e d'infanterie; — Jagot-Lacoussière, au 25e d'artillerie; — Delamarre, au 17e d'artillerie.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 août 1897, M. le docteur Monglond, président fondateur du Comice agricole de Sornac (Corrèze), a été décoré du Mérite agricole.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Goix (de Paris), Mougeot (de Bar-sur-Aube), Seguy (de Tuchan) et Wattennes, de Bernot (Aisne).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion en Italie* organisée avec le concours de l'agence des « Voyages économiques ».

Premier itinéraire (départ de Paris le 17 septembre, retour le 3 octobre 1897) : Paris, Turin, Gênes, Pise, Florence, Bologne, Venise, Vérone, Milan, le lac de Côme, Bellagio, le lac de Lugano, Lugano, le lac des Quatre-Cantons, Lucerne, Paris.

Prix : 1re classe, 560 fr.; 2e classe, 495 fr.

Deuxième itinéraire (départ de Paris le 17 septembre, retour le 13 octobre) : Paris, Turin, Gênes, Pise, Rome, Naples, Capri, Sorrente, Pompéi, Naples, Florence, Bologne, Venise, Vérone, Milan, le lac de Côme, Bellagio, le lac de Lugano, Lugano, le lac des Quatre-Cantons, Lucerne, Paris.

Prix : 1re classe, 845 fr.; 2e classe, 750 fr.

Les prix indiqués ci-dessus comprennent : les billets de chemins de fer; le logement, la nourriture, les transports en bateaux et en voitures, etc., sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 107. — SAMEDI 18 SEPTEMBRE 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 18 SEPTEMBRE 1897. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La syphilis de l'urèthre.

Par P. Faitout,
Interne des hôpitaux de Paris.

Il semble, à considérer les faits superficiellement, que l'urèthre, si facilement vulnérable à la blennorragie et aux inflammations de toute nature, se trouve presque à l'abri des manifestations de la syphilis, sous quelque forme que se présentent ses accidents. Nous voudrions passer en revue les plus fréquemment observés, en indiquant les caractères spéciaux qu'ils sont susceptibles de revêtir dans cette région. Tout naturellement nous suivrons pour cela la chronologie des manifestations de la vérole.

Il va de soi que l'historique de la question ne peut être distingué de celui de la syphilis; nous pouvons, nous devons faire table rase de tous les travaux parus antérieurement au livre de Bassereau (1), qui établit (1852) sur des bases solides la doctrine de la dualité des chancres; déjà l'année précédente (1851) Ricord avait émis l'hypothèse, devenue bientôt une certitude, que chacun des chancres pouvait bien être le produit d'un virus spécial.

I

Accident primitif. — C'est à Astruc, à Ricord qu'on doit les premières notions sur le chancre uréthral. Ricord (2) décline dans ses lettres la priorité qu'on lui attribuait à ce sujet. Astruc (3) connaissait le chancre de l'urèthre, il en faisait même le diagnostic différentiel avec l'écoulement de la chaudepisse.

(1) Bassereau. *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, Paris 1852.
(2) Cité par Fournier, in *Leçons sur le chancre*, de Ricord.
(3) Astruc. Tome III, p. 361.

Le chancre de l'urèthre n'est point une rareté pathologique, ainsi que d'aucuns l'ont voulu dire; il est connu de tous; il suffit d'avoir assisté à quelques consultations des hôpitaux spéciaux pour en avoir observé plusieurs exemples. C'est le plus fréquent des chancres « larvés ». Cependant, il faut distinguer les chancres du méat, beaucoup plus communs, des chancres siégeant dans les parties du canal postérieures à l'orifice uréthral. Sur une statistique comprenant 1773 accidents primitifs réunis par Julien (1), cet auteur en a rencontré 89 siégeant au méat, 17 dans les parties plus profondes du canal (2).

Cette division en chancres du méat et chancres du canal proprement dit, nous amène à indiquer d'une façon plus précise leur situation.

Le chancre syphilitique de l'urèthre siège presque toujours vers sa portion antérieure, très près du méat, dans la fosse naviculaire. Certains cliniciens, parmi lesquels Mauriac, déclarent n'avoir jamais vu de chancre syphilitique plus profondément situé que la fosse naviculaire ou la portion balanique du gland. Ricord figure, dans son Iconographie (3), des lésions qu'il décrit comme des accidents primitifs, mais il n'est pas prouvé que ces lésions n'aient pas ressorti bien plutôt à la tuberculose qu'à la syphilis.

Voillemier parle aussi d'un chancre de la vessie, fort contestable également. Mais il existe des exemples plus authentiques d'ulcérations primitives profondes : Du Castel (4) a vu un chancre à deux centimètres en arrière de la fosse naviculaire. Gebert parle d'un chancre siégeant à 3 centimètres en arrière de la couronne du gland; Fleury, Albarran (5) en ont observé qui n'étaient pas situés à moins de 4 centimètres du méat; Berkeley Hill en a vu un à 7 centimètres et demi du méat.

Cette rareté du chancre uréthral profond n'a guère besoin d'explication; l'hypothèse du vide produit dans le canal immédiatement après l'éjaculation n'est plus guère admissible; s'il était prouvé que cette aspiration a lieu réelle-

(1) Julien. *Traité pratique des maladies vénériennes*, p. 572.
(2) Chez la femme, le chancre uréthral est fort rare : sur 612 femmes ayant des chancres, Lewin, à la Charité de Berlin, n'a rencontré que 6 chancres de l'urèthre. (Lewin. *Mehlhausen's Charite Annalen*, 1874, p. 625.)
(3) Ricord. *Traité complet des maladies vénériennes*, Pl. VIII.
(4) Du Castel. *Affections ulcéreuses des organes génitaux de l'homme.*
(5) Albarran. *Semaine méd.*, 31 oct. 1894, p. 489.

ment, ce serait une explication qui conviendrait à presque tous les cas; mais il n'en est pas ainsi. Les ulcérations primitives peuvent se développer profondément dans deux circonstances principales : ou bien le malade est porteur d'une lésion spécifique du méat, qui, affectant une marche serpigineuse, se propage le long du canal, comme elle le ferait dans une autre région — il s'agit alors d'un envahissement par continuité; ou bien c'est un instrument souillé, une sonde ayant servi à un syphilitique, qui apporte le virus au fond du canal : infection par contagion primitive, pourrait-on dire. Dans d'autres cas, c'est un malade présentant un écoulement dû à l'existence d'un chancre du méat ou de la portion balanique qui se cathétérise ou se fait cathétériser et se crée ainsi une nouvelle ulcération de même nature que la première. Autrement, la pathogénie du chancre profond n'est pas commode à établir en général.

Le chancre syphilitique de l'urèthre n'est pas une affection douloureuse [Du Castel (1)]; il n'est pas comparable à ce point de vue au chancre simple du canal; cependant, il est souvent le siège d'élancements plus ou moins vifs au moment de la miction; parfois le malade accuse une douleur assez localisée sur un point du canal, le plus souvent vers l'extrémité de la verge; pendant l'érection la douleur s'accroît.

Il donne ordinairement lieu à un écoulement uréthral peu abondant, mal lié, séro-purulent, qui est facilement pris pour une blennorragie à ses débuts; cet écoulement est parfois gommeux, sanieux ou rouillé, ou mêlé de filets de sang, surtout après une palpation du canal. Lilienthal (2) présentait, en 1893, à la Société de dermatologie de Berlin, un malade exactement dans ces conditions : une sécrétion séreuse et sanguinolente s'écoulait de son urèthre, de sorte qu'il était soigné pour une blennorragie; mais trois semaines après apparaissaient des accidents secondaires fort nets. Ailleurs, l'écoulement attire l'attention parce qu'il s'est montré trop longtemps après le coït, parce qu'il a eu une période d'incubation tout à fait insolite — ou parce qu'il est moins douloureux, moins abondant que l'écoulement de la chaudepisse — parce qu'il présente une anomalie quelconque ou s'accompagne d'ulcérations du méat, du gland, etc., comme il arriva chez un malade qui avait en même temps un chancre infectant de l'urèthre et un chancre mixte de la couronne du gland (3).

L'induration du chancre infectant se perçoit en saisissant l'urèthre entre le pouce et l'index, suivant son diamètre vertical; la compression verticale est insuffisante, parfois trompeuse (Julien), parce que dans ce sens les tissus offrent une résistance qui ne permettrait que bien imparfaitement d'apprécier la sensation spéciale que donne le syphilome. On a ainsi sur le trajet du canal la sensation d'un point résistant, d'une masse noueuse, d'un noyau plus ou moins dur, plus ou moins sphérique, d'une dureté cartilagineuse ou ligneuse et de volume variable. Elle peut occuper toute la portion pénienne du canal, comme dans un fait observé par Ledermann (4) : après des symptômes de blennorragie qui durèrent deux mois environ, l'urèthre fut changé jusqu'à sa racine en une masse dure prolongée en une infiltration massive qui gagna le bulbe, en même temps que se montrèrent des tuméfactions ganglionnaires, la roséole, etc.

L'infiltration est parfois très lente à se montrer. Gailleton (1) cite l'histoire d'un malade qui ne vit son chancre s'indurer qu'au trentième jour de l'ulcération, alors que la cicatrisation était sur le point de se produire. Lewin (2) remarque même que la dureté spécifique peut manquer. Au contraire, il arrive encore que l'urèthre soit tranformé par l'épaississement de ses parois en un tube rigide, d'une grande résistance à la pression et qui s'étend depuis le méat jusqu'au cul-de-sac du bulbe.

Il n'est pas rare de pouvoir constater *de visu* l'ulcération par l'écartement des lèvres du méat, chez les sujets dont l'orifice est assez large pour permettre cet examen; par l'emploi d'un petit spéculum à valves allongées, on arrive au même résultat.

Mentionnons encore une remarque faite par M. Du Castel : il est tout à fait exceptionnel que les chancres de l'urèthre, quelle que soit la profondeur du point dans lequel ils prennent naissance, ne viennent pas, à un moment donné, faire saillie au méat.

Nous n'insisterons pas sur l'existence de l'adénopathie inguinale et ses caractères : l'engorgement des ganglions moyens de l'aine, plutôt en dedans qu'en dehors des vaisseaux, se montre comme pour les ulcérations infectantes du gland.

Le *chancre du méat* mérite de nous arrêter particulièrement. Dans un travail récent, Vincenzo Casoli (3) lui assigne une proportion de 7 p. 100 dans la statistique du chancre induré ; il en distingue plusieurs variétés que nous résumerons d'après lui :

1° Forme de nodosité en relief, aspect d'un petit pois saillant au-dessus du vaisseau du gland, d'une dureté cartilagineuse; la pression ne détermine aucune douleur et la coloration n'est pas différente de la muqueuse voisine, tous caractères qui font que cette variété passe facilement inaperçue.

2° Forme de cercle autour du méat : petit cercle rose ourlant pour ainsi dire le méat et laissant saillir l'urèthre comme un bec sur le niveau de la surface du gland.

3° Chancre d'un des côtés du méat, sous forme d'un nodule saillant sur l'une des lèvres.

4° Induration diffuse de tout le méat, rare.

5° Dans une cinquième forme, le chancre s'étend du méat à la fosse naviculaire.

Le même auteur attache aux causes suivantes une certaine importance pour favoriser la localisation du chancre infectant au méat : traumatismes, folliculites, posthites, herpès génital, excoriations de tous genres, blennorragie, agents irritants dont l'influence se fait sentir sur la muqueuse du méat.

Hutchinson (4) insiste sur l'induration qui, dit-il, entoure ordinairement le méat comme un anneau ; mais elle peut ne donner qu'une légère rénitence parcheminée sur les lèvres

(1) Du Castel. Loc. cit.

(2) Lilienthal. *Berlin. Klin. Wochens.*, 17 juin 1895, p. 528, séance de la Soc. de dermat. de Berlin du 5 déc. 1893.

(3) Berliner dermatologische Vereingung, séance du 8 mai 1894, in *Berlin. Klin. Wochens.*, 12 août 1895.

(4) Ledermann. Compte rendu de la Soc. de dermat. de Berlin, *Berlin. Klin. Wochens.*, juin 1895.

(1) Cité par Julien.

(2) Lewin. Soc. de dermat. de Berlin, séance du 5 déc. 1893.

(3) V. Casoli. Il sifiloma del meato dell'urethra maschile e le sue conseguenze tardive per la stenosi del medesimo, *Giorn. ital. delle malattie venere e della pelli*, fasc. iii, 1896, et *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, avril 1897.

(4) Jonathan Hutchinson. *La syphilis*, 1887, p. 96.

du méat. M. Fournier (1) lui attribue une double particularité : « D'une part il est doublé d'une forte induration, d'autre part il est rebelle, persistant, il ne se répare et ne se cicatrise qu'avec une lenteur insolite, irrité et entretenu qu'il est par le passage de l'urine à sa surface. Lorsqu'il siège exactement sur le méat en se prolongeant ou non dans l'urèthre, l'orifice du canal se présente boursouflé, béant, rouge, saignant à la pression. » Sa surface est le plus souvent irrégulière, tomenteuse, rappelant plus ou moins celle du chancre simple, en raison de son état pultacé.

Il en est qui entraînent une déformation du méat, marquée par la rétraction d'une des lèvres correspondant au côté où siège le chancre.

Le phagédénisme de la surface chancreuse, entretenu par l'irritation de l'urine, n'est point rare. Certains glands, dit Julien, conservent comme traces visibles de cette complication un élargissement considérable du méat ou même une forme carrée, indice certain de la destruction de leur extrémité antérieure primitivement arrondie. Le phagédénisme peut être assez étendu pour « ronger » tout ou partie de la portion balanique de la verge : un malade d'Albarran (2), malgré les plus grands soins antiseptiques et l'administration du traitement mixte, se vit transformé en un hypospade dont l'urèthre s'ouvrait à la base de ce qui restait du gland par un orifice étroit qui n'admettait qu'une bougie n° 6.

Nous sommes ainsi amené à parler d'un symptôme sur lequel nous devons insister parce qu'il se présente fréquemment comme une complication plus ou moins rapprochée des chancres de l'urèthre (3) ; nous voulons parler du rétrécissement, conséquence du chancre infectant. Ces rétrécissements surviennent dans deux conditions : le calibre du canal se trouve diminué par la tuméfaction et l'induration de l'urèthre, par la saillie que forme la néoplasie chancreuse, — il s'agit alors de rétrécissement contemporain du chancre, — ou bien les phénomènes de rétrécissement ne se montrent pas avant la cicatrisation du syphilome primitif : il s'agit alors d'une sténose cicatricielle n'ayant de syphilitique que l'origine, et due à la réparation des lésions du canal.

Dans le premier cas, les troubles de la miction sont plutôt peu marqués ; la perte d'élasticité du canal, l'épaississement de ses parois ne donnent guère lieu à des symptômes inquiétants ; il est exceptionnel que la rétention d'urine finisse par être complète comme chez un malade d'Albarran (4). Il s'agissait, il est vrai, d'un névropathe chez lequel la rétention était due surtout au spasme de l'urèthre, provoqué par la lésion chancreuse, mais le rétrécissement n'en existait pas moins, puisque le canal n'admettait qu'une sonde conique n° 13.

Ces rétrécissements transitoires, contemporains de l'induration spécifique, disparaissent avec elle, lorsque rétrocède l'infiltration périchancreuse. Il n'en est pas de même en ce qui concerne les rétrécissements véritablement cicatriciels ; leur développement est en général des plus rapides, ils se substituent immédiatement à l'ulcération chancreuse dont ils prennent la place.

(1) Fournier. *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 1873, p. 162.
(2) Albarran. *Semaine méd.*, oct. 1894.
(3) Il sera question plus loin des rétrécissements qui se montrent à la période tertiaire de la vérole.
(4) Albarran. Loc. cit.

Voillemier (1), traitant des rétrécissements cicatriciels, distingue ceux qui sont produits par la cicatrisation d'une ulcération syphilitique. Alors même, écrit-il, qu'ils ne comprennent pas toute la circonférence du canal, ils en intéressent toujours une assez grande partie pour diminuer notablement son calibre et comme, d'autre part, ils sont peu étendus, ils étranglent brusquement l'urèthre. Quand on divise celui-ci dans toute sa longueur, la cicatrice se présente sous la forme d'un petit triangle dont le sommet est saillant dans le canal et dont la base se confond avec le tissu spongieux, car c'est le propre des ulcérations syphilitiques de gagner les parties profondes. Le rétrécissement ne présente pas l'infiltration diffuse de lymphe plastique des rétrécissements inflammatoires ; aussi en avant et en arrière de l'obstacle, l'urèthre reprend rapidement son calibre normal. Sur le vivant, le rétrécissement paraît plus étendu quand il existe en même temps une induration syphilitique des parties voisines ; au-dessous du gland, qui est lui-même de consistance lardacée, on sent l'urèthre sous la forme d'un cordon dur dans l'espace d'un centimètre ou deux et l'on pourrait croire que le rétrécissement a la même longueur ; l'exploration du canal avec une bougie à boule ne ferait que confirmer cette erreur, mais en réalité l'obstacle est formé de deux éléments très distincts, l'un permanent, c'est la cicatrice de l'ulcération, l'autre passager, c'est la matière infiltrée dans le tissu spongieux...

Le degré de coarctation uréthrale est variable, comme aussi la gêne apportée à la miction ; pour les exposer en détail il faudrait redire tout ce que contiennent les traités classiques au sujet des rétrécissements cicatriciels. Comme eux, ils sont rebelles à la dilatation, comme eux ils présentent une dureté fibreuse caractéristique des sténoses cicatricielles, comme eux, ils peuvent être si serrés que l'uréthrotomie soit nécessaire pour rendre à l'urèthre son calibre normal.

V. Casoli (2) distingue plusieurs formes de rétrécissements du méat consécutifs à la guérison du chancre syphilitique :

1° Rétrécissement total : le calibre du méat est régulièrement rétréci, mais conserve sa forme normale.

2° Rétrécissement limité à la moitié supérieure du méat, ce qui amène la disparition de l'angle supérieur.

3° L'ouverture du méat rétréci peut devenir transversale et irrégulière.

4° Rétrécissement au niveau de la fosse naviculaire, sans déformation du méat.

5° Oblitération complète du méat : il se produit alors une nouvelle ouverture, soit plus bas que le méat normal, soit sur les côtés du gland.

Les fistules uréthro-péniennes, consécutives aux syphilomes ulcéreux du canal, se produisent à la vérité plus souvent dans la période tertiaire de la vérole. Notre maître, M. Humbert (3), en ramène les différentes formes à quatre variétés principales :

a. Fistules de la rainure balano-préputiale.
b. Fistules de la fosse naviculaire.
c. Fistules du corps du pénis.
d. Destruction de toute la portion pénienne de l'urèthre.

La deuxième variété est de beaucoup la plus commune :

(1) Voillemier. *Maladies des voies urinaires*, 1868, p. 111.
(2) V. Casoli. Loc. cit.
(3) Humbert. Soc. de dermat., 1re session, 11 avril 1890.

la paroi antérieure de la fosse naviculaire est perforée, elle a disparu dans une partie ou la totalité de son étendue; la perte de substance de l'urèthre peut même dépasser ses limites. Ces fistules diffèrent de celles qui sont produites par les traumatismes, les rétrécissements de l'urèthre, par la blennorragie. En effet, elles siègent presque toujours sur l'extrémité antérieure de l'urèthre pénien; elles se forment de dehors en dedans et s'accompagnent de mutilations de la verge souvent considérables, qui s'ajoutent aux difficultés du traitement.

II

Période secondaire. — La syphilis peut-elle, dans ses manifestations secondaires, atteindre l'urèthre? Existe-t-il un érythème de la muqueuse, maculeux, confluent, donnant les apparences d'un catarrhe du canal de l'urèthre?

Rollet (1) dit n'avoir jamais observé de plaques muqueuses du canal, mais nombre d'auteurs en ont constaté. Finger (2) s'exprime ainsi : « Pour mon compte, j'ai été plusieurs fois interrogé par des malades sur une démangeaison et un chatouillement au niveau de l'orifice de l'urèthre, suivi de sécrétion visqueuse, phénomènes qui apparaissaient en même temps que l'éruption de la maladie générale, et cependant ces malades n'avaient jamais souffert d'uréthrite; ils étaient alités depuis des semaines à l'hôpital, avaient été observés souvent et n'étaient sûrement pas atteints de blennorragie. On pouvait constater que les lèvres du méat étaient collées, qu'il y avait au niveau du méat un mucus opalin, que l'urine contenait des mucosités. Tous ces symptômes faisaient dire qu'il y avait un catarrhe spécifique de l'urèthre, lequel catarrhe disparaissait rapidement sans traitement local, à la suite seulement d'une médication antisyphilitique. Quoique son apparence clinique corresponde nettement à un catarrhe, le produit pathologique qui le constitue n'est pas simplement catarrhal, mais spécifique. » Finger conclut que ce catarrhe est produit par une infiltration spécifique de la muqueuse.

Freemann (3) admet aussi l'existence d'une uréthrite syphilitique secondaire. Longtemps auparavant, Bassereau (4) avait parlé dans le même sens : il avait vu parfois paraître des blennorroïdes, même sans coït nouveau, au niveau des récidives *précoces* d'accidents constitutionnels, surtout quand ces accidents se manifestent sur les organes génitaux sous forme de papules humides. Il mettait en garde contre l'erreur qui consistait à prendre la blennorrhée, dans ces cas, pour le symptôme primitif qui précède les symptômes constitutionnels existant (5).

Berkeley Hill (6) écrit que, d'après sa propre expérience à Lock Hospital et sa pratique privée, les cas d'uréthrite secondaire ne sont pas rares. Cet écoulement a pour caractère de durer un court espace de temps, de disparaître sous l'influence du traitement spécifique, souvent même spontanément, comme il arrive pour les plaques muqueuses. Mais il peut revenir, dit Tarnowsky (1), avec des manifestations consécutives d'autres symptômes spécifiques, autrement dit avec une poussée de nouveaux accidents. Henry Lee (2) distingue aussi deux variétés d'uréthrite syphilitique : l'une est contemporaine du chancre, l'autre se rencontre chez des patients déjà syphilitiques et peut se montrer comme accident isolé.

Taylor (3), qui examina endoscopiquement l'urèthre, dans de semblables cas, trouva seulement une congestion de la muqueuse. Tarnowsky a pu constater, à l'aide de l'endoscope, une rougeur érythémateuse de la portion pénienne de l'urèthre, ainsi que des taches grises répandues sur la muqueuse de la partie antérieure du canal et ressemblant à des ulcérations herpétiques. Bien mieux, cet auteur a pu vérifier nécroscopiquement la présence d'ulcérations uréthrales : un jeune garçon de quatre ans, infecté par sa nourrice, était, lors de son entrée à l'hôpital de Saint-Pétersbourg, couvert d'une éruption papulo-pustuleuse et présentait des plaques muqueuses de la bouche et de la gorge. Peu de jours après son admission, il se plaignit de douleurs en urinant : l'urèthre était dur, douloureux à la pression; l'enfant dépérit, s'affaiblit graduellement et mourut. A son autopsie, la muqueuse de l'urèthre et une partie de la vessie furent trouvées couvertes d'ulcérations superficielles; la prostate, les vésicules séminales, les canaux déférents, les testicules étaient sains.

Bien qu'il leur manque la constatation nécroscopique, les observations de Cadell et de Foulerton sont aussi probantes. Cadell (4) fut consulté par un homme de trente-cinq ans, qui présentait un écoulement profus de l'urèthre ayant débuté deux mois après l'apparition d'un chancre, trois mois après des rapports sexuels suspects. En même temps qu'apparut cet écoulement, se montrèrent de larges plaques muqueuses sur l'amygdale gauche et une éruption confluente de papules sur le corps. L'écoulement devint rapidement purulent, abondant et se termina au bout de six semaines; il était accompagné d'un état irritable de la vessie, qui persista trois semaines après la disparition de l'écoulement. L'aspect de ce dernier était semblable à celui d'une gonorrhée, mais il n'y avait ni symptômes inflammatoires, ni enflure, ni rougeur du méat; il n'y eut jamais d'érection pénible, ni de douleur au passage de l'urine. Cadell fait remarquer l'abondance du pus, un peu anormale ici, et pourtant le diagnostic d'uréthrite syphilitique secondaire était bien certain.

De même pour le malade de Foulerton (5), dont l'observation semble calquée sur la précédente; le diagnostic d'uréthrite secondaire n'est pas non plus douteux; le malade était admis depuis trois semaines à l'Infirmerie royale de l'île de Wight, soigneusement surveillé, lorsque apparut l'écoulement. Foulerton ajoute : « Il est plus que

(1) Rollet. *Traité des maladies vénériennes.*
(2) Finger. *La syphilis.*
(3) Freemann J. Bumstead and Taylor. *The pathology and treatment of venereal diseases*, p. 44.
(4) Bassereau. Loc. cit., p. 356.
(5) C'est l'erreur que commettait Vidal (de Cassis) lorsqu'il écrivait (*Traité des malad. vénér.*, p. 73) : « Je répète à dessein que le pus spécifique, c'est-à-dire le pus contenant le virus syphilitique, est, selon moi, la cause la plus fréquente, la plus puissante de la blennorragie. Les auteurs qui ont nié que cette matière virulente peut donner lieu à une blennorragie syphilitique ont admis son action sur les muqueuses comme simple irritant, et en même temps qu'on lui a refusé le pouvoir de produire une blennorragie syphilitique primitive, on lui accorde celui de donner la même maladie, mais sous forme d'accident secondaire. »
(6) Berkeley Hill and Arthur Cooper. *Syphilis and local contagious desorders*, 1881, p. 284.

(1) Tarnowsky. *Venerische Krankheiten*, 1872, p. 198.
(2) H. Lee. *St-Georges hosp. Report*, vol. VI, 1871-72.
(3) R. W. Taylor. *Arch. of Dermat.*, vol. I, p. 263.
(4) Cadell. Urethral discharge in secondary Syphilis, *Brit. med. Journ.*, 1885, p. 1060.
(5) Foulerton. Syphilitic urethritis, *Brit. med. Journ.*, 1886, p. 201.

probable que la cause en était dans des ulcérations de l'urèthre, semblables à celles qui se présentent dans les premiers mois de la syphilis sur les parois du pharynx, du rectum, du vagin. L'homme en question était justement un malade malpropre, débile, mal nourri, un de ceux chez lesquels la syphilis s'en prend davantage aux membranes muqueuses. » Merger (1) en rapporte un nouvel exemple dans sa thèse.

En résumé, il s'agit le plus souvent d'un écoulement plus ou moins visqueux, transparent ou légèrement opalin, jaune ou crémeux, bien plus rarement de purulence nette, de médiocre abondance — sauf exception — ne s'accompagnant d'aucun symptôme inflammatoire du méat, se présentant à toute heure de la journée ou n'apparaissant que le matin s'il est très faible; il faut alors, comme pour la blennorrhée, surprendre le malade au réveil, à sa première miction, les évacuations vésicales plus fréquentes de la journée ne laissant pas aux sécrétions le temps de s'accumuler dans le canal. L'examen microscopique ne révèle rien de caractéristique dans la composition du liquide recueilli : pas de gonocoque, pas de micro-organismes spéciaux, mais du mucus, des débris de cellules épithéliales. De plus, le traitement ordinaire des uréthrites reste sans effet sur l'écoulement, tandis que celui-ci guérit merveilleusement par la médication spécifique. Sa durée est variable, de quinze jours à deux, trois mois, suivant les cas, suivant la thérapeutique employée. Il peut récidiver une ou plusieurs fois; Tarnowsky pense même que l'uréthrite isolée peut constituer à elle seule une poussée de l'affection générale.

La syphilis peut-elle se prendre par le seul intermédiaire de cet écoulement? Rochon (2) a rapporté des observations fort intéressantes à cet égard : dans la première, il s'agit d'une femme qui portait sur l'abdomen des excoriations dues à la trop forte compression d'un corset; son mari, syphilitique, dans la crainte d'avoir des enfants syphilitiques, avait pris l'habitude de lui éjaculer sur le ventre; un chancre géant se développa au niveau des éraillures de la peau dues au pincement du corset; comme le mari ne présentait aucun accident spécifique, Rochon conclut, après un examen attentif, à l'existence de plaques muqueuses du canal.

La seconde observation concerne un malade, syphilitique depuis quatorze mois, qui ne présentait de manifestation syphilitique qu'un écoulement analogue à celui d'une blennorrhée; cet homme contagionna sa maîtresse en lui donnant un chancre induré de la fourchette. On ne pouvait incriminer que le catarrhe uréthral, qui fut attribué à des plaques muqueuses du canal; en effet, soumis au traitement spécifique, l'écoulement ne tarda pas à disparaître.

Comme toutes les sécrétions, le sperme n'étant pas contagieux par lui-même (Mireur), il faut admettre qu'à son passage dans l'urèthre il s'est souillé par l'exsudation de plaques muqueuses; c'est ainsi que, chargé du virus syphilitique, il peut devenir la source du chancre infectant.

Partant de ces faits, notre ami Merger (3) va plus loin et leur attribue une importance qui ne tendrait à rien moins qu'à ruiner la doctrine de la syphilis conceptionnelle : il n'admet pas seulement la possibilité de la contagion par cette voie, il lui assigne encore un rôle exagéré, ce nous semble; élargissant cette idée, il met sur le compte des lésions secondaires de l'urèthre la plupart des cas de syphilis dite conceptionnelle.

D'un autre côté, Lee (1) prétend que même la sécrétion visqueuse du canal de l'urèthre, que l'on peut retrouver chez d'anciens syphilitiques après des coïts trop répétés, et qui peut exister en dehors de la blennorragie, est capable de produire l'inoculation de la vérole : l'irritation de l'urèthre ne déterminerait pas un catarrhe simple, mais une lésion dont la sécrétion et les produits de déchet seraient infectieux.

III

Lésions tertiaires. — Une certaine analogie de structure laisse prévoir que le canal de l'urèthre peut, par le fait de la syphilis, présenter des altérations analogues à celles qu'on observe dans le conduit trachéen ou le tube digestif. Pourtant il est assez rare que l'urèthre soit atteint primitivement; le plus souvent ce sont des manifestations tertiaires sur le gland, la verge, qui envahissent l'urèthre par continuité de tissus; il est moins commun de voir les lésions se produire d'emblée sur une partie du canal.

La gomme s'observe soit à ses débuts, lorsqu'elle est encore à l'état solide, à l'état de crudité, ou plus tard à sa période de ramollissement, ou encore à celle d'ouverture, suivie à plus ou moins bref délai d'une ulcération plus ou moins vaste.

Mauriac (2) en raison de l'époque relativement tardive à laquelle apparaissent les lésions tertiaires de l'urèthre, quand on les compare à celle de beaucoup d'autres syphiloses dermo-hypodermiques ou viscérales, donne cette circonstance chronologique comme un des principaux caractères de l'affection. « N'explique-t-elle pas, écrit-il, l'état d'isolement, l'absence de coïncidences spécifiques qui sont un de ses principaux attributs. N'autorise-t-elle pas les malades à supposer que leur infection si reculée dans le passé n'existe plus qu'à l'état de souvenir et que c'est bien une contagion de date récente qui vient encore une fois leur infliger une maladie nouvelle? »

Leur invasion est presque toujours insidieuse, l'évolution, sourde, progresse lentement, elle « mine en dessous et se manifeste brusquement par des dégâts sous-muqueux imprévus ».

Le plus souvent la syphilose uréthrale affecte le type ulcéro-gommeux. La gomme s'en prend volontiers au méat dont les lèvres tuméfiées forment deux bourrelets infiltrés; de là, elle peut gagner toute partie du gland, envahir toute la portion balanique de l'urèthre. Avant de s'ulcérer, la gomme s'étale, durcit le canal qu'elle transforme en une tige rigide avec ou sans participation des parties constituantes du gland ou des corps spongieux. Bien rarement la sclérose s'étend plus loin que la fosse naviculaire; exceptionnellement elle se propage à toute la portion pénienne de l'urèthre. Un malade du professeur Fournier était porteur d'ulcérations gommeuses de la rainure balano-préputiale et l'on pouvait apercevoir le segment antérieur d'une ulcé-

(1) Merger. *Étude critique sur la syphilis conceptionnelle*, Th. de Paris, 1896-97.
(2) Rochon. De la virulence du sperme dans la syphilis secondaire, *Médecine mod.*, 11 avril 1896.
(3) Merger. Loc. cit.

(1) H. Lee. Loc. cit.
(2) Mauriac. *Syphilis tertiaire*, p. 137.

ration qui se continuait plus avant dans le canal. Un autre avait le canal tout entier transformé en un tuyau à parois dures, chancroïdes, et vers le frein existait une fistule (1).

La localisation primitive de la syphilose tertiaire sur l'urèthre est encore plus exceptionnelle. Fournier a cependant vu (2) des lésions tertiaires se développer originairement dans le canal sans succéder par continuité à des syphilides externes. Voici le résumé de l'un de ces cas : malade présentant un écoulement jaune purulent, d'aspect blennorragique; cet écoulement ne pouvait dériver d'une contagion surajoutée, car la verge était dans un état si monstrueux que tout rapport eût été mécaniquement impossible. Les jours suivants augmentation de l'écoulement et douleurs vives en urinant comme dans une chaudepisse; douze jours seulement après le début des accidents parut une ulcération *exclusivement intra-urethrale* qui gagna le méat, l'envahit, le déborda et vint former, à la surface du gland, une large plaie de tendance extensive, ocreuse, jaunâtre, bourbillonneuse, véritable type de lésion syphilitique tertiaire. La guérison fut obtenue grâce au traitement mixte et il se produisit plus tard de nouvelles poussées de syphilides ulcéreuses phagédéniques du gland avec écoulements nouveaux et perforation du canal.

Casper (3) a rapporté l'observation d'un homme de trente et un ans, ancien blennorragique, qui après un coït suspect fut pris d'un nouvel écoulement. Malgré le traitement classique de la blennorragie, l'écoulement n'était nullement modifié au bout de six semaines. Le malade, ayant alors avoué une vérole ancienne, fut soumis au traitement général, aux applications locales de glycérine au sublimé et tout écoulement cessa en quinze jours. Ici, encore, il s'agissait d'une gomme ramollie, manifestation isolée de la syphilis.

C'est encore le canal uréthral qui fut le premier signe de la formation d'un syphilome uréthro-balanique chez un malade de Mauriac (4); la fonte de la tumeur se fit dans le canal et la caverne qui en fut la conséquence, au lieu d'être extérieure comme cela a lieu presque toujours, fut intra-balanique.

Comme on le voit, la gomme de l'urèthre s'établit assez souvent en prenant la forme d'une blennorragie aux allures subaiguës : l'écoulement est de qualité et de quantité variables; il peut être assez semblable à celui d'une blennorragie pour donner le change; mal interprété, ce dernier fait conduira à croire que la syphilis peut engendrer la blennorragie, et partant qu'il existe des blennorragies syphilitiques (Fournier). Notons encore que ces gommes ne sont pas sans exposer aux dangers d'une perforation et consécutivement d'une fistule; celles-ci se produisent surtout lorsque la lésion tertiaire a été méconnue ou n'a pas été traitée convenablement (5).

Le professeur Fournier pense que l'urèthre de la femme est, bien plus souvent que celui de l'homme, le siège de lésions tertiaires; chez elle aussi, l'affection est rarement circonscrite et isolée; il s'agit ordinairement de syphilides ulcéreuses serpigineuses qui, après avoir envahi le vestibule, gagnent la région peri-uréthrale puis l'urèthre; celui-ci est « largement béant, évidé, infundibuliforme ; quant au méat proprement dit, souvent il n'en reste plus vestige ou bien en raison de la turgescence des parties il est comme comprimé et occlus ». A ces affections tertiaires M. Fournier assigne comme particularité intéressante la dureté remarquable, toujours très accentuée de l'urèthre, du bulbe et des parties voisines. Les parties du canal qui se trouvent accessibles à la vue sont toujours ulcérées, grisâtres ou jaunâtres au fond, saignantes sous la pression du doigt. Chez une femme de quatre-vingt-quatre ans, atteinte depuis longtemps de syphilis, Virchow (1) a même trouvé une ulcération non seulement du vagin et de l'urèthre, mais encore de la vessie. Comme chez l'homme, ces syphilides ulcéro-gommeuses de l'urèthre s'accompagnent parfois de douleurs semblables à celles de la blennorragie; mais elles sont le plus souvent indolentes, à moins qu'elles ne se compliquent d'un processus d'inflammation aiguë et franche, ce qui est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

En regard des syphilomes que nous venons de mentionner, il nous faut placer les rétrécissements du canal, qui surviennent à la période tertiaire. Il est permis de les classer en deux catégories, car ils diffèrent aussi bien par leur cause, leur évolution, que par le mode de traitement qui leur convient. Les uns sont le fait de l'infiltration gommeuse; ils sont par conséquent essentiellement transitoires, évoluent comme la gomme, disparaissent avec elle sous l'influence du traitement spécifique. Les autres, plus tardifs, sont dus à la réparation de la perte de substance du canal, amenée par la fonte de la gomme, et sont produits par la rétraction inodulaire de la muqueuse et des couches sous-jacentes, du tissu spongieux en particulier; ils font leur apparition seulement lorsque le syphilome tertiaire semble guéri; ces rétrécissements consécutifs à la gomme sont à peu près rebelles au traitement spécifique et réclament plutôt la thérapeutique des sténoses cicatricielles. En résumé, ainsi qu'il ressort de ce que nous venons d'exposer, on peut distinguer, ainsi que le fait Voillemier, un élément temporaire capable de rétrocéder par les seules médications antisyphilitiques, et un élément fixe, la cicatrice.

Dès 1868 Veale (2), dans une étude sur les rétrécissements de l'urèthre, appelait l'attention sur ceux qui sont dus à la vérole tertiaire; Thompson (3), dans son Traité des maladies des voies urinaires, en rapporte deux cas : chez le premier malade, syphilitique depuis vingt ans, le rétrécissement était double, au méat et à la partie profonde de l'urèthre; devant l'impossibilité de franchir le méat, il fallut avoir recours à une incision périnéale. Chez le second malade le rétrécissement siégeait au niveau du bulbe.

Walther Johnson, Zeissl (4) Brownson, et Harrison en ont publié d'autres observations. Albarran (5) a rapporté le fait d'un malade atteint depuis trois ans d'une syphilis

(1) Voir aussi au Musée de l'hôpital Saint-Louis (vitrine 268, pièce nº 244) un moulage d'induration syphilitique de l'urèthre, — malade de Lailler). — Loumeau vient, tout récemment, de relater un cas intéressant de syphilome uréthral guéri par le traitement spécifique. (In *Chirurgie des voies urinaires. Études cliniques*, Bordeaux 1897.)

(2) Fournier. *Leçons sur la syphilis tertiaire*, p. 127.

(3) Casper. Beitrag zur Pathologie der Harnröhren-Geschwüre, *Deuts. Med. Wochens.*, 1893, nº 14, p. 328.

(4) Mauriac. Loc. cit.

(5) Voir, entre tant d'autres, une observation de Legrain, in *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1892, p. 751.

(1) Virchow. *Wurzbürger Verhandlungen*, 1852, p. 366.

(2) Veale. *Gaz. méd. de Paris*, 1868, p. 269.

(3) Thompson. *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, p. 119.

(4) Cités par Albarran.

(5) Albarran. *Semaine méd.*, 1894.

exceptionnellement grave; la verge réduite à un moignon informe, l'urèthre pénien avait disparu et le méat « se trouvait représenté par un orifice infundibuliforme, au centre d'une large ulcération placée au niveau de la partie antérieure du scrotum; l'orifice d'entrée permettait le passage d'un explorateur à boule n° 8 qui se trouvait arrêté à un centimètre de profondeur »; seule une bougie filiforme contournée en spirale pénétrait dans la vessie. Après six semaines de traitement mixte, un explorateur à boule n° 12 arrivait dans la vessie; deux mois après l'explorateur faisait encore constater depuis l'orifice antérieure de l'urèthre jusqu'au niveau du bulbe, l'existence d'un long rétrécissement à ressauts successifs.

L'urèthre de la femme n'est pas à l'abri de cette forme de lésion, témoin l'histoire d'une prostituée rapportée dans la thèse de Fissiaux (1); cette femme présentait simultanément un ulcère syphilitique de la jambe, de la périostite des tibias avec douleurs ostéocopes; l'émission de l'urine était difficile et douloureuse, ne se faisait que par un jet très mince. L'examen de l'urèthre fit voir à un pouce du méat un rétrécissement permanent et insurmontable.

West (2) a décrit une forme d'ulcération chronique de l'urèthre chez la femme, qu'il place sous la dépendance de la syphilis; les six cas qu'il rapporte ont été rencontrés chez des prostituées ou des femmes qui avaient souffert d'accidents vénériens, mais la vérole n'était pas absolument certaine.

Œdmanson [de Stockholm (3)] a étudié la même affection; le début se fait par un gonflement qui occupe la partie antérieure de l'urèthre, puis toute la longueur du canal; les tissus deviennent durs et rigides, le méat est irrégulier et dilaté. C'est là qu'apparaît l'ulcération; elle envahit l'urèthre dont elle occupe surtout la paroi supérieure, et ne s'accompagne que de très peu de symptômes subjectifs. Œdmanson ne défend pas non plus résolument l'origine syphilitique de l'affection; les femmes qu'il a vues étaient des prostituées, et il le remarque, les frottements continuels exercés au niveau de l'urèthre peuvent produire un état d'irritation capable de donner lieu à ce processus morbide.

IV

Le DIAGNOSTIC des lésions syphilitiques de l'urèthre ne diffère pas, dans ses grandes lignes, de celui de la syphilis en général. Cependant, nous allons énumérer rapidement les principales affections susceptibles de donner le change.

ACCIDENT PRIMITIF. — *Si le chancre siège au méat*, il peut être confondu avec le chancre simple, en raison du plus ou moins d'induration qu'amène presque toujours l'irritation causée par l'urine. On se basera sur la durée de l'incubation, l'aspect irrégulier et tomenteux du chancre simple, l'état de ses bords irréguliers, taillés à pic, sur la douleur provoquée au palper de l'urèthre — douleur plus intense dans la chancrelle — sur les caractères du bubon inguinal, toujours plus ou moins sensible et limité à une seule glande.

Un épithélioma au début pourrait encore en imposer pour un chancre infectant; l'expectation est ici le plus efficace des moyens de diagnostic; on laissera aux accidents cutanés le temps de se produire; néanmoins, on se rappellera que la configuration de la néoplasie ne présente pas la régularité de celle du chancre, ni le même aspect vernissé, que l'adénopathie est longue à se montrer; au besoin l'examen histologique de fragments sera pratiqué.

Nous signalerons la confusion possible avec des plaques muqueuses enflammées, mais les anamnestiques, l'examen complet du malade ne laisseront point durer l'erreur.

Le diagnostic du *chancre intra-uréthral* devient plus délicat; il n'est pas rare que le chancre passe inaperçu ou soit méconnu chez les individus atteints d'uréthrite subaiguë. La blennorragie sera écartée tout d'abord et le sera facilement si l'on songe seulement aux deux affections; plus grande abondance de la sécrétion en cas de blennorragie; présence de gonocoques dans l'écoulement; douleur plus marquée et pendant l'érection maximum de la douleur au périnée et non vers l'extrémité de la verge, siège ordinaire du chancre; influence du traitement.

Certaines blennorragies violentes s'accompagnent d'une induration inflammatoire qu'on devra distinguer de l'induration syphilitique. L'épaississement des parois, dit M. Du Castel (1), est beaucoup plus prononcé dans la vérole que dans la chaudepisse; la dureté plus accentuée, ligneuse au lieu d'être molle et œdémateuse. Les limites avec les tissus environnants sont plus brusquement tranchées, plus abruptes, l'induration chancreuse se distinguant nettement de la consistance des tissus voisins normaux, ou peu s'en faut, tandis que l'épaississement inflammatoire de la blennorragie se termine par un œdème inflammatoire, auquel succède d'une façon insensible, sans limites tranchées, la résistance des tissus normaux.

Le chancre larvé donne une sérosité visqueuse, facilement mélangée de sang, formant sur le linge des taches raides comme celles d'une solution de gomme épaisse, de couleur grisâtre ou rougeâtre, suivant qu'elle est ou non teintée par le sang. L'écoulement du chancre mou endo-uréthral est constitué par du pus mal lié, très souvent grumeleux. L'endoscopie est à éviter à cause des réinoculations presque fatales sur d'autres points de la muqueuse. Lorsque le diagnostic aura besoin d'un critérium immédiat, on aura recours à l'inoculation du pus sécrété.

L'infiltration tuberculeuse de l'urèthre pénien est rarement observée; d'ailleurs il existe simultanément d'autres lésions de même nature dans la prostate, les épididymes, le testicule.

Le diagnostic des complications, du rétrécissement en particulier, se fera par les moyens ordinaires; l'essentiel sera de le rapporter à sa véritable origine.

Uréthrite secondaire. — Ici nous n'avons guère à éliminer que les uréthrites subaiguës ou chroniques, quelle que soit leur origine, et spécialement la blennorragie. La durée insolite de l'incubation, une faible sécrétion, le manque de rougeur, d'enflure du méat, l'absence de douleur ou son peu d'intensité, en un mot, un minimum de symptômes inflammatoires éveilleront l'attention du clinicien; celui-ci aura présentes à l'esprit toutes les causes possibles d'uréthrite et les examinera successivement. Si le microscope décèle dans l'écoulement la présence du gonocoque de Neisser, si le malade accuse des complications vésicales ou épididymaires, la blennorragie sera certaine. En réalité, le diagnostic

(1) FISSIAUX. *Des rétrécissements de l'urèthre chez la femme*, Th. de Paris, 1879.

(2) WEST. *Diseases of women*, 1879, p. 615.

(3) ŒDMANSON. *Nord. med. Ark.*, 1877, et *Gaz. hebd.*, 1877.

(1) DU CASTEL. *Loc. cit.*, p. 27.

d'uréthrite syphilitique sera le plus souvent écrit, pour ainsi dire, sur la peau du malade, par la contemporanéité de l'éruption roséolique ou d'une poussée de plaques muqueuses.

A la période tertiaire, la syphilis uréthrale peut prêter confusion avec la chancrelle endo-uréthrale : rappelons que la chancrelle offre une marche destructive plus rapide, elle est plus douloureuse, les parties éloignées le sont aussi, l'écoulement a souvent une odeur infecte. La gomme s'installe plus insidieusement; elle peut survenir à une époque plus éloignée du coït; le malade se souviendra qu'il a présenté autrefois des accidents spécifiques; le clinicien recherchera les cicatrices anciennes de vérole et se livrera à une enquête approfondie sur les antécédents morbides du malade.

L'épithélioma à début uréthral a un processus lent, comparable à celui de la syphilis du canal; il est plus douloureux que le chancre infectant, quoique moins douloureux que le chancre simple. Ici encore on devra rechercher l'existence d'une syphilis plus ou moins vieille, quelquefois oubliée à cause de son ancienneté.

Un médecin attentif éliminera aussi les abcès péri-uréthraux, complication fréquente de la blennorragie; il ne confondra pas davantage l'induration gommeuse avec une tumeur péri-uréthrale due à une induration syphilitique des corps caverneux (1).

Les rétrécissements produits par l'infiltration syphilomateuse des parois de l'urèthre peuvent, dans certains cas, ressembler à s'y méprendre au cancer primitif du canal; dans les deux affections, nous avons en effet : induration, écoulement et rétrécissement constatable par l'explorateur à boule. Voici résumés les caractères symptomatiques du cancer uréthral, d'après Albarran : survient à un âge avancé; début de préférence au niveau de la base du pénis ou dans la région scrotale de l'urèthre; dès le principe, écoulement purulent très souvent teinté de sang; en dehors de l'uréthrorragie spontanée, on observe, lorsqu'on explore le rétrécissement avec des instruments souples, des hémorragies parfois abondantes; l'induration fait corps avec l'urèthre, acquiert rapidement un grand développement, ne tarde pas à adhérer aux parties profondes; ulcération de la peau assez précoce, avec établissement de fistules néoplasiques, auxquelles se joignent bientôt d'autres fistules dues à l'infection surajoutée; engorgement des ganglions inguinaux. L'examen histologique de fragments enlevés sera toujours pratiqué avant de se résoudre à l'amputation de la verge.

Pour éviter l'erreur avec le rétrécissement blennorragique ou traumatique, on tiendra compte des antécédents pathologiques du malade. Dans la syphilis, l'induration, la sensation de tuyau de pipe pourront mettre sur la voie du diagnostic; les résultats rapides du traitement spécifique confirmeront l'origine infectieuse du rétrécissement.

V

Traitement. — Moins qu'ailleurs encore, on emploiera un caustique dans l'espoir de détruire le chancre; il est bien évident aussi que l'excision ne sera pas tentée, en raison du siège de l'accident primitif qui nous occupe; le syphilome est ici particulièrement difficile à aborder et sa dissection ne manquerait pas d'entraîner des délabrements considérables. D'ailleurs, le diagnostic du chancre n'étant pas le plus souvent fait de très bonne heure, les tentatives d'une éradication, forcément tardive, seraient tout à fait injustifiées.

La seule thérapeutique locale consistera en bains, en topiques locaux, en onctions à la vaseline boriquée ou iodoformée, portés, si possible, au contact de l'ulcération. Greenough (1) préconise l'emploi continu de cotons imbibés de pommade mercurielle, ce qui diminue notablement l'infiltration existante.

Pour éviter le rétrécissement cicatriciel qui suit la guérison du chancre, il sera bon de joindre à ces moyens l'antisepsie régulière de l'ulcération. Cazoli vante l'usage de l'iodol mélangé ou non à parties égales de calomel, mélange qui aurait une action surprenante sur l'induration de la base du chancre.

Le rétrécissement constitué, il faudra, à ces lésions banales de sclérose, opposer le traitement commun des sténoses uréthrales; la dilatation progressive, l'uréthrotomie interne ou externe auront leurs indications respectives comme pour tout rétrécissement. A l'uréthrotomie interne, le professeur Majocchi préfère, lorsque la sténose est balanique, la méthode connue en Italie sous le nom de méthode de l'hypospadias artificiel et qui consiste à faire une incision du gland, en dessous du rétrécissement, en allant jusqu'à l'insertion du frein; puis on suture les bords de la plaie.

Bien entendu, le traitement général ne sera pas négligé; c'est par lui qu'on devra commencer avant de tenter la moindre intervention chirurgicale. C'est encore lui qui permettra d'arriver à la guérison des uréthrites secondaires, aidé ou non de lavages de l'urèthre avec des solutions de sublimé très étendues ou d'injections de nitrate d'argent à très faible dose.

Veale pense que le mercure et l'iodure ne doivent pas être prescrits à l'intérieur à cause de leur action irritante, qui aggraverait les symptômes uréthraux. Il préfère les frictions mercurielles au traitement interne. La plupart des médecins ne partagent point cette manière de voir et ne craignent pas d'administrer le traitement mixte pour faire disparaître rapidement les gommes de l'urèthre. Lorsqu'il y aura menace de perforation, on se trouvera bien d'employer d'énergiques moyens comme les injections hypodermiques de sels mercuriels, solubles ou non.

Il nous reste à examiner quel sera le traitement à opposer aux fistules déjà constituées. Notre maître, M. Humbert (2), l'envisage de la façon suivante : le traitement doit consister non seulement dans l'occlusion de la fistule, mais autant qu'il est possible dans la correction des difformités du pénis. Les procédés classiques doivent être, dans la majorité des cas, modifiés ou associés et encore n'obtiendra-t-on souvent un résultat définitif qu'au prix de plusieurs interventions successives. Pour les très petites fistules, la cautérisation; l'uréthrorraphie, s'il y a assez d'étoffe pour qu'on puisse rapprocher les deux lèvres de la fistule. Souvent on sera obligé de lui joindre l'uréthroplastie, tant pour achever l'occlusion de l'urèthre que pour rendre à la verge une configuration normale. Si l'uréthroplastie est

(1) Allen. *Journ. o' cutan. Diseases*, 1887, p. 224.

(1) Greenough. Primary syphilitic lesions of the meatus urinarius, *Journ. of cut. and gen.-urin. diseases*, juillet 1889.

(2) Humbert. Soc. de dermat., 11 avril 1890.

seule praticable, on l'exécutera à l'aide de lambeaux pris sur les téguments du prépuce, du fourreau, du scrotum.

THÉRAPEUTIQUE

Injections de sérum intraveineuses et sous-cutanées.

M. Beurnier, après une étude soigneuse consacrée à ce sujet dans le *Bulletin de thérapeutique*, conclut ainsi :

1° L'injection intraveineuse de sérum est une opération possible à l'hôpital, lorsqu'on a des aides et une instrumentation suffisante :

Des aides pour aseptiser largement et vous seconder dans le manuel opératoire, souvent difficile et toujours délicat;

Une instrumentation suffisante, bande de Nicaise, gros tube de caoutchouc, soie, catgut, crins de Florence, etc., qu'on n'a pas d'habitude dans sa trousse.

2° Même dans ces circonstances, elle est toujours dangereuse par la possibilité de l'embolie. Si les conditions d'antisepsie ne sont pas parfaites, la phlébite consécutive est à redouter.

3° Elle n'est pas plus efficace que l'injection sous-cutanée, car les quantités injectées dans le même temps par l'une ou l'autre méthode sont peu différentes, et la vitesse d'absorption est la même.

4° Si la douleur est, par exception, trop intense dans l'injection sous-cutanée, il suffit de faire plusieurs injections en différents points.

5° Quant au procédé à employer dans la méthode sous-cutanée, l'appareil de Blanc agissant par refoulement me paraît très applicable, et il a ce grand avantage d'être entre toutes les mains. Il est évidemment préférable de se servir de l'appareil de Demouthiers, lorsqu'il est possible de se le procurer.

6° L'injection intraveineuse est une opération, tandis que l'injection sous-cutanée n'en est pas une à proprement parler, et votre premier devoir est d'éviter une opération qui n'est pas nécessaire et qui, de plus, est dangereuse.

7° J'estime donc que l'injection intraveineuse ne doit pas être recommandée aux praticiens, et qu'ils trouveront toujours dans l'injection sous-cutanée une ressource suffisante, qui ne leur donnera aucun mécompte.

CONGRÈS DE MOSCOU

COMMUNICATIONS

Absorption de substances étrangères par les amygdales chez l'homme; application de ce fait à l'étiologie des processus infectieux. — On peut résumer ainsi la communication de M. GOODALE (de Massachussets) :

1° L'absorption existe normalement dans les amygdales et se fait à travers la muqueuse des cryptes;

2° Les matières absorbées suivent la voie des lymphatiques interfolliculaires contenus dans les plus grosses trabécules fibreuses;

3° Pendant le processus d'absorption, les matières étrangères subissent une action phagocytique de la part des leucocytes polynucléaires situés dans la muqueuse;

4° Normalement, des bacilles existent dans les cryptes, mais leur existence n'est pas prouvée dans le tissu tonsillaire.

Lampe à acétylène. — M. CUVILLIER (de Paris) présente une lampe portative à acétylène, pouvant servir à l'éclairage par réflexion en laryngologie et otologie.

Cette lumière offre comme avantages : son intensité, sa fixité constante, sa coloration blanche qui laisse aux tissus leur teinte réelle.

L'appareil se transporte facilement quand on doit faire un examen au domicile du malade. Selon l'intensité du bec d'éclairage, il donne de la lumière pendant deux à six heures. On peut le recharger soi-même selon les besoins.

Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'épaule. — M. S. DUPLAY (de Paris), pour aborder largement l'articulation de l'épaule, dans le cas d'ostéo-arthrite, emploie, depuis quatre ans, le procédé suivant, qui lui a donné constamment les meilleurs résultats : il pratique d'abord l'incision antérieure classique, qui, partant du milieu de l'espace situé entre l'apophyse coracoïde et l'acromion, descend obliquement en bas et un peu en arrière suivant la direction des fibres du deltoïde, sur une étendue de 8 à 10 centimètres. De l'extrémité supérieure de cette incision, on en fait partir une seconde qui contourne et suit exactement les bords antérieur et externe de l'acromion jusqu'à sa limite postérieure. Disséquant alors la lèvre supérieure de cette deuxième incision, on met à découvert toute a face supérieure de l'acromion, jusqu'au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.

On scie alors l'acromion obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans, et on achève de mobiliser le fragment osseux ainsi détaché et auquel s'insèrent les fibres du deltoïde, en sectionnant quelques brides fibreuses qui le retiennent à sa face profonde. La première incision ayant sectionné toute l'épaisseur des parties molles, on a donc constitué un grand lambeau triangulaire, dont le sommet mobile répond à l'angle de réunion des deux incisions. En renversant ce lambeau en dehors et en bas, on met largement à découvert toute l'articulation, et la capsule articulaire étant ouverte, on aborde alors aussi aisément la cavité glénoïde que la tête humérale, et l'on se comporte comme il convient, suivant l'étendue des lésions que l'on a sous les yeux. L'opération terminée, on relève le lambeau et on suture l'acromion à l'aide de deux ou trois fils d'argent, avant de fermer la plaie cutanée.

Severeanu (de Bucharest) a également pratiqué la section de l'acromion, après une incision sus-acromiale antéro-postérieure, pour le traitement des luxations irréductibles de l'épaule. M. Duplay a eu de même l'occasion d'appliquer le procédé qu'il vient de décrire à la réduction ou à le résection de la tête humérale dans plusieurs cas de luxations anciennes de l'épaule, et l'opération s'est toujours faite très facilement.

Traitement conservateur et traitement opératoire dans la coxalgie. — M. V. MÉNARD (de Berck-sur-Mer). De 1894 à 1897, sur 615 coxalgiques soignés, soit à l'hôpital maritime, soit dans les deux sanatoria des Enfants assistés de la Seine, la coxalgie s'est présentée sous la forme sèche, sans abcès ni fistules, chez 261 enfants. Un très petit nombre d'entre eux sont arrivés à la période de début; presque tous appartenaient à la deuxième période (contractures, abduction) et surtout à la troisième (ascension du grand trochanter).

La question de l'intervention chirurgicale n'a jamais été

soulevée pour la coxalgie sèche, à part les opérations orthopédiques (ostéotomie sous-trochantérienne) de la période de guérison. Les moyens de traitement ont été, pour la première et pour la deuxième période, le repos avec l'extension continue (cas légers) et avec l'immobilisation rigoureuse à l'aide d'appareils plâtrés (cas plus graves). A la période de convalescence, les malades marchent avec un appareil immobilisateur et avec des béquilles.

Chez 108 malades, la coxalgie était compliquée, soit à l'arrivée, soit pendant le séjour à Berck, d'un abcès fermé, exempt d'infection secondaire. Tous ces abcès, sans exception, ont été traités d'abord par les injections modificatrices (naphtol camphré) ; 94 fois, l'abcès a guéri après deux à dix injections, rarement davantage ; 6 fois, une fistule persistante s'est établie ; chez 8 malades, dont l'abcès n'avait pas guéri après une série longue et nombreuse d'injections, M. Ménard a pratiqué la résection de la hanche, suivie de réunion par première intention sans drain. Cette opération a donné 7 succès complets sur 8 cas ; dans le huitième, la guérison a été obtenue après une période fistuleuse de cinq mois.

L'abcès de la coxalgie est assez souvent précédé et annoncé par une période douloureuse. En pareil cas, la douleur résiste au repos et à l'extension continue ; elle est calmée par l'appareil plâtré, étendu de l'aisselle au pied. Cette période, pouvant se prolonger plusieurs mois avant l'apparition de l'abcès à l'extérieur, il a souvent pensé à opérer ; il y a toujours renoncé. Il lui a paru préférable d'attendre la formation de l'abcès pour le traiter par les injections.

Si les abcès fermés, modifiés et en apparence guéris par cette méthode, se reproduisent plus tard, c'est toujours sous la forme aseptique ; les injections sont de nouveau applicables avec succès. Lorsque, au contraire, la hanche est ou a été fistuleuse, les abcès qui surviennent sont mixtes, c'est-à-dire infectés, par suite rebelles au traitement par les injections et voués à l'ouverture fistuleuse, sauf rare exception. Les injections, en guérissant les abcès, conduisent en général la coxalgie à une guérison prochaine. Lorsque, par exception, elles ne guérissent pas l'abcès, elles préparent certainement le succès de la résection.

La coxalgie s'est compliquée de fistules dans 146 cas, presque toujours antérieurement à l'entrée à l'hôpital maritime. Sur ce nombre, 20 malades sont arrivés à Berck, guéris de leurs fistules ; 35 autres ont pu guérir à l'hôpital maritime de Berck sans aucune intervention. La plupart de ces guérisons spontanées se sont produites chez des enfants jeunes, de trois à sept ou huit ans ; la cicatrisation spontanée devient moins fréquente et moins durable à mesure que l'âge avance ; 27 coxalgies, fistuleuses ou non, avaient été traitées par la résection de la hanche avant l'arrivée à Berck : 7 étaient guéries ; 19 conservaient des fistules ou en ont reproduit pendant leur séjour.

Laryngotomie et laryngectomie. — M. CASTEX (de Paris) relate les observations cliniques et opératoires de trois malades qu'il a opérés récemment de tumeurs malignes laryngées (laryngotomie, laryngectomie partielle, laryngectomie totale). Il les fait suivre des remarques que lui ont suggérées toutes ses diverses interventions antérieures :

1° Dangers particuliers de la narcose chloroformique, même avant toute incision, chez les cancéreux (réflexes cardiaques mortels) ;

2° Utilité de bourrer temporairement, à la gaze iodoformée, la région sous-glottique, car la canule de Trendelenburg laisse toujours passer un peu de sang ;

3° Grandes ressources que donne la thyrotomie exploratrice pour mieux voir jusqu'où doit aller l'exérèse ;

4° Facilité qu'offre la résection partielle du cartilage thyroïde pour poursuivre les prolongements profonds du néoplasme ;

5° Possibilité d'extension à l'œsophage, alors même qu'il n'y a pas d'adénopathies et que le cancer semble, de par la clinique, exactement limité au larynx.

Traitement de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique au moyen de la paracentèse suivie de l'insufflation d'air dans la cavité abdominale. — M. JOAQUIN DURAN (de Barcelone). Si l'efficacité de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse est définitivement établie, les divers facteurs qui interviennent dans la guérison sont encore incomplètement déterminés.

En passant en revue les diverses explications invoquées par les auteurs, M. Joaquin Duran arrive à la conclusion que c'est à l'action de l'air sur la séreuse péritonéale, à son effet irritant, qu'il faut attribuer la mort des colonies bacillaires. Or, si l'air intervient comme principal agent curateur, point n'est besoin de pratiquer la laparotomie pour obtenir la guérison : il suffit, une fois le liquide ascitique évacué, d'insuffler de l'air dans la cavité abdominale.

Les succès obtenus par M. J. Duran lui permettent d'affirmer que la méthode de choix dans le traitement de la péritonite tuberculeuse doit être l'insufflation d'air et non la laparotomie. Il faut pratiquer cette insufflation dès que le diagnostic est établi, sans s'attarder à des médications palliatives ; du reste, dans la péritonite tuberculeuse sèche, l'insufflation paraît aussi produire de bons effets.

M. Duran va plus loin et croit que l'insufflation peut être utile dans les ascites inflammatoires non tuberculeuses, et en général dans les exsudats séreux.

Diagnostic des adhérences pleurales en chirurgie pulmonaire. — M. K. SAPIEJKO (de Kiew) impute la plupart des insuccès obtenus dans les interventions pour les affections pulmonaires, à l'absence d'un diagnostic ferme, et surtout à l'impossibilité de préciser l'existence des adhérences de la plèvre, et enfin à notre impuissance à provoquer ces dernières.

Pour déterminer si ces adhérences existent, il recherche l'état de la pression de la cavité pleurale. Prenant comme manomètre un simple tube en verre à double coudure, rempli d'une solution physiologique stérilisée, il fait communiquer l'une de ses extrémités avec la cavité pleurale à l'aide d'une aiguille tubulaire mousse de grosseur moyenne, pourvue d'une ou deux ouvertures latérales.

Quand il n'existe pas d'adhérences, la pression, normalement négative, attire le liquide du manomètre dans la plèvre et le niveau s'abaisse à l'autre extrémité de l'appareil.

S'il existe des adhérences pleurales, le niveau du liquide du manomètre ne s'abaisse pas dans leur région.

De la symphyséotomie. — M. ZWEIFEL (de Leipzig) a fait pour sa part 32 symphyséotomies et n'a eu qu'un cas de mort. L'opération lui paraît fort simple en elle-même, mais les suites de la symphyséotomie sont beaucoup plus longues que celles de l'opération césarienne.

M. Zweifel a eu 3 cas de blessures de la vessie, et notamment une fois par le cathéter, et une autre fois par pincement de la vessie entre les deux os pubiens. Quant à l'infection possible après l'opération, M. Zweifel la considère comme très facile par suite de la rétention du pus dans le tissu cellulaire rétro-pubien.

Dans les cas où il a eu à faire la symphyséotomie, M. Zweifel a toujours eu des suites sans complications; deux fois il eut à opérer la même femme et, dans tous les cas où il fit la section de la symphyse pubienne, il attendit toujours pour agir que le col utérin fût entièrement dilaté.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Concours de 1897.

Liste par ordre de mérite des candidats admis à ladite école.

1. MM. Téchoueyres, Caujole, Dreyfus, Notin, Cornet, Marland, Manaud, Boutin, Prat, Roudié.

11. Boigey, Joly, Massol, de Gaulejac, Piètrement, Maître, Chapellier, Herscher, Armeilla, Pasteur.

21. Cabuzac, Escher, Miécamp, Jullien, Michel, Pichon, Bailliart, Bertrand, Feldmuller, Clément.

31. Champeaux, Guérin, Guilhaumon, Evrard, Battez, Cariès, Fontagné, Carret, Borderies, Garnier.

41. Cortez, Borie, Mayrac, Marcaillou d'Ayméric, Métoz, Vennat, Lantieri, Pons, Lajoux, Brionval.

51. Besson, Taillefer, Dusserre, Cazaux, Bargy, Ferron, Caillard, Nicolle, Demanneville et Bertrand.

Les 30 premiers candidats inscrits devront se présenter à l'école le 25 octobre, à huit heures du matin, et les autres à deux heures du soir le même jour.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur G. Gautier vient de réunir, dans une élégante plaquette, tous les discours prononcés à l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Duchenne (de Boulogne). Outre la photographie du monument, cette plaquette donne les portraits de Duchenne (de Boulogne) et de Charcot, et le fac-simile de la signature du fondateur de l'École de la Salpêtrière.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Camuset (de Chartres); Joubert (d'Entrains); Lombard (de Dôle), ancien député du Jura; Serres (de Limoux); Théry (de Combles); et Valette (de Tulle).

— *Erratum.* — MM. Boucher, Jagot-Lacoussière et Delamarre, dont nous avons annoncé, dans notre dernier numéro, la nomination comme chevaliers de la Légion d'honneur, ont le grade de médecin-major de *première* classe et non de deuxième classe.

Neurosine Prunier — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

ÉTIOLOGIE DE LA CIRRHOSE HÉPATIQUE DES BUVEURS

Par M. le docteur E. LANCEREAUX,
Membre de l'Académie de médecine.

Il est admis aujourd'hui que l'alcool est la cause de la cirrhose, et soutenir le contraire serait s'exposer à n'être pas cru; pourtant, telle est notre opinion et nous devons à la vérité de la faire connaître. Frappé, depuis longtemps (1), du peu de signes d'intoxication alcoolique présentés par le buveur atteint de cirrhose, je m'appliquai à chercher la raison de ce fait, et ne tardai pas à me convaincre que, chez nous du moins, la cirrhose est engendrée par les excès de vin et non par l'abus des spiritueux. En effet, sur un total de 210 observations personnelles, recueillies depuis trente-cinq ans, sans aucun parti pris, et dépouillées avec le plus grand soin, je trouve :

Simples excès de vin.	68 fois.
Excès combinés de vin, d'eau-de-vie, de rhum ou d'absinthe. . .	126 —
Excès de vin et de bière	12 —
— et de cidre	4 —
Total. . . .	210 fois.

De ce relevé, il ressort manifestement que le vin est, à Paris, la cause efficiente de la cirrhose, puisque l'excès de cette boisson est signalé dans tous les cas, et que souvent même il n'est associé à aucun autre. La quantité de vin, ingéré dans les vingt-quatre heures, oscille, de l'aveu même des malades, entre 2 et 6 litres; elle est le plus souvent de 3 litres. La qualité de ce liquide est variable; nos malades, en général, faisaient usage du vin rouge que vendent à Paris les débitants, à raison de 80 centimes le litre, plus rarement, 17 fois sur 100, de vin blanc, pris le matin à jeun, à un moment où l'absorption, vu la vacuité de l'estomac, est des plus rapides et l'action sur le foie directe et énergique.

(1) Voyez le résumé d'une de nos leçons cliniques par le docteur Brochin : « Cirrhoses hépatiques alcooliques. Étiologie, » *Gaz. des hôpit.*, Paris 16 janv. 1886.

Le vin, dans tous ces cas, tenait le premier rang, et, partant, la cirrhose du buveur serait mieux désignée sous le nom de *cirrhose œnolique* ou *vinique* que sous celui de *cirrhose alcoolique*, si ce mot n'avait depuis longtemps cours dans la science.

La fréquence relative de la cirrhose, dans certains pays vignobles où l'alcoolisme est rare ou méconnu, vient appuyer nos observations. Il arrive de rencontrer dans ces pays des hommes qui boivent 3, 4 litres et plus de vin par jour, et qui, à part un léger degré d'excitation, n'ont pas de signes évidents d'intoxication alcoolique, et finissent par une simple cirrhose. Il est reconnu que les vignerons des bords du lac Léman, ceux des environs de Lausanne surtout, qui récoltent un vin blanc recherché, sous le nom de vin d'Ivorne, sont sujets à cette affection, et nous savons qu'en France, la cirrhose, commune à Paris comme aussi dans quelques pays vignobles (Anjou, Vendée, etc.), est relativement rare dans d'autres contrées telles que la Normandie et la Bretagne, où se consomment peu de vin et une forte proportion d'eau-de-vie. J'ai reçu, à ce sujet, des renseignements identiques et des plus précis de deux de mes élèves, MM. les docteurs Bazin, de Carrouge (Normandie), et Baley, de Chateaulin (Bretagne), qui, l'un et l'autre, connaissent fort bien la cirrhose hépatique. A Chateaulin et dans ses environs, m'écrit M. le docteur Baley, malgré la fréquence des excès d'eau-de-vie, il m'a été impossible d'observer un seul cas de cirrhose pendant quatre années d'une pratique étendue.

Notre conviction, une fois établie au sujet de l'action exercée par le vin sur la genèse de la cirrhose hépatique, il nous restait à rechercher quelle pouvait être la substance nuisible. L'alcool se trouvait tout d'abord éliminé, puisque je ne rencontrais pas de cirrhose chez mes malades adonnés simplement à cette boisson, pas plus que chez ceux dont l'absinthe était la passion. Mon attention fut alors attirée vers les sels de potasse, dont la proportion est relativement forte dans certains vins et dans quelques bières. Aidé par mon interne en pharmacie, M. Couturieux, je m'efforçai de déterminer, par une série d'expériences pratiquées sur des animaux, l'influence que ces sels peuvent exercer sur le foie. Dès le commencement de l'année 1893, plusieurs animaux : cobayes, lapins et chiens, reçurent, chaque jour, une alimentation à laquelle était mélangée du bisulfate de potasse dans la proportion de 2 à 7 grammes. Cette alimentation, ingérée en partie et sans trop de difficultés par les cobayes et les lapins, répugnait généralement aux chiens

qui n'en usaient que forcés par la faim, en sorte qu'il était difficile de déterminer exactement la quantité de sels que chacun de ces animaux pouvait ingérer quotidiennement. Néanmoins, la plupart périrent entre six et dix-huit mois, et chez tous on constata, à divers degrés, des lésions manifestes de sclérose bi-veineuse en tout semblables à celles du buveur de vin.

Ces expériences mettent en évidence l'action du bisulfate de potasse sur le foie, puisque aucune autre cause n'était en jeu, nos lapins et cobayes étant nourris exclusivement de son et d'herbes, et nos chiens de viande et de pain. Elles concordent parfaitement, d'ailleurs, avec l'inégale répartition de la cirrhose alcoolique dans les différents pays d'Europe, et, comme j'ai pu m'en convaincre pendant un voyage récent, en Angleterre, avec l'identité des caractères de cette affection, circonstance importante et qui indique l'unité de cause. Or, si en Angleterre la cirrhose est particulièrement attribuée au gin et au brandy, en Allemagne à la bière, et en d'autres lieux, en Russie, par exemple, à l'eau-de-vie, il est admissible que ces différentes boissons, si elles en sont la cause réelle, renferment forcément une substance commune.

Cette substance, croit-on, c'est l'alcool, et pendant longtemps, telle a été notre manière de voir; mais, dès le jour où nous sommes parvenu à distinguer l'intoxication par le vin et celles qu'engendrent les eaux-de-vie, et les boissons alcooliques avec essences, il nous a été facile de reconnaître que le foie, à part un léger degré de stéatose, reste normal dans ces deux dernières intoxications, tandis qu'il augmente constamment de volume et finit par devenir cirrhotique, à la suite de plusieurs années d'excès de vin. Dans ces conditions, il nous fallut bien changer d'opinion et reconnaître que l'alcool ne pouvait être l'agent étiologique de la cirrhose du buveur, et c'est alors que furent commencées nos expériences à l'aide des sels de potasse. Mais est-ce bien à ces sels qu'il convient d'attribuer la cirrhose dite alcoolique? La question serait facile à résoudre, si on possédait des analyses chimiques rigoureuses de toutes les boissons et de leurs falsifications, malheureusement il n'en est rien. Cependant, nous savons qu'en Allemagne, où les excès de bière sont bien connus, la cirrhose est assez généralement attribuée par les médecins du pays à cette boisson qui permet l'ingestion d'une forte proportion de sels de potasse, en raison de la grande quantité qu'il est possible d'absorber dans les vingt-quatre heures. Les Anglais, de même que les Allemands, consomment beaucoup de bière, et l'on peut croire que les excès de cette boisson et le vin qu'on y associe, dans certains cas, comme nous avons pu nous en assurer, sont, plutôt que l'alcool, la cause des cirrhoses observées dans ce pays. Il est vraisemblable que les choses ne se passent pas autrement en Autriche et en Russie, aux États-Unis d'Amérique, au Mexique, aux Antilles, etc. Cette opinion, du reste, se trouve confirmée par l'observation d'un médecin des plus distingués, ancien interne des hôpitaux de Paris, exerçant depuis plus de dix ans la médecine à Haïti. Voici ce que m'écrivait le docteur Audain, dans le courant de l'été 1895, à l'occasion d'une communication faite par moi à l'Académie de médecine, où je cherchais à démontrer l'influence étiologique du vin dans la cirrhose alcoolique : « Je m'explique maintenant la rareté de la cirrhose du foie dans un pays où les excès alcooliques (tafia et rhum) sont des plus fréquents et des plus considérables; » et il ajoutait : « Après avoir consulté mes notes, j'arrive à reconnaître que des cas de cirrhose, au nombre de cinq seulement, observés par moi, deux se rencontraient chez des individus qui abusaient du vin au moins autant que de rhum; quant aux trois autres, l'un d'eux n'était pas nettement établi; un autre, concernant une jeune fille de quinze ans, pouvait être d'origine spécifique, et le dernier se rapportait à une femme du peuple dont je n'avais pas recherché exactement les habitudes. »

En présence de cet ensemble de faits cliniques et expérimentaux, il n'est pas douteux que la cirrhose dite alcoolique ne puisse tenir à d'autres influences que l'alcool. Bien plus, il y a lieu, selon nous, de renoncer à l'idée, passée aujourd'hui à l'état de dogme, à savoir que l'alcool est la cause efficiente de cette affection. Aux preuves que nous en avons déjà données, ajoutons encore celles que nous fournit l'expérimentation avec l'alcool.

Ludger Lallemand, Maurice Perrin et Duroy (1), bien qu'ayant constaté expérimentalement, sur les chiens auxquels ils faisaient prendre de l'alcool, que le foie est, de tous les organes, celui qui retient, relativement au poids, le plus d'alcool, n'ont trouvé dans cet organe qu'une altération graisseuse des cellules glandulaires. Magnan (2), à la suite d'expériences analogues, ne parvint à produire qu'une dégénérescence graisseuse avancée du foie, sans sclérose. Dujardin-Beaumetz et Audigé (3) ne déterminèrent, chez le porc, d'autres désordres que des altérations des cellules du foie. Mairet et Combemale (4), Strassmann (5) enfin ont noté pour toute lésion l'infiltration graisseuse des cellules hépatiques.

Toutefois, Straus et Blocq (6), en faisant ingérer par la sonde de l'alcool à des lapins, seraient arrivés à déterminer une infiltration embryonnaire systématisée dans les espaces portes, sans altération cellulaire concomitante. Ces résultats contradictoires exigeaient une interprétation que Laffite (7) croit avoir trouvée, car il l'attribue aux érosions gastriques existant chez ces animaux. Il est possible en outre de se demander si cette prolifération ne pouvait être due à des psorospermies, et si la qualité de l'alcool ingéré ne laissait pas à désirer. Sans pouvoir donner de raisons pour l'une plutôt que pour l'autre de ces hypothèses, il n'est pas moins acquis pour nous que l'ingestion de l'alcool modifie les cellules, de préférence au tissu conjonctif du foie, et y détermine une infiltration graisseuse. Afanassiew (8) note également cette même infiltration, et, comme Laffite et von Kahlden, arrive à la conclusion que la cellule hépatique est seule lésée par l'alcool, sans que jamais le tissu conjonctif ne soit irrité.

D'ailleurs la physiologie, en nous apprenant que les boissons spiritueuses diminuent l'exhalation d'acide car-

(1) Ludger Lallemand, Perrin et Duroy. *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques sur l'organisme*, Paris 1860.
(2) Magnan. *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, Paris 1873, t. V, p. 121.
(3) Dujardin-Beaumetz et Audigé. Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique, *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris 1881, p. 171.
(4) Mairet et Combemale. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1888, p. 757 et 871.
(5) Strassmann. *Viertel. Jahrschr. f. gerictl. Med. und öff. Sanil.*, 1888, XLIX, 272.
(6) J. Straus et P. Blocq. Étude expérimentale sur la cirrhose alcoolique du foie, *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1er oct. 1887, p. 409.
(7) Ad. Laffite. *Intoxication alcoolique expérimentale et cirrhose de Laënnec*, Th. de Paris, 1892.
(8) Afanassiew. *Beitr. z. path. anat.*, VIII.

bonique et les combustions, nous conduit à attribuer à un ralentissement de la nutrition, les dépôts graisseux, si communément observés chez les buveurs, tant dans les éléments glandulaires du foie qu'au pourtour des principaux viscères, dans le mésentère, les épiploons, etc. Une double influence étiologique vient ainsi nous rendre compte de la cirrhose, dite graisseuse, particulièrement observée chez les personnes qui s'adonnent tout à la fois au vin et à l'alcool, chez celles qui prennent peu d'exercice, et qui par cela même oxydent peu, la femme par exemple. L'agent qui engendre l'altération du tissu conjonctif n'étant pas celui qui produit l'adipose des cellules hépatiques, ces deux altérations, liées chacune à des causes différentes, sont forcément indépendantes l'une de l'autre, superposées pour ainsi dire, de telle sorte que toute *cirrhose mixte* est un mythe.

Étant admis, comme nous croyons l'avoir démontré, que les sels de potasse et surtout les sulfales (1) sont la cause de la cirrhose du buveur, il est rationnel de croire, si on tient compte de la localisation spéciale de cette affection aux divisions périlobulaires de la veine porte, que ces sels, introduits dans le sang, exercent une action directe sur les parois de ces vaisseaux et le tissu conjonctif adjacent. La fréquence de la cirrhose chez les buveurs de vin, à Paris surtout, où cette boisson, *généralement plâtrée*, renferme de 4 à 6 grammes de sulfate de potasse par litre, chez les paysans qui prennent plusieurs litres par jour, chez les individus qui ont l'habitude de boire à jeun du vin pur, chez les garçons brasseurs que n'effraient pas huit à dix litres de bière, vient appuyer notre manière de voir, puisqu'elle nous montre que précisément ceux-là qui absorbent le plus de sels de potasse sont les plus exposés à cette affection.

DE LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE D'URGENCE CHEZ LES PROSTATIQUES (2)

Par M. Xavier Delore (de Lyon),
Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

I

Par cystostomie sus-pubienne d'urgence, il faut entendre, comme le nom l'indique, la création méthodique d'un méat sus-pubien nécessitée par des accidents d'une gravité telle, soit au point de vue fonctionnel, soit au point de vue des dangers encourus par le malade, que toute temporisation doit être rejetée. Ce sont des faits de cette nature qui avaient particulièrement frappé notre maître, M. le professeur Poncet, et qui furent, dès 1888, le point de départ de ses recherches sur la formation méthodique d'un urèthre sus-pubien chez les prostatiques. Depuis lors, soit dans les thèses de ses élèves Bonan (1892), Lagoutte (1894), soit dans les diverses publications ou discussions devant les sociétés savantes (3), il s'est efforcé de préciser les indications, après en avoir nettement indiqué le manuel opératoire.

(1) Tous les sels de potasse ne paraissent pas aptes à produire au même degré les lésions de la cirrhose du buveur, car un lapin dont les aliments étaient arrosés de nitrate de potasse ne nous a pas présenté d'état cirrhotique appréciable au bout d'une année.

(2) Travail de la Clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet.

(3) Poncet. *Gaz. des hôpit.*, 1893; — *Gaz. hebd.*, juin 1894; — Soc. de méd. de Lyon, juillet 1897.

Dans le travail de M. Faure, se trouvent résumées en dernière analyse les conditions qui demandent cette intervention d'urgence (1). Les différentes villes ont accepté peu à peu la cystostomie sus-pubienne; à Paris, nous retrouvons plusieurs travaux sur ce sujet, en particulier la thèse d'Auneau (2); M. le professeur Audry inspire, à Toulouse, la thèse de Loubat (3); M. Helferich, au Congrès des chirurgiens allemands (1897), et M. Witzel rappellent les indications de la cystostomie. Enfin nous avons pu nous convaincre dernièrement, après quelques recherches, qu'en France notamment, la plupart des chirurgiens étaient partisans de l'opération et se félicitaient des services qu'elle avait rendus à leurs malades. Nous bornerons là ce court historique en même temps fort incomplet; nous n'avons pas l'intention de nous adresser aux maîtres de la chirurgie, qui sont, pour la plupart, convaincus de la nécessité et des bienfaits de cette intervention d'urgence. Notre but est plus modeste; en écrivant cet article, nous nous adressons surtout aux praticiens qui voient le malade au début des accidents prostatiques et qui peuvent plus facilement, de par cette situation, rendre un service signalé à ces malheureux infirmes, qu'une prompte décision peut sauver et que tout autre traitement laisse exposés à des complications rapidement mortelles. Trop souvent, en effet, nous voyons arriver dans les salles de chirurgie des malades voués à la mort, alors qu'une thérapeutique plus prompte les eût, sans doute, rappelés à la vie. Avant de poser les indications de la cystostomie d'urgence, nous signalerons deux faits remarquables qui sont la preuve évidente des bienfaits de l'opération pratiquée à temps chez l'un, des méfaits causés par les retards à cette intervention chez l'autre.

Au mois de juillet dernier, M. Poncet fut mandé auprès d'un vieillard de quatre-vingt-sept ans, qui depuis une quinzaine de jours était soigné par des cathétérismes faciles pour une rétention d'urine. Deux jours avant la visite, ce malade avait été atteint de troubles digestifs, tandis que le passage de la sonde devenait douloureux, difficile et rapidement impraticable. Une fausse route uréthrale existait quand M. Poncet essaya un cathétérisme fort prudent qui ne donna aucun résultat. En présence de l'impossibilité du cathétérisme, d'un empoisonnement urinaire à marche aiguë : température rectale, 40 degrés, délire continu, etc. la cystostomie fut décidée et pratiquée immédiatement. Deux jours après l'opération, la température était devenue normale, le vieillard avait repris toute sa connaissance; dix jours après l'opération, il se levait, il pouvait bientôt monter en voiture et se tenait assis pendant toute la journée. Enfin trois semaines ne s'étaient pas encore écoulées depuis la cystostomie que ce vieillard reprenait sa vie ordinaire, ses occupations sociales aussi bien et même beaucoup mieux qu'auparavant; les urines étaient retenues en totalité par l'appareil construit par la maison Lafay, suivant les indications de M. Poncet, tandis qu'autrefois, les mictions étaient très fréquentes, environ toutes les heures de nuit, et rendaient la vie insupportable.

Si nous citons ce cas, ce n'est pas qu'il soit unique, il en existe beaucoup d'autres semblables; c'est seulement en raison du grand âge du malade et de la rapidité de la gué-

(1) Faure. *Cystostomie sus-pubienne d'urgence*, Lyon 1895.

(2) Auneau. Th. de Paris, 1895.

(3) Loubat. Th. de Toulouse, 1897.

rison (1) que nous avons cru devoir le rappeler comme exemple typique.

Le second malade s'est présenté dans des conditions absolument opposées et le résultat malheureux en est aisément explicable. Au milieu du mois d'août de cette année, on apportait à l'Hôtel-Dieu un vieillard de soixante-dix ans, qui vingt-six jours auparavant, en pleine santé, avait été pris brusquement de rétention d'urine; le cathétérisme facile au début avait soulagé le malade pendant vingt jours; alors la difficulté du passage de la sonde et une fausse route avaient rendu impossible l'évacuation des urines. Le médecin pratiqua une ponction vésicale au bout de deux jours et envoya le patient à Lyon, dans le service de M. Poncet. Lorsqu'il arriva à l'hôpital, après quarante kilomètres en chemin de fer, cet individu n'avait pas uriné ou n'avait pas été ponctionné depuis plus de trois jours; la vessie remontait au-dessus de l'ombilic, la *température était de* 33°5 et le simple passage de la main sur la poitrine du malade indiquait déjà une hypothermie considérable. La cystostomie rapidement pratiquée (5 minutes) ne montra comme particularité intéressante qu'une infiltration grisâtre du tissu cellulaire prévésical, probablement consécutive à la ponction (2); la vessie était énormément dilatée et, malgré la ponction au bistouri, ne revint pas sur elle-même aussitôt après, mais garda toujours une capacité de plusieurs litres; elle contenait une grande quantité d'urines fétides, chargées de pus. Dans l'urèthre existait, d'autre part, un amas d'un demi-verre de pus environ, ramassé dans la région bulbaire, qui était le siège des fausses routes successives. On fit un lavage minutieux de la vessie, et quinze minutes après, le malade, qui *n'avait pas été endormi à cause de son état grave* et qui cependant *n'avait pas poussé une plainte* pendant toute la durée de l'opération, était reporté dans son lit et réchauffé autant que possible. Il disait n'avoir pas ou presque pas souffert et se déclarait soulagé très manifestement. Le résultat fut celui que l'on redoutait : en raison d'une intervention, malheureusement aussi tardive, le malade mourut huit heures après la cystostomie. Cet individu, en définitive, pour des raisons que nous ne chercherons pas à élucider, était resté pendant plus de six jours sans évacuation vésicale, au moins suffisante; qu'est-ce qu'une ponction vésicale pour une vessie infectée et en état de rétention? L'indication urgente n'a été remplie que trop tardivement et nul doute que, traité d'une façon plus précoce, cet homme, qui paraissait robuste, n'eût conservé la vie. Le moment de l'intervention a été trop longtemps différé; au lieu de pratiquer une cystostomie d'urgence, le chirurgien n'a pu que pratiquer une cystostomie *in extremis*. Évidemment, malgré tout, l'opération in extremis doit encore être faite au même titre qu'une kélotomie par exemple, quel que soit l'état présumé de l'intestin étranglé. (C'est une banalité de répéter que ces opérations d'urgence : cystostomie, kélotomie, etc., n'ont aucune gravité et que le pronostic est entièrement subordonné à la gravité des lésions qu'elles sont appelées à combattre, d'où la nécessité des interventions rapides. Si le pronostic d'une opération de hernie étranglée dépend de l'état de l'intestin, celui de la cystostomie, dans les cas que nous avons en vue, relève aussi, exclusivement, du degré d'infection de l'appareil urinaire.) C'est un devoir pour le praticien de ne pas attendre l'agonie du malade avant de décider la cystostomie, qui, seule, peut, comme nous en avons été maintes fois témoins, soulager et sauver de tels malades. (*A suivre.*)

(1) Poncet. Soc. de méd. de Lyon, juillet 1897.

(2) Cadiot. Th. de Lyon, 1895.

PHYSIOLOGIE ANIMALE

Les fonctions de la glande thyroïde (1).

Par M. E. de Cyon.

La suite de mes expériences, sur les rapports physiologiques entre les nerfs du cœur et la glande thyroïde, m'a permis de déterminer deux importantes fonctions de cet organe.

Une grande partie de mes expériences a été consacrée à la mensuration directe de la pression sanguine dans les artères thyroïdiennes, et la vitesse de la circulation dans les veines, ainsi qu'à l'étude des modifications que l'excitation des nerfs cardiaques et des nerfs thyroïdiens apporte dans la circulation du sang et l'écoulement de la lymphe de la glande thyroïde. D'autres expériences, comme la section de certains nerfs du cœur et l'extirpation des glandes thyroïdes, ont été entreprises afin d'observer les changements que ces opérations produisent dans le fonctionnement normal de ces organes.

Les nerfs de la glande thyroïde possèdent une double origine : les deux nerfs laryngiens fournissent à la glande les nerfs vaso-dilatateurs; le ganglion cervical supérieur et le sympathique du cou, les vaso-constricteurs. La distribution anatomique de ces nerfs varie considérablement, aussi bien chez le chien et le cheval que chez le lapin.

La plupart des animaux soumis aux expériences dans le laboratoire de Berne, sont atteints de goitre ; on rencontre parmi eux les formes variées de cette affection, endémique dans le pays. Cette circonstance particulière a, sur plusieurs points spéciaux, beaucoup facilité mes recherches.

Voici les principales conclusions de mon étude :

1° L'iodothyrine produite dans la glande thyroïde est destinée, en première ligne, à activer le fonctionnement des centres nerveux, qui régularisent les battements du cœur et la circulation du sang. La fonction de la glande thyroïde consiste à transformer les sels de l'iode, parvenus dans le sang, en une combinaison organique, l'iodothyrine, et à débarrasser ainsi ces centres nerveux d'une substance toxique excessivement dangereuse.

En effet, les expériences exécutées sous ma direction, par le docteur Barbera (de Bologne), viennent de démontrer que l'iode exerce une action paralysante sur les centres des nerfs dépresseurs et pneumogastriques. L'action tout opposée de l'iodothyrine ne dépend donc pas de l'iode qu'elle contient.

2° Cette fonction des glandes thyroïdes se trouve dans la dépendance directe du cœur. Par l'intermédiaire des filets nerveux qu'il envoie aux deux laryngiens, le cœur dirige lui-même la production de l'iodothyrine, indispensable à son fonctionnement normal.

3° Les corps thyroïdes, situés à l'entrée des artères carotides, dans la boîte cranienne, constituent des appareils destinés à protéger le cerveau contre les dangers des subits

(1) Communication à l'Académie des sciences.

afflux de sang, que ces afflux soient provoqués par l'exagération du travail du cœur ou par un rétrécissement notable des voies de circulation.

Les glandes thyroïdes forment ainsi une sorte de circuit secondaire de faible résistance.

4° Cette fonction préservatrice des glandes thyroïdes est également dominée par le cœur. En provoquant une forte dilatation des vaisseaux thyroïdiens, le cœur intervient de deux manières dans la sauvegarde des organes cérébraux : *a.* en ouvrant, pour ainsi dire, les écluses en cas de danger subit; *b.* en augmentant la production de l'iodothyrine dans les cas de danger persistant.

Le thymus, situé à proximité des artères vertébrales, les glandes supplémentaires qui se trouvent à côté des organes vitaux enfermés comme les reins et les testicules dans des gaines solides, ainsi que les hypophyses, remplissent très probablement des fonctions préservatrices analogues à celles de la glande thyroïde, et cela, soit à l'aide de leurs produits spéciaux, soit grâce à des dispositions favorables de leur système vasculaire.

Ce n'est pas le moment de développer les conséquences pathologiques qui doivent forcément amener les troubles dans les fonctions des corps thyroïdes, telles que je viens de les établir. Il me paraît pourtant utile d'indiquer dès à présent deux points importants pour le traitement du goitre, qui résultent directement de mes recherches. Dans la forme vasculaire et hyperhémique de cette affection, il faut soigneusement éviter l'emploi de l'iodothyrine; par contre, l'emploi interne de l'iode est tout indiqué. Au contraire l'emploi de l'iodothyrine et des extraits des glandes thyroïdes sera très salutaire dans les cas d'atrophie et de cachexie strumiprive.

En cas de danger immédiat, la section des nerfs dépresseurs, dans les formes vasculaires du goitre, et celle des nerfs sympathiques, dans les formes atrophiques, pourraient être tentées. Mais dans ces dernières formes du goitre, l'extirpation de la glande sera toujours d'une efficacité plus immédiate et aussi plus durable que la section des nerfs sympathiques.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des verrues (J. Abbott Cautrell).

L'auteur passe d'abord en revue les diverses lésions comprises sous le terme général de verrues : la verrue simple ou vulgaire, puis la verrue congénitale persistante, la verrue plane, la verrue piliforme, enfin le condylome ou végétation dermique considérée à tort comme constamment d'origine vénérienne.

Le traitement que l'auteur préfère consiste dans l'emploi des caustiques doux, parmi lesquels l'acide salicylique lui semble devoir être plus spécialement choisi.

Il commence par faire, pendant trois jours, des applications d'une préparation contenant 15 p. 100 d'acide salicylique (dans la lanoline par exemple), puis à ce moment il enlève la verrue à la curette et continue les pansements salicylés pendant huit jours. Cette méthode n'a pas été suivie de récidive des verrues, dans les cas traités par l'auteur.

Il préfère de beaucoup ce mode de traitement aux cautérisations par les acides azotique, acétique, chromique, qui sont toujours douloureuses. A l'intérieur, le sulfate de magnésie, à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme, lui a enfin donné quelques bons résultats. (*Ann. de dermat. et de syphiligr.*)

Potion contre la grippe (Dujardin-Beaumetz).

Infusion de polygala	100	grammes.
Gomme ammoniaque. . . .	2	—
Gomme arabique pulvérisée.	4	—
Sirop thébaïque	25	—

F. s. a. Une cuillerée toutes les heures. (*Gaz. hebd.*)

CONGRÈS DE MOSCOU

COMMUNICATIONS

De la pneumonie fibrineuse biliaire. — M. Pétrov (de Saint-Pétersbourg) conclut :

1° L'ictère qu'on observe dans la pneumonie bilieuse ne dépend nullement de la localisation du processus pneumonique dans le lobe inférieur du poumon droit, ni de l'hyperhémie hépatique qui suit ordinairement la pneumonie lobaire;

2° Il n'est pas déterminé par la résorption de l'exsudat pneumonique;

3° Il ne se trouve pas non plus ordinairement en rapport avec les propriétés hématolytiques des diplocoques;

4° Cet ictère est déterminé par les lésions des voies biliaires et se trouve en rapport, tantôt avec l'inflammation catarrhale du duodénum, tantôt avec la cirrhose hypertrophique du foie, n'étant, en somme, qu'une complication tout à fait accidentelle de la pneumonie.

La peste. — M. Metchnikoff (de Paris) présente les résultats des études entreprises à l'Institut Pasteur au sujet des épidémies récentes de l'Inde et de la Chine. M. Yersin avait été envoyé en 1894 par le gouvernement français et c'est lui qui, avec Kitasato, a trouvé l'agent pathogène de la peste dans les bubons, le sang et les déjections des pestiférés.

Cet agent, nommé cocco-bacillus pestis, est pathogène pour l'homme et pour les mammifères. L'on sait quel rôle les rats et les souris prennent à la propagation de la peste. Le bacille augmente même de virulence en passant dans leur milieu.

C'est la résistance de l'organisme qui forme les adénites connues sous le nom de bubons pesteux. Lorsque le bacille peut franchir cette barrière, l'infection se généralise et amène la mort.

M. Roux a isolé la toxine pesteuse, elle est détruite au-dessus de 70 degrés centigrades.

Calmette et Borel ont réussi à vacciner les rongeurs contre des doses mortelles de cultures, en leur injectant progressivement des doses croissantes de cultures stérilisées. Le sang de ces rongeurs a pu conférer l'immunité à d'autres rongeurs. On put ensuite arriver au même résultat avec un cheval, et c'est ce sérum de cheval qui, après avoir guéri des rongeurs déjà infectés, fut employé par Yersin en 1896. Il put traiter 26 pesteux et n'eut que 2 morts. Alors fut établie une écurie à Nha-Tang par Yersin, puis Roux en établit une à Garches, pour le cas où la peste envahirait l'Europe.

Le sérum de cheval immunisé provenant de ces deux écuries fut envoyé à Yersin qui l'employa à Bombay. Les résultats qu'il en obtint ne furent pas très bons, car si l'on

considère le total des cas soignés (83), on arrive à constater une mortalité de 49 p. 100, très supérieure par conséquent à celle que Yersin avait obtenue avec le sérum du premier cheval (7 p. 100). La raison en est sans doute dans des défauts de préparation. Du reste, la mortalité pour les malades non traités fut de 80 p. 100. Il faut ajouter que ce sérum, peu efficace comme moyen curatif, l'a été comme moyen préventif. L'immunité qu'il confère est, du reste, peu durable, et il faut la renouveler, mais le sérum trop peu curatif pour guérir peut être employé à préserver.

Le sérum préventif devrait donc jouer un rôle pour la garde des frontières des États non contaminés. Quant à la guérison de la peste, qui dépend de l'énergie du sérum, ce n'est qu'une affaire de temps.

De la polyphlébite infectieuse de nature streptococcique. — D'après M. RECASENS (de Barcelone), il existe une forme de phlébite qui, envahissant à la fois un grand nombre de veines, parmi lesquelles il n'y a pas de solution de continuité, constitue une entité pathologique essentiellement distincte, sous le point de vue clinique, de celles décrites jusqu'aujourd'hui.

L'invasion brusque et simultanée d'un grand nombre de vaisseaux appartenant à des territoires vasculaires indépendants fait considérer le processus comme conséquence d'une infection générale.

La polyphlébite infectieuse ne garde, dans le sens étiologique ou séméiologique, aucune relation de ressemblance avec l'infection purulente.

La cause déterminante de cette maladie paraît être le streptococcus pyogène, primitivement développé dans le sang.

Les maladies d'un caractère infectieux général, telles que la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, etc., prédisposent à l'infection streptococcique polyphlébitique, soit par des altérations endothéliales, soit par la diminution du pouvoir phagocytosique des leucocytes.

La polyphlébite infectieuse dans sa symptomatologie est analogue à toutes les infections générales ; les pyrexies, les phénomènes ataxo-adynamiques, les troubles digestifs, circulatoires et excrétoires, ne se différencient nullement de ceux qui se présentent en elles.

L'apparition des foyers phlébitiques se produit du troisième au quatrième jour de la maladie.

La suppuration des thrombus ne se produit qu'à la deuxième semaine ; la résolution doit être très rare, de même que la terminaison par induration ou organisation.

Le cours est très aigu, la mort peut arriver avant que le processus phlébitique se soit établi ; les cas qui se terminent par suppuration se prolongent six ou huit semaines et peuvent occasionner la mort par épuisement.

Quand le processus phlébitique envahit les veines des organes internes inaccessibles et indispensables à la vie, la mort est la conséquence fatale du processus.

Le traitement de la polyphlébite infectieuse est de deux sortes : 1° général ; 2° local. Le premier est commun à toutes les infections : les toniques, antipyrétiques, calmants, etc. Le second consiste dans l'ouverture et l'antisepsie des foyers phlébitiques suppurés.

Parmi les antipyrétiques, les bains froids sont ceux qui ont donné les meilleurs résultats. Pour diminuer les symptômes graves de l'infection, les injections interstitielles d'essence de térébenthine, agissant comme fixateurs des streptococcus, ont fait obtenir à l'auteur de notables rémissions.

A quel moment faut-il opérer un croup ? — Cette question semble simple à résoudre : il faut opérer lorsque l'asphyxie croupale devient menaçante pour la vie de l'enfant. Mais à quels signes reconnaîtra-t-on ce danger? Comment fera-t-on la part de la dyspnée laryngée et des causes adjuvantes d'asphyxie : complications pulmonaires, dyspnée toxique?

Évidemment, il ne faut opérer ni trop tôt ni trop tard ; mais la règle est difficile à poser et sujette à des interprétations personnelles variables.

Frappé de cette difficulté, et cherchant à mettre en évidence quelque signe de certitude, M. BAYEUX est arrivé à s'attacher aux contractions des inspirateurs accessoires.

Leur action est progressive et s'établit suivant un ordre chronologique intéressant. La palpation digitale de ces muscles permet d'isoler le trapèze, l'omo-hyoïdien, le scalène antérieur, le sterno-mastoïdien, au point de vue de leur contraction chronologique.

Il a pu noter, en outre, que la tension des mastoïdiens, qui survient la dernière, coïncide avec des phénomènes précurseurs de l'asphyxie. Ce symptôme lui a paru constant.

C'est ce signe qu'il propose comme pouvant faire prévoir une intervention d'urgence prochaine, car il précède de quelques heures les phénomènes asphyxiques.

Voici en quoi il consiste : c'est une tension active, rythmique, synchrone aux inspirations, persistante, des deux muscles sterno-mastoïdiens.

Elle doit être différenciée de la tension passive, apparente, de ces muscles, que l'on perçoit chez certains enfants maigres et qui ne signifie rien : cette différenciation se fera au moyen de la palpation digitale, soit sur les deux muscles simultanément, soit sur un seul mastoïdien, par pincement léger entre le pouce et l'index.

Outre sa valeur diagnostique, car il n'existe pas dans la dyspnée broncho-pulmonaire, ce phénomène a une valeur pronostique incontestable.

C'est ainsi que, chez un enfant tubé, il indique une obstruction progressive du tube, en dehors d'autres signes de tirage.

Chez un enfant détubé, il indique la reprise progressive du tirage et la nécessité de réitirer l'intervention.

Chez les trachéotomisés, il indique un encombrement de la canule.

Le signe du sterno-mastoïdien peut donc servir pour prévoir l'urgence prochaine de l'intervention chirurgicale dans le croup, et sa constatation en présence de tirages douteux peut éclairer le médecin et lui permettre d'intervenir.

L'opération primitive pourra toujours être l'écouvillonnage ; ce symptôme n'entraîne donc pas une intervention forcément grave.

M. RAUCHFUSS (de Saint-Pétersbourg) fait des réserves sur ce nouveau signe, car il ne croit pas qu'il soit bon de retenir un symptôme unique comme pouvant déterminer le moment d'une intervention ; il faut juger d'après l'ensemble des phénomènes qui forment le tableau clinique.

Il existe d'ailleurs un symptôme auquel il attache une importance beaucoup plus grande et qu'il donne comme point de repère à ses infirmières, qui l'apprécient très bien : c'est le signe indiqué pour la première fois, il y a plus de quarante ans, par Gerhardt, c'est-à-dire la défaillance du pouls à l'inspiration, et qu'il appelle l'asystolie inspiratoire ; c'est un symptôme excellent et qu'il faut toujours rechercher.

Cathétérisme des sinus frontaux. — Les auteurs ne sont pas encore d'accord sur la facilité du cathétérisme des sinus frontaux. Tandis que les uns conviennent que le cathétérisme par les voies naturelles réussit toujours, d'autres pensent qu'il est très difficile ou même impossible sans une opération préliminaire. La question était d'autant plus difficile à résoudre que, jusqu'à présent et chez le vivant, on ne savait au juste si la sonde avait pénétré dans le sinus frontal ou si elle s'était engagée dans une cellule ethmoïde.

Pour résoudre cette question, M. SCHEIER (de Berlin) a pris la radiographie de 30 individus au moment où il leur faisait, par les voies naturelles, le cathétérisme du sinus frontal. Sur les épreuves aux rayons X, il a pu constater que, chez 5 seulement, il avait pénétré avec la sonde dans le sinus, et que chez 25, la sonde avait passé dans les cellules ethmoïdales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici la liste, par ordre de mérite, des étudiants en médecine nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine à l'École de Bordeaux :

1. MM. Lafolle, Bougenault, Léger, Boussenot, Manine-Hitou, Roustan, Chagnolleau, Lamoureux, Verdier, Coquin.

11. Latour, Margerie, Braud, Bellamy, Grosfillez, Montel, Allain, Chemin, Balcam, Sorel.

21. Donnet, Jousset.

— Par décret, en date du 18 septembre 1897, M. Escoffre, médecin auxiliaire de deuxième classe du corps de santé de la marine, a été nommé médecin de deuxième classe.

— Par décision ministérielle, en date du 17 septembre 1897, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin-major de première classe Quivogne, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville (médecin-chef).

MM. les médecins-majors de deuxième classe De Balthazar de Gachéo, pour le 120e d'infanterie ; Pauzat, pour le 16e bataillon d'artillerie à pied ; Pichon, pour le 69e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Denommé, pour le 3e régiment de chasseurs à cheval ; Zimmermann, pour le 10e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dehoey, pour le 10e dragons ; Trassagnac, pour le 14e d'infanterie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brasseur (de Liège), administrateur de la « Gazette médicale de Liège » ; Gaumé, médecin-major de première classe en retraite.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les communications deviennent plus nombreuses à l'Académie. Ce sont nos collègues de l'armée qui occupent presque toute la séance. M. Chauvel, à propos d'une observation heureuse de M. Cahier, se déclare, avec raison, partisan des opérations hâtives dans les cas de plaies de l'abdomen. Souvent une action chirurgicale immédiate eût pu sauver des blessés qu'une intervention trop tardive a laissé mourir.

M. Laveran nous fait connaître, d'après M. Matignon, la fréquence des parasites intestinaux en Chine. Ce qu'il nous apprend sur les mœurs des Chinois nous montre que l'hygiène n'est pas encore chez eux parvenue à un bien grand développement et qu'il est prudent de ne pas manger crus des légumes qui poussent dans des champs où l'on pratique l'épandage.

M. Moty étudie les accidents si fréquents et parfois si graves dus à l'évolution de la dent de sagesse. Nous publions plus loin son intéressant travail.

Si le rein ectopié se trouve en général mal influencé par les secousses du chemin de fer ou de la voiture, il faut avouer que la malade de M. Fournier constitue une heureuse exception. Son rein déplacé se réduisit par deux fois et resta définitivement réduit à la suite d'un voyage en chemin de fer.

Est-ce l'intensité ou la fréquence des secousses qui produisit cet heureux résultat? En tous cas, voici un nouveau traitement de l'ectopie rénale et une source nouvelle de revenus pour le chemin de fer d'Angoulême à Bordeaux.

CORPS ÉTRANGERS DE L'ESTOMAC

Par le docteur Albert MATHIEU,
Médecin de l'hôpital Andral.

Nature et mode de pénétration des corps étrangers dans l'estomac. — Les corps étrangers susceptibles de pénétrer dans l'estomac sont extrêmement nombreux et variés.

Les uns sont introduits par l'alimentation comme les noyaux de fruits, les fragments d'os; d'autres sont avalés par les enfants en jouant, d'autres par des adultes à la suite de paris. Il n'est pas très rare que les aliénés ingèrent des corps étrangers de divers ordre, soit par pure perversion mentale, soit pour se suicider, et c'est chez eux qu'on a trouvé les objets les plus volumineux et les plus étranges. Près des aliénés, prennent place les hystériques qui, elles aussi, avalent souvent des substances diverses, pour se suicider ou tout au moins pour se donner et pour donner aux autres la comédie du suicide. Le plus souvent elles choisissent des objets peu dangereux tels que des cheveux, du papier, du fil, etc.

L'intervention médicale ou chirurgicale peut devenir la cause de la pénétration de certains corps étrangers; le bouton de Murphy, après la gastro-entérostomie, tombe assez souvent dans l'estomac, où il séjourne du reste sans provoquer aucun trouble.

Dans une catégorie à part doivent se ranger les calculs qui ont pris naissance soit dans l'estomac lui-même, soit dans les voies biliaires. Doit-on ranger parmi les corps étrangers de l'estomac les divers animaux qui peuvent y séjourner momentanément : parasites venus de l'intestin, larves d insectes dont les œufs ont été ingérés en même temps que les aliments?

On ferait tout un musée avec les corps étrangers de l'estomac; leur nature ou leur nombre ont, souvent, à bon droit, surpris les observateurs.

Dans un travail d'ensemble, Ch. Mignon (1) a relevé 163 observations. Il signale comme ayant été rencontrés dans la cavité stomacale, les objets suivants : 15 médailles d'or, — des épingles à cheveux, — 1 boucle de soulier, — un morceau d'épée de 9 pouces, — des ciseaux très aigus, — 170 francs en or, — 80 épingles, — une roulette de table de nuit, — 35 couteaux, — une pipe en terre, — un jeu de dominos tout entier, — une flûte de 4 pouces, — 100 francs en or, — 1400 à 1500 épingles, — une fiole de verre, — 1 barreau de plomb pesant 500 grammes, — 1 pied de marmite, — 1 affiloir, — 3 fois une fourchette. Chez un forçat de Brest mort en 1773, dont l'estomac était très dilaté, on trouva 52 pièces diverses pesant au total une livre, entre autres un bout de cercle de barrique de 19 pouces de long sur 1 de large.

Sur ces 163 cas, il n'y en eut que 10 de mortels.

Comme exemple du nombre et de la diversité des objets

(1) Ch. MIGNON. *Des corps étrangers des voies digestives*, Paris 1874

qui peuvent se réunir dans le même estomac, nous pouvons citer ce fait récemment rapporté par Fricker (1). Une femme aliénée, dans le but de se faire mourir, ingéra, en trois mois, les objets suivants :

1 clef de 7 cm 5 de long.
1 cuillère à café en argent de 15 cm 5 ;
1 cuillère à café en ruoltz de 14 cm 7 ;
1 fourchette de 20 cm 5 ;
2 bouts de fil de fer de 6 cm 5 et de 8 cm 5 ;
2 épingles à cheveux ;
12 morceaux de verre ;
1 crochet de fenêtre ;
1 plume de fer ;
9 aiguilles à coudre ;
1 morceau de graphite ;
1 bouton de bottine ;
2 petites billes ;
1 aiguille à crochet.

En tout 37 objets d'un poids de 261 gr 15. Un abcès fut causé par une épingle à cheveux qui avait perforé l'estomac. La malade fut opérée et guérit de la façon la plus simple.

Que deviennent les objets avalés? — Ils peuvent être rapidement évacués par les voies naturelles, par les vomissements ou par les selles. Les objets de petit volume, arrondis, sans aspérité, sont naturellement le plus facilement expulsés de cette façon. Assez souvent aussi des pièces d'or ont été rendues sans accident. On comprend que la présence de corps étrangers plus ou moins volumineux, surtout s'ils présentent des irrégularités ou des aspérités, peut devenir, dans l'intestin, la cause de complications sérieuses : ulcérations, abcès, péritonite, occlusion intestinale, etc.

Quelquefois des objets volumineux peuvent être expulsés par la voie rectale alors qu'on eût pu considérer ce cheminement comme impossible ! De Saint-Germain (2) a conté l'histoire d'un enfant qui avait avalé une roulette de 7 centimètres de long terminée par une pointe aiguë : elle fut rendue par l'anus sans avoir provoqué aucun trouble grave dans l'appareil digestif.

Les objets qui séjournent dans l'estomac y subissent souvent des modifications plus ou moins marquées; ceux qui sont en fer se couvrent de rouille; les noyaux de fruits sont noircis, érodés. Un petit couteau, du genre dit « eustache », avait séjourné plusieurs années dans l'estomac d'un matelot où il avait produit du reste des lésions ulcéreuses; le manche avait presque complètement disparu (3). Les corps étrangers peuvent exceptionnellement s'accroître dans l'estomac; il s'agit alors de véritables calculs. En voici un exemple curieux (4).

Un homme de cinquante-deux ans présentait à la région épigastrique une tumeur superficielle, anguleuse, douloureuse à la pression, du volume d'une petite pomme, pouvant se déplacer vers la gauche, suivant dans une certaine mesure les mouvements respiratoires. L'appétit était conservé, cependant l'amaigrissement et la cachexie progressive faisaient penser au cancer de l'estomac. Les vomissements étaient rares, mais à plusieurs reprises il y avait eu de légères hématémèses. L'absence d'acide chlorhydrique dans le liquide stomacal, la présence d'une adénopathie axillaire et sus-claviculaire gauches semblaient confirmer pleinement l'hypothèse d'une lésion cancéreuse. A l'autopsie, on trouva l'estomac presque rempli par une masse de 18 centimètres sur 8, du poids de 885 grammes, de couleur brune, d'odeur fécaloïde marquée. On y voyait la trace de stratifications successives, avec de petites géodes. A l'examen microscopique on trouva dans cette masse des grains d'amidon et des débris de tissu végétal.

Dans un autre cas (1), il y avait un véritable calcul de l'estomac, mais d'origine exogène. A l'autopsie d'un ébéniste, ivrogne avéré pendant sa vie, on rencontra un calcul de 10 sur 5 et 4 centimètres, du poids de 70 grammes seulement; c'était une concrétion produite aux dépens du vernis que l'ébéniste buvait au lieu de s'en servir pour vernir ses meubles.

Accidents produits par la présence des corps étrangers dans l'estomac. — Ils peuvent être à peu près nuls, soit parce que les corps étrangers sont rapidement évacués, soit parce qu'étant lisses et arrondis ils sont facilement et parfaitement tolérés. Des noyaux de fruits, de petites billes, un bouton de Murphy peuvent ainsi séjourner très longtemps dans l'estomac sans provoquer aucun accident. Un jeune détenu fut pris de vomissements après avoir fumé une dizaine de cigarettes coup sur coup; il rendit ainsi 75 centimètres d'un tube de caoutchouc de 8 millimètres de diamètre. On sut alors que quatre mois auparavant, à la suite d'un pari, il avait ingéré 4 mètres d'un tube à gaz. Le lendemain il rendit le restant par fragments à la suite d'un vomitif. La présence de ce corps étranger assez insolite n'avait produit que quelques aigreurs et un peu de diarrhée (2).

Christian (3) trouve à l'autopsie, dans l'estomac d'un aliéné, une série de corps étrangers, bouton de chemise, cailloux, fragments de journaux etc. Il ne paraissait y avoir eu aucun trouble de la digestion. Il faut dire que chez les aliénés des accidents dyspeptiques même assez graves peuvent assez facilement passer inaperçus ; il n'en serait pas de même chez des personnes saines d'esprit.

L'ingestion des corps étrangers peut provoquer des accidents immédiats d'une certaine intensité et même d'une réelle gravité : douleurs, vomissements, vomissements de sang, intolérance gastrique absolue, sensibilité épigastrique extrêmement vive à la pression. S'ils sont pointus, ils peuvent amener une perforation de l'estomac et une péritonite généralisée rapidement mortelle. Assez souvent, il se produit des adhérences et le danger de la péritonite suraiguë par perforation se trouve ainsi diminué. Des collections purulentes peuvent se former, plus ou moins volumineuses, plus ou moins solidement enkystées. La gastrite ulcéreuse se produit aussi facilement dans ces conditions.

L'estomac est souvent dilaté et même très dilaté, sans qu'il soit facile de décider si cette dilatation était antérieure à l'introduction des corps étrangers ou si elle ne s'est

(1) Fricker. *Deuts. Med. Wochens.*, 21 janv. 1897.
(2) De Saint-Germain. Soc. de méd. de Paris, 11 avril 1874.
(3) Peter, cité par Gillette. *Union méd.*, 1874, p. 719.
(4) Kooyker. Zur Casuistik der Gastrolithen beim Menschen, *Zeits. f. klin. Med.*, t. XIX, p. 203.

(1) *Berlin. klin. Wochens.*, 1895.
(2) De Bauvais. *Journ. de méd. de Paris*, 29 oct. 1895.
(3) Christian. *Ann. méd.-psychol.*, 1885, t. I. p. 67.

produite qu'après, en vertu des lésions des parois de l'estomac ou de l'orifice pylorique.

L'intolérance gastrique, la douleur, les vomissements de sang peuvent rappeler soit la gastrite aiguë, soit même l'ulcère rond.

Un enfant de trois ans et demi (1) avait avalé une épingle à grosse tête. De temps en temps, il était pris de vomissements douloureux ; le corps étranger fut expulsé au bout de cinq mois et demi.

On comprend que l'embarras peut être très grand pour le diagnostic lorsque l'on ne sait pas qu'un corps étranger a été avalé. Dans plusieurs cas, la présence de noyaux de cerises a pu faire croire à un cancer de l'estomac.

Une femme de quarante-sept ans (2) était atteinte depuis plusieurs mois d'accidents dyspeptiques graves : dilatation très marquée de l'estomac, vomissements, amaigrissement. Le lavage amena l'issue de 65 noyaux de cerises en quatre mois; les cerises avaient été mangées un an auparavant. Dans un cas très analogue de Daudé (3), il y eut élimination de 69 noyaux de cerises avalés quinze mois auparavant.

A titre anecdotique, nous allons rapporter une des histoires les plus curieuses de corps étrangers de l'estomac que nous ayons rencontrées dans la préparation de cette étude : c'est celle d'un enfant qui avait avalé une chauve-souris vivante (4) !

« Un pauvre berger des environs d'Oldendorf habitait une cabane dans laquelle chaque nuit voltigeaient une grande quantité de chauves-souris. Sa femme avait couché près d'elle un de ses enfants, âgé de trois ans, en lui laissant à la main un morceau de pain. L'enfant s'endormit en mangeant, restant la bouche ouverte et à moitié remplie par le pain qu'il mâchait. Une chauve-souris s'approche et pénètre brusquement dans sa bouche. Réveillé en sursaut, l'enfant ferme subitement la bouche et, par un mouvement de déglutition involontaire, la chauve-souris est poussée dans l'œsophage et de là dans l'estomac. Aussitôt surviennent des douleurs extrêmement vives, des efforts de vomissements et des vomissements de sang. Ces accidents durèrent pendant deux heures et se calmèrent ensuite peu à peu. Le médecin appelé le lendemain ne voulut pas ajouter foi au récit qui lui fut fait ; toutefois il se contenta de prescrire du lait et des boissons mucilagineuses. Au bout de huit heures, l'enfant rendit par les selles une grosse chauve-souris enveloppée de mucosités sanguinolentes. Elle était comme écrasée dans toute sa longueur et le poil qui la recouvre était enlevé çà et là; l'enfant fut longtemps souffrant, mais il n'éprouva pas d'autres effets de ce singulier accident. »

Animaux vivants dans l'estomac. — On a prétendu que des sangsues avalées en buvant sans précaution de l'eau des ruisseaux avaient pu pénétrer dans l'estomac et y provoquer des hémorragies. Il est beaucoup plus probable qu'elles s'étaient fixées sur le pharynx.

Les lombrics sont assez souvent rendus par vomissement; cela a donné lieu à des histoires fantastiques de serpents vivants dans la cavité stomacale et expulsés après un séjour plus ou moins prolongé.

(1) Bojasinsky. *Medijcina*, 1892, nº 10.
(2) Weil. *Prag. med. Wochens.*, 1889, nº 31.
(3) Daudé. *Montpellier méd.*, 16 mai 1888.
(4) Heymann (de Oldendorf). *Arch. gén. de méd.*, t. IV, 2e série, p. 676, — extrait de *Hufelands Journ. d. prakt. Heilk.*, 1835.

Ce qui est plus rare, plus extraordinaire, c'est l'expulsion par les voies digestives supérieures d'oxyures vermiculaires, puisque ces parasites ne vivent que dans la partie inférieure du rectum, au niveau de l'anus. On en cite un cas (1).

Les larves de certaines mouches, de la mouche domestique, et surtout de la *techomyza fusca* (2), peuvent se développer dans l'estomac grâce à l'ingestion des œufs correspondants. Elles résistent à l'action des sucs digestifs grâce à la couche de chitine dont elles sont revêtues. Elles peuvent ainsi être expulsées vivantes soit par les selles, soit par les vomissements. Dans un cas de Senator, un jeune homme de vingt-huit ans avait vomi une certaine quantité de larves ; un an et demi plus tard, il en rejeta de nouveau un certain nombre par simple expuition ; ces dernières paraissaient venir du pharynx ou des fosses nasales.

Diagnostic. — Rien de plus facile que de reconnaître la présence des corps étrangers dans l'estomac dans certains cas; rien de plus difficile dans d'autres. Lorsque des accidents gastriques intenses ont succédé immédiatement à l'ingestion d'un ou de plusieurs objets semblables à ceux que nous avons énumérés plus haut, on sait immédiatement à quoi les attribuer. Il n'en est plus de même lorsque leur pénétration dans l'estomac est ignorée, comme cela se rencontre volontiers avec des enfants ou des aliénés.

Nous avons vu que la présence d'une grande quantité de noyaux de cerises, ingérés très longtemps auparavant, avait pu faire croire à un cancer de l'estomac. Le champ des possibilités symptomatiques est donc très étendu.

S'il s'agissait de corps étrangers de nature métallique, on pourrait avoir recours aux rayons de Rœntgen, surtout chez les individus maigres. On aurait soin, s'il n'y avait pas de danger à le faire, de distendre l'estomac auparavant, soit en injectant de l'air, soit en administrant un mélange effervescent.

Pronostic. — Il est très variable suivant les cas. Des corps étrangers relativement volumineux, mais arrondis, sans aspérités, peuvent, comme le bouton de Murphy, séjourner indéfiniment dans l'estomac, sans que leur présence donne lieu à aucun accident. Des corps beaucoup plus petits, mais anguleux ou pointus, pourront être beaucoup plus dangereux et amener soit la perforation de l'estomac et la péritonite suraiguë, soit des ulcérations ou des abcès.

On a lieu toutefois d'être étonné de la bénignité relative des accidents causés par l'introduction et même le séjour des corps étrangers dans l'estomac. Sur les 163 cas relevés par Mignon, il n'y a eu que 10 morts. Les progrès de la chirurgie moderne rendront certainement les guérisons plus fréquentes encore.

Traitement. — Assez souvent les corps étrangers ont été expulsés sans aucune intervention thérapeutique. Quelquefois un purgatif ou un vomitif ont servi à en amener le rejet soit par la voie intestinale, soit par la voie œsophagienne. On comprend qu'un vomitif puisse être donné sans danger

(1) Pomper, cité par Scheiber. *Berlin. klin. Wochens.*, 1890, nº 18.
(2) J. Chatin. Sur les larves observées dans les vomissements et dans les selles, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1886, nº 36.
Senator. Ueber lebende Fliegenlarven im Magen und in der Mundhöhle, *Berlin. klin. Wochens.*, 1890, nº 7.

quand il s'agit de corps étrangers peu volumineux, arrondis comme des noyaux de cerises ou des grains de plomb ; dans les mêmes conditions, le lavage de l'estomac pourrait être utile. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'objets volumineux et anguleux. Il est dangereux alors de provoquer des efforts de vomissements qui pourraient très bien amener la production d'une perforation ou d'autres accidents graves.

Dans ces conditions, il faut avoir recours à l'intervention chirurgicale, il faut faire la gastrostomie.

Nous avons entre les mains un relevé de Ficker (1), qui montre bien les bons résultats qu'on en peut attendre. Sur 54 cas d'intervention chirurgicale, il y a eu 44 guérisons et 10 morts.

Les cas dans lesquels il n'y avait pas d'adhérences péritonéales de l'estomac ont donné d'aussi bons résultats que ceux dans lesquels ces adhérences existaient, ce qui est très favorable à l'intervention rapide.

(1) Ficker. *Deuts. med. Wochens.*, n° 4, p. 60-97.

PATHOGÉNIE DE L'ÉVOLUTION VICIEUSE DES DENTS DE SAGESSE

Par M. le docteur Moty,
Médecin principal de deuxième classe de l'armée, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

La cause des accidents suppuratifs, déterminés par les dents de sagesse saines, est restée obscure jusqu'ici, comme le prouve la diversité des opinions émises à ce sujet lorsque la question des angines de Ludwig parut il y a cinq ans à l'ordre du jour de la Société de chirurgie.

J'avais fait remarquer alors que ces accidents, eu égard à l'époque de leur apparition et à leur mode d'évolution, avaient des analogies frappantes avec l'inflammation des kystes dermoïdes, mais j'avais dû ajouter que, malgré d'assez nombreux examens, je n'avais pu réussir à démontrer avec certitude l'existence d'éléments épithéliaux dans le foyer de suppuration.

En effet, quand on enlève une dent de sagesse saine, cause de phlegmon, on trouve habituellement ses racines complètement dénudées sur une étendue variable de leur face externe et recouvertes partout ailleurs d'un périodonte plus ou moins vascularisé, mais parfaitement normal, en ce qui concerne ses éléments constitutifs.

Cependant, en persévérant dans ce genre de recherches, j'eus la bonne fortune de trouver, à l'extrémité des racines d'une dent de sagesse que je venais d'extraire, une masse fongueuse du volume d'un plomb n° 6 environ, et de reconnaître, après l'avoir dissociée, que les éléments libérés par l'aiguille consistaient à peu près exclusivement en noyaux de cellules ovalaires à nucléoles ponctiformes très colorés caractéristiques de l'épithélium gengival.

Depuis lors, j'ai retrouvé deux fois des masses épithéliales identiques par leur nature et composées de cellules complètes, isolées ou reliées en groupes et de noyaux libres, ces derniers étant toujours beaucoup plus nombreux.

Dans un cas de résection de la branche montante, pour une ostéomyélite consécutive à une carie de la première molaire et compliquée de « l'accident de la dent de sagesse », j'ai pu voir directement, au niveau de la section de l'os, une masse fongueuse qui avait détruit la paroi externe de l'alvéole, malgré son épaisseur considérable, et dont je pratiquai le curetage sans reconnaître sa nature ni m'expliquer sa raison d'être (1); quelques jours après, je dus enlever la dent de sagesse qui portait encore quelques cellules épithéliales à l'extrémité de ses racines, et le diagnostic se trouva alors complété.

Dans l'un des trois cas dont j'ai parlé plus haut, la masse fongueuse contenait une parcelle irrégulière d'émail.

Ces faits me paraissent vérifier d'une manière positive l'hypothèse avancée il y a cinq ans. Le procédé à suivre pour s'en convaincre est des plus simples et des plus rapides : on lave la dent extraite sous un filet d'eau pour en chasser le sang et on étale ensuite, sur une lame porte-objet, les parcelles que l'on réussit à détacher de l'apex de la dent; on sèche ensuite comme pour un examen de crachats et on colore au picro-carmin, ou autrement ; en moins de cinq minutes, la préparation est terminée.

On ne peut utiliser, pour cette démonstration, que le tiers ou la moitié des dents de sagesse, car les racines sont souvent complètement dénudées par la suppuration du côté qui confine à l'épithélium inclus et il est alors impossible d'y trouver trace de ce dernier. On ne réussit pas non plus avec les dents conservées dans un liquide coagulant (acide phénique, alcool) et c'est pour ces raisons que mes recherches sont restées longtemps infructueuses.

Sans insister sur le côté clinique de la question je dirai seulement que le pus, quand il s'en forme, est ordinairement peu abondant eu égard au gonflement considérable des parties molles; dans le seul cas où j'ai pu l'analyser avant son entrée en rapport avec la cavité buccale, il était stérile, comme on devait s'y attendre et comme il l'est sans doute toujours dans les premiers stades du processus inflammatoire.

L'importance du gonflement tient surtout à l'envahissement du canal dentaire. La situation profonde de l'épithélium inclus et l'épaisseur des parois alvéolaires de la dent de sagesse sont les causes essentielles de cet envahissement. Du canal dentaire, l'inflammation passe au tissu cellulaire de la paroi pharyngienne supérieure et plus rarement au tissu voisin du trou mentonnier, l'os se prend en totalité et se couvre de petites stalactites osseuses, ébauches d'une hyperostose quelquefois considérable, qui disparaît ensuite lentement. Mais quand la dent en cause n'est pas cariée et que l'inflammation reste aseptique, il n'y a pas nécrose osseuse.

La guérison de ces phlegmons microbiens par l'extraction de la dent s'explique fort bien : l'épithélium inclus, quand il ne suit pas la dent, se trouve, par le fait même de l'extraction, mis en rapport direct avec la cavité buccale et ne tarde pas à prendre contact avec l'épithélium de la gencive qui se porte au-devant de lui; la prolifération osseuse *a tergo* achève ensuite le nivellement des surfaces osseuse et muqueuse.

On observe, il est vrai, des accidents légers superficiels du côté de la muqueuse buccale au moment même de l'éruption des dents de sagesse; leur bénignité, quand elle est réelle, s'affirme dans leur marche ultérieure; mais elle n'est souvent qu'apparente, car le mal récidive malgré les cauté-

(1) La première molaire cariée avait été extraite un an auparavant, quelque temps après le début de l'ostéomyélite (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1897).

risations ou l'excision d'un lambeau de muqueuse; c'était donc l'inflammation en travail dans la profondeur de l'alvéole qui exaltait l'irritabilité de la gencive et se masquait ainsi sous les lésions superficielles.

Il y aurait beaucoup à dire sur les accidents de la dent de sagesse, mais n'ayant en ce moment pour but que de déterminer leur nature, je résume ce court mémoire dans les propositions suivantes :

1° Les accidents inflammatoires, causés par les dents de sagesse saines, sont dus à l'inclusion d'une masse épithéliale aberrante.

2° Cette masse épithéliale représente un germe dentaire abortif, inconstant, dérivé de celui de la dent de sagesse.

3° Le terme d'évolution vicieuse de la dent de sagesse est impropre ou ne s'applique qu'à un petit nombre de cas, et je propose pour le processus pathologique, qu'il a désigné le plus souvent jusqu'ici, la dénomination de « dermoïde supplémentaire de la dent de sagesse ».

REVUE DE LA PRESSE

Étude comparée des résultats fonctionnels du traitement conservateur et chirurgical de la coxalgie tuberculeuse chez l'enfant. — Pedolin, dans une étude approfondie touchant la question du traitement de la tuberculose, expose les résultats obtenus à l'hôpital des enfants de Zurich, sur un total de 106 cas, observés dans une période de dix-sept ans (1874-1891). Il s'agit d'enfants âgés de moins de seize ans. La ligne de conduite suivie pendant cette période par le docteur W. von Muralt, fut toujours à peu près la même : traitement conservateur autant que possible, emploi de l'extension, des appareils plâtrés et de Taylor, résection dans les seuls cas graves ou rebelles à ces premiers modes de traitement. La mortalité d'ensemble atteignit 38,6 p. 100 des cas; 32 p. 100 sortirent guéris avec résultat favorable (mouvements libres), 25 p. 100 guéris avec résultat médiocre (mouvements limités, ankylose), 3,7 p. 100 incurables.

De ces 106 enfants, 80 furent traités par voie conservatrice et ne subirent que de petites interventions, telles que ponction, incision d'abcès, curetage d'un foyer osseux limité. Il en mourut 33,7 p. 100; de tuberculose généralisée pour la plupart. Le résultat fut bon dans 38,7 p. 100 des cas, médiocre dans 23 p. 100, mauvais dans 3,7 p. 100. Quelques-uns des enfants guéris avec succès, accomplirent leur service militaire. Au nombre des résultats médiocres figurent 6 ankyloses. Le raccourcissement moyen atteignit 3,5 centimètres.

Les 26 résections tardives donnèrent les résultats suivants : mortalité 54 p. 100 (suites directes de l'intervention, dégénérescence amyloïde, tuberculose des autres organes). Bon résultat dans 25 p. 100 des cas, résultat médiocre dans 66 p. 100, mauvais dans 8,4 p. 100 des cas. Le raccourcissement moyen atteignit 11 centimètres.

En terminant, l'auteur compare les résultats généraux obtenus par ce traitement inspiré de principes conservateurs, avec ceux qu'ont obtenus d'autres chirurgiens par des moyens à la fois conservateurs et chirurgicaux, et arrive à la conclusion que le traitement conservateur offre à peu près le même pourcentage que le traitement chirurgical, en ce qui touche la mortalité, mais l'emporte certainement au point de vue fonctionnel.

De Quervain, en rendant compte de ce travail, fait remarquer que l'auteur n'a pas parlé de la possibilité d'une infection ostéomyélique de l'extrémité supérieure du fémur; or, cette affection comporte un pronostic plus favorable que la tuberculose au point de vue fonctionnel, et n'est nullement rare, puisque Wagner la diagnostiquait dans 10 p. 100 des cas observés par lui, à la clinique de Tübingue, et n'admettait guère la possibilité d'une coxalgie tuberculeuse antérieure dans une articulation douée de mouvements normaux : cette remarque vise les résultats que Pedolin a obtenus par un traitement conservateur. (*Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 30, p. 734.)

Un cas de hernie de l'ovaire avec torsion du pédicule chez une petite fille. — Une enfant de six mois tombe subitement malade; la mère remarque une tuméfaction siégeant à l'aine droite et conduit le bébé à l'hôpital. Là on constate que la tumeur se perd dans le canal inguinal supérieurement, dans la grande lèvre droite à la portion inférieure. La tumeur ne se modifie pas dans l'effort. A l'ouverture du sac, après quelques tâtonnements, on reconnaît avoir affaire à un ovaire gorgé de sang, dont le pédicule est tordu sur l'axe, ce qui explique l'hémorragie. Extirpation de l'ovaire; guérison. (Lockwood, *Centralbl. f. gynäk.*, n° 45, 1896.)

Étiologie du scorbut infantile. — Le scorbut infantile ou maladie de Barlow est une affection qui atteint de préférence les enfants rachitiques âgés de quatre à dix-huit mois; elle consiste, on le sait, depuis la description qu'en a donnée Barlow, en 1883, en un gonflement douloureux des os, siégeant au niveau du cartilage de conjugaison, accompagné souvent d'hémorragies de la peau et des muqueuses et de tuméfaction des gencives. La maladie guérit habituellement au bout de deux à quatre mois.

Dans presque tous les cas qui ont été observés jusqu'ici, on a noté de bonnes conditions hygiéniques; en revanche les enfants atteints étaient presque tous nourris artificiellement avec des farines lactées, du lait concentré ou peptonisé, des laits stérilisés (1) ou trop étendus. Dans tous ces cas, l'ingestion du jus de viande et de fruits (régime antiscorbutique) a produit une amélioration rapide en quelques jours.

Cheadle a fait remarquer que si cette affection est rare dans la classe pauvre, cela est dû vraisemblablement à l'ingestion précoce d'aliments, tels que les pommes de terre, par les enfants de cette catégorie.

Starck a noté, dans les trois dernières années, 16 cas de maladie de Barlow chez des enfants nourris avec du lait stérilisé; ils ont tous guéri par substitution de lait frais. (*Jahrb. f. Kinder.*, Bd XLIII, heft 2 et 3, p. 290 et passim, 1896.)

Prophylaxie de la lèpre. — Il est beaucoup question de la lèpre depuis quelques années, surtout en Allemagne. Neumann, dans un article récent, s'étonne du peu de mesures préventives prises et propose lui-même des mesures qui rappellent celles déjà prises au moyen âge contre le même fléau. Si elles sont justifiées, elles témoignent de l'intérêt vital que prend en Allemagne cette question.

L'auteur réclame un contrôle général des cas actuellement en évolution dans les différents pays d'Europe, ainsi que des cas nouvellement éclos dans les mêmes pays; — l'isolement des lépreux dans des établissements spéciaux éloignés des grands centres, *véritables léproseries*; il va même jusqu'à demander l'interdiction du mariage pour les lépreux. Il considère, en effet, la possibilité de la transmission héréditaire de la lèpre comme tout à fait démontrée. Il demande aussi la préposition à la tête des établissements de lépreux de médecins spécialistes bien outillés, dont le rôle spécial

(1) Il s'agit vraisemblablement là de laits stérilisés trop tard, déjà altérés lors de la stérilisation ou conservés trop longtemps après cette opération.

consisterait à faire connaître le mode de propagation, la nature et le traitement de la lèpre.

Il est encore temps, dit-il en terminant, de garantir l'Europe d'une nouvelle invasion de cette effroyable maladie, à la condition de prendre les mesures préventives nécessaires. (*Wiener Med. Wochens.*, n° 14, 1896, d'après *Centralbl f. Inn. Med.*, n° 44, p. 1135, 1896.) P. VIOLLET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 septembre 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

RAPPORTS

De la conduite à tenir dans les plaies de l'abdomen. — M. CHAUVEL rappelle que, dans les cas de plaie de l'abdomen par petit projectile, un certain nombre de chirurgiens est encore partisan du traitement dit médical, c'est-à-dire : repos absolu dans le décubitus dorsal, diète, opium, compression et immobilisation du ventre; d'autres préfèrent l'intervention immédiate par la laparotomie. M. Chauvel a toujours défendu cette méthode et l'observation qu'il vient rapporter à l'Académie le confirme dans sa doctrine.

Il s'agit d'un blessé observé et traité par M. Cahier, médecin principal de l'armée. C'était un sous-officier qui avait reçu un coup de revolver au bas-ventre et à bout portant. Cinq heures après, l'état du blessé était des plus satisfaisants, mais le soir, il s'était considérablement aggravé.

La laparotomie permit de constater quatre perforations de l'intestin grêle, qui furent suturées : le péritoine fut lavé et drainé. Six semaines après, le malade sortait guéri.

M. Chauvel rapporte encore l'histoire d'un dragon qui avait reçu un coup de couteau dans l'abdomen et qui succomba grâce à une intervention tardive et insuffisante.

Ces deux observations, d'après le rapporteur, ne peuvent qu'encourager les chirurgiens dans la pratique de l'intervention immédiate dans toute blessure de l'abdomen susceptible d'être perforante.

Fréquence des parasites intestinaux en Chine. — M. LAVERAN lit un rapport sur un travail de M. Matignon, médecin militaire. De ce travail il résulte que les oxyures sont extrêmement fréquents à Pékin, et que les enfants en sont atteints dans la proportion de 95 p. 100. Les ascarides sont aussi fréquents chez l'adulte. Ces parasites proviennent des eaux de boisson et des légumes consommés souvent crus dans des champs où les Chinois pratiquent l'épandage. Les Européens, qui font bouillir ou filtrer leur eau, et qui font cuire leurs légumes, en sont très peu atteints.

Le tænia est rare chez le Chinois, qui se nourrit surtout de viande de porc. Il est plus fréquent chez l'Européen, qui se nourrit de viande de bœuf; on le rencontre dans la proportion de 20 p. 100. Dans tous les cas, il s'agit de tænias inermes.

De l'atriplicisme. — M. LAVERAN lit encore un rapport sur un deuxième mémoire de M. Matignon, sur l'intoxication par l'arroche (atriplex), observée chez un certain nombre de Chinois. La pathogénie de cette intoxication est encore obscure.

COMMUNICATIONS

Réduction d'une ectopie rénale par les trépidations du chemin de fer. — M. LANCEREAUX lit une observation de M. Fournier (d'Angoulême), sur une femme de cinquante ans, atteinte d'ectopie rénale droite. Par deux fois, la réduction s'obtint et les crises douloureuses disparurent à la suite d'un voyage en chemin de fer.

Accidents dus à l'évolution de la dent de sagesse. — M. MOTY lit un travail sur ce sujet (voir plus haut, p. 1068).

La séance est levée.

CONGRÈS DE MOSCOU

COMMUNICATIONS

Faculté que possède l'épiderme de conserver sa vitalité hors de l'organisme. — M. C. A. LINNGREN, de Trelleborg (Suède), dans un assez grand nombre de cas, a transplanté des morceaux d'épiderme sur des plaies fraîches et granuleuses. Ces morceaux avaient été conservés dans un sérum stérile liquide depuis un jour jusqu'à six mois. Dans la plupart des cas, les greffes avec ces lambeaux épidermiques adhéraient et formaient une couche de peau de la même manière que dans la transplantation ordinaire. Ce résultat est resté constant même après une observation de plus d'un an. Dans peu de cas seulement, les lambeaux d'épiderme furent résorbés par les granulations trop vivaces. Dans le but d'un contrôle plus sévère, les greffes avaient été pratiquées le plus souvent dans le milieu de la plaie. En outre, en examinant au microscope les morceaux d'épiderme destinés à la transplantation ou déjà transplantés, on peut prouver la présence des grains dans des morceaux d'épiderme qui avaient été conservés plus d'un mois dans le sérum.

Gangrène des extrémités par atrésie et par oblitération artérielle incomplète dans le cancer de l'estomac. — MM. SABRAZÈS et CABANNES (de Bordeaux). La gangrène par artérite chronique n'exige pas fatalement — à l'encontre de l'opinion classique formulée par Cruveilhier — une oblitération totale des troncs artériels du membre intéressé et de leurs collatérales. Une oblitération partielle, voire même une simple atrésie, peuvent la provoquer, ainsi que le démontrent deux cas observés par nous et dans lesquels il ne s'est agi ni de gangrène par névrites périphériques (les nerfs étaient sains en amont des parties sphacélées), ni de gangrène septique. Il faut pour cela qu'interviennent des causes de dénutrition multiples et associées.

Les artérites chroniques, oblitérantes ou non, et suivies de gangrène au cours du cancer de l'estomac, ne relèvent pas d'un processus néoplasique secondaire, localisé sur les points de l'artère malade, mais simplement d'une lésion d'athéromasie.

En regard du segment artériel intéressé, il existe toujours des ganglions qui présentent des altérations d'inflammation simple à évolution chronique.

Ces artérites chroniques, survenant ou se révélant au cours du cancer gastrique, doivent être rapprochées des phlébites qui se manifestent si fréquemment chez les cancéreux.

Traitement des plaies infectées. — Après avoir fait un aperçu historique sur le traitement des plaies en général, M. BRAATZ (de Königsberg) s'est efforcé d'élucider plus spécialement les causes pour lesquelles le traitement antiseptique a été délaissé en faveur du traitement aseptique. M. Braatz expose longuement à quel point de vue il se range en ce qui concerne le traitement des plaies infectées. Ces dernières doivent aussi être traitées aseptiquement sans recourir aux moyens antiseptiques forts. Ayant traité

200 plaies infectées par des moyens purement aseptiques, l'auteur a pu enregistrer de très bons résultats.

Il n'emploie plus l'iodoforme, dont la valeur thérapeutique a été exagérée, suivant lui, même dans les plaies tuberculeuses, car, étant donné que les cultures de bacilles morts produisent aussi la suppuration, l'emploi des antiseptiques pour tuer les microbes n'a plus sa raison d'être, d'autant plus que ces antiseptiques sont toujours nuisibles aux tissus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 septembre 1897, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Laffay, Renault, Cras, Guyot, Chagnolleau, Regnault, Paucot, Charézieux, Brunet, Le Strat, Lowitz, Portes, Le Nadan, Chartres, Pichez, Prouvost, Féraud, Pichon et Roux.

— L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu le lundi 25 octobre 1897. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie où ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 16 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

A. *Régime du 31 juillet* 1893.— 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. — L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire. Les épreuves consisteront en une épreuve d'anatomie (névroglie, splanchnologie) et une composition d'histologie.

B. *Régime du 20 juin* 1878. — 1° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, l'angiologie et l'histologie.

2° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur la névrologie, la splanchnologie, l'anatomie des régions, l'histologie et la physiologie.

3° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la deuxième partie du second examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de médecine et de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Moria (d'Alger).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Excursions organisées avec le concours de l'agence des « Voyages économiques ». — 1° *Excursion en Algérie et en Tunisie.* — Départ de Paris le 28 septembre; retour le 29 octobre. — Itinéraire : Paris, Marseille, Alger, Blidah, Bougie, Sétif, Constantine, El-Kantara, Biskra, Batna, Timgad et Lambessa, Hammam-Meskoutine, Bône, Tunis, Sousse, Kairouan, Bizerte, Tunis, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, 1 080 fr.; 2e classe, 980 fr.

2° *Excursion en Italie et sur le littoral méditerranéen.* — Départ de Paris le 2 octobre ; retour le 30 octobre. — Itinéraire : Paris, Turin, Milan, la Chartreuse de Pavie, Vérone, Venise, Bologne, Florence, Rome, Naples, Pompéi, Capri, Sorrente, Pise, Gênes, Monte-Carlo, Monaco, Nice, Cannes, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, 830 fr.; 2e classe, 700 fr.

3° *Excursion en Corse.* — Départ de Paris le 5 octobre; retour le 21 octobre. — Itinéraire : Paris, Nice, Bastia, le cap Corse, l'île Rousse, Calvi, Corte, Ajaccio, Propriano, Sartène, Bonifacio, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, 550 fr.; 2e classe, 500 fr.

Les prix indiqués ci-dessus comprennent les billets de chemins de fer; le logement, la nourriture, le transport en voitures et en bateaux, etc., sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17 RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'ostéotomie médiane de l'os hyoïde et la pharyngotomie transhyoïdienne de Vallas.

Par M. R. Étiévant, interne des hôpitaux de Lyon.

I

Historique. — Depuis longtemps la voie naturelle et la voie artificielle se disputent le pas dans la chirurgie du pharynx et de la portion sus-glottique du larynx; l'une cède devant les perfectionnements que l'on apporte aux méthodes qui empruntent l'autre, pour reprendre bientôt après la faveur.

La pharyngotomie sous-hyoïdienne, soupçonnée par Vidal (de Cassis), conseillée par Malgaigne (1) pour arriver soit sur l'épiglotte, soit sur le vestibule du larynx, réalisée pour la première fois en 1857 par Prat, au fond des archipels océaniens, pour une tumeur tuberculeuse de l'épiglotte, tomba en défaveur lorsque la laryngoscopie fut devenue plus pratique et plus familière.

Follin, en 1863, lui donna un regain de jeunesse en la transformant en une laryngotomie sus-thyroïdienne. De nos jours elle est encore discutée; Gottstein, Moure, la rejettent; pour Forgue et Reclus (2), « malgré le plaidoyer d'Axel-Iversen (3), la voie thyro-hyoïdienne mérite d'être abandonnée; pourquoi, ajoutent-ils, se frayer une route sanglante dans l'espace sous-hyoïdien puisque les tumeurs de l'orifice supérieur du larynx qui pourraient l'indiquer sont très accessibles à l'extirpation par les voies naturelles? »

Les reproches adressés à cette opération, le jour insuffisant qu'elle donne, la blessure possible de vaisseaux et de rameaux nerveux importants, ont conduit M. Vallas, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à la modifier, et à changer l'incision horizontale pour un tracé vertical et à se créer une voie à travers l'os hyoïde sectionné.

C'est à l'occasion d'une tumeur néoplasique de l'épiglotte, jugée inaccessible par un laryngologiste autorisé, que le chirurgien lyonnais pratiqua pour la première fois, au mois de novembre 1895 (1), une *pharyngotomie verticale* avec *ostéotomie médiane de l'os hyoïde*, une pharyngotomie transhyoïdienne en un mot.

Depuis, convaincu, à juste raison, de la supériorité de cette opération qui a l'avantage d'ouvrir au chirurgien une large voie pour aborder la portion sus-glottique du larynx, l'épiglotte, le pharynx inférieur et même l'amygdale, il a pratiqué une série d'interventions pour des indications diverses :

Goitre du canal de Bochdaleck, 1 cas (Soc. des sc. méd., déc. 1895, et *Province méd.*, janvier 1896);

Rétrécissements syphilitiques du pharynx inférieur, 2 cas (*Province méd.*, 22 avril 1896);

Et néoplasmes de la langue, 1 cas (Soc. des sc. méd., et *Province méd.* 1896) et 3 observations inédites.

Depuis la première intervention de Vallas, Jérémitsch (de Berlin) a été conduit accidentellement à proposer la *voie sus-hyoïdienne* (médiane et transversale) qui n'a pas encore fait ses preuves.

Récemment Dubourg et Brindel (de Bordeaux), après s'être rendu compte de l'insuffisance de la voie sus-hyoïdienne latérale, ont pratiqué sur le même malade (porteur d'une tumeur de la base de la langue et de l'épiglotte) une ostéotomie médiane de l'os hyoïde; ils n'ont eu qu'à se louer de cette conduite.

Enfin le professeur Ollier, qui a pris part aux discussions de la Société de chirurgie de Lyon, s'est rallié pleinement aux conclusions de Vallas.

C'est cette nouvelle intervention que nous avons l'intention d'étudier dans son ensemble : après en avoir décrit le manuel opératoire, nous en exposerons les indications; à ce propos nous la mettrons en parallèle avec les divers procédés opératoires qu'elle est appelée à remplacer, sauf les autres pharyngotomies, réservant pour un dernier chapitre l'étude comparative de ces dernières.

En somme, nous essaierons de mettre en relief la supériorité de l'ostéotomie médiane de l'os hyoïde sur les autres opérations ayant le même but, mais empruntant une voie différente et qu'elle est appelée à supplanter.

(1) Malgaigne. *Traité de médecine opératoire.*
(2) Forgue et Reclus. *Traité de thérapeutique chirurgicale.*
(3) Axel-Iversen. Ueber Pharyngotomie subhyoidea, *Arch. f. klin. Chir.*, XXXI.

(1) Vallas. Soc. des sc. méd., déc. 1895, et *Province méd.*, 3 janv. 1896.

II

Région peri-hyoïdienne. — Nous appelons *région péri-hyoïdienne* le territoire sur lequel porte l'*ostéotomie médiane de l'os hyoïde*, comprenant la région sus-hyoïdienne médiane et la partie de la région sous-hyoïdienne s'étendant du bord supérieur du cartilage thyroïde à l'os hyoïde.

Son étude va nous indiquer les différents plans entamés par le bistouri, mais surtout nous montrer l'absence totale d'organes importants sur la ligne médiane.

Le *squelette* de la région est constitué par l'*os hyoïde* avec ses quatre prolongements, grandes et petites cornes, os dont le corps est presque exclusivement composé de tissu compact avec un peu de tissu spongieux au centre; son petit volume rend facile sa section par une simple pince coupante.

Sa *face antérieure*, convexe, cutanée, est en rapport avec les téguments sur les caractères extérieurs desquels il serait oiseux d'insister; disons seulement que, de par l'angle formé au niveau de l'os hyoïde par les deux régions limitrophes, l'accès sur l'os hyoïde est singulièrement facilité par une extension forcée de la tête sur le cou. Rappelons également que l'existence normale de plis transversaux, dus aux contractions du peaucier, avait poussé les chirurgiens à conduire leurs incisions horizontalement.

A la face profonde de la peau, le *fascia superficialis* qui la matelasse, séparé en deux couches par le *peaucier*, lui permet des glissements assez étendus. L'entrecroisement des fibres du peaucier sur la ligne médiane, presque constant (30 fois sur 34 d'après Schmidt), se fait d'ordinaire au niveau de l'os hyoïde. Au-dessous de ce dernier, par conséquent, le fascia aréolaire et le fascia lamelleux se confondent.

Sur un plan plus profond, les *veines du plexus sous-mental*, remarquable surtout sur la ligne médiane, forment un peu plus bas deux troncs ordinairement peu considérables, descendant de chaque côté de cette ligne médiane, et qui vont constituer *la* ou *les jugulaires antérieures;* dans ce dernier cas, d'un côté à l'autre passent des anastomoses dont les plus importantes (si peu pourtant) côtoyent l'os hyoïde.

I. Portons nos regards d'abord au-dessus de l'os hyoïde, nous tombons dans la région sus-hyoïdionne médiane, triangle limité latéralement par le ventre antérieur du digastrique. Nous trouvons à égale distance de l'os hyoïde et de la symphyse mentonnière des *ganglions*, tributaires pour la plupart de la lèvre inférieure; puis l'*aponévrose cervicale superficielle* ou *aponévrose sus-hyoïdienne*, plan résistant qui peut être considéré comme le squelette fibreux du plancher de la bouche et qui recouvre de nouveaux *ganglions lymphatiques*, et le *mylo-hyoïdien* avec sa traînée celluleuse médiane prise à tort pour raphé.

Enfin sur un dernier plan (avant les masses musculaires de la langue) se présentent les *génio-hyoïdiens*, et dans l'intervalle qui les sépare la petite masse jaunâtre de la *glande de Zuckerkandl*, dont l'enveloppe celluleuse condensée à la partie inférieure s'attache au périoste de l'os hyoïde, pour se continuer avec lui, « lobule erratique, dit Sébileau (1), développé au milieu de ce trousseau fibro-conjonctif privé de lumière, qui se détache du lobe médian ou de la pyramide de Lalouette pour aboutir, en passant sous le mylo-hyoïdien entre les deux génio-hyoïdiens, à la partie postérieure du V lingual; » des flancs de ce tractus thyréoglosse central se détachent les canaux de Bochdaleck latéraux. Telle est la partie sus-hyoïdienne de notre région.

(1) Sébileau. *Démonstrations d'anatomie*, Paris 1892.

II. Au-dessous de l'os hyoïde, après incision de l'*aponévrose cervicale superficielle*, puis de l'*aponévrose moyenne*, entre les muscles sous-hyoïdiens (*sterno-hyoïdien*, *thyro-hyoïdien*) réclinés en dehors, nous trouvons la membrane *thyro-hyoïdienne*, séparée du thyro-hyoïdien, par suite des mouvements incessants d'élévation et d'abaissement du larynx, par la *bourse séreuse de Boyer*, qui n'est, somme toute, que la partie supérieure de l'espace préviscéral de Heuler, subdivisée en plusieurs compartiments par des tractus fibreux. Latéralement, rappelons que la membrane thyro-hyoïdienne ou ligament thyro-hyoïdien moyen de Testut, répond aux *nerfs laryngés supérieurs* qui glissent sur elle avant de la perforer d'avant en arrière.

Enfin la membrane thyro-hyoïdienne est en rapport en arrière, latéralement, avec les gouttières pharyngo-laryngées, et, sur la ligne médiane, avec une formation qui a porté longtemps à tort le nom de *glande de Morgagni*, c'est la *loge glosso-thyro-épiglottique* de Brousses et Brault (1).

Cette loge, de forme prismatique, dont le sommet est au niveau du point d'insertion de l'épiglotte sur le cartilage thyroïde, est limitée en arrière par la portion non libre de l'épiglotte, et en avant par la *membrane hyo-glossienne* et *thyro-hyoïdienne*.

Sa base est formée par la *muqueuse linguale* se réfléchissant sur la face antérieure de l'*épiglotte* et au-dessous d'elle par une forte et résistante membrane cellulo-aponévrotique qui ferme complètement l'excavation sous-jacente; une cloison médiane, très dense, placée de champ, la sépare en deux compartiments.

Tel est, dans ses grands traits, le territoire opératoire de l'*ostéotomie médiane de l'os hyoïde*. Notre seul but a été de montrer qu'à part quelques rameaux veineux seuls, pour la plupart infimes et superficiels, aucun organe important ne vient se mettre en travers du bistouri.

III

Manuel opératoire de l'ostéotomie médiane de l'os hyoïde. — Avant de décrire le manuel opératoire proprement dit de l'ostéotomie de Vallas, nous envisagerons rapidement la question de la trachéotomie et de l'anesthésie, sans oublier quelques mots sur l'antisepsie, devenue banale de nos jours.

A. Trachéotomie. — Faut-il faire la trachéotomie préventive et appliquer la canule-tampon de Trendelenburg? Après l'avoir pratiquée une fois, Vallas l'a abandonnée et n'a pas observé d'accidents laryngo-trachéaux ou broncho-pneumoniques, soit pendant, soit après l'opération.

Et ce faisant, il a rompu, après Berger, avec l'opinion classique d'après laquelle la trachéotomie est indispensable pour avoir une plaie réellement aseptique et pour isoler le foyer des voies aériennes.

Comme le fait remarquer Broca, Prat, Follin, Debrou pratiquèrent les premières pharyngotomies sans trachéo-

(1) Brousses et Brault. *Rev. de chir.*, 1893.

tomie préventive; Langenbeck, le premier, pour un myxofibrome du ligament aryténo-épiglottique, fit, immédiatement avant l'intervention, une trachéotomie préliminaire, et, depuis, sa manière de faire a été adoptée par la plupart des Allemands, qui, après Michaël et Schüller, la considèrent comme de rigueur; la statistique malheureuse de Polaillon sembla devoir confirmer leur opinion; néanmoins l'accord est loin d'être fait sur ce point : certains partisans de la canule à demeure ne lui reconnaissent pas en soi une vertu souveraine pour préserver de la pneumonie et les adversaires de la trachéotomie trouveront un argument dans la statistique de Vallas (8 pharyngotomies transhyoïdiennes, dont 7 sans trachéotomie préalable, 8 succès).

Le seul cas dans lequel Vallas l'ait pratiquée était une épiglottectomie : c'est dans ces seules conditions qu'il serait disposé à faire des réserves, la section de l'épiglotte et surtout des parties voisines, replis glosso-épiglottiques, etc., pouvant être le point de départ d'une hémorragie sérieuse.

Toutefois, il sera bon de se prémunir contre certains accidents opératoires, comme la pénétration du sang dans les voies aériennes, toujours possible, et mettre à sa proximité l'instrumentation nécessaire pour l'ouverture de la trachée.

B. Antisepsie. — Il est inutile d'insister sur les précautions aseptiques et antiseptiques, qui doivent être prises là comme avant toute intervention.

Le pharynx aura été préalablement désinfecté, autant que faire se peut. Pendant l'opération, l'irrigation de la plaie, avec des solutions antiseptiques, indiquée tant que la cavité pharyngienne n'est pas ouverte, devient dangereuse aussitôt après; des accidents asphyxiques pourraient apparaître et rappelons que Reverdin a observé de l'aphonie par l'emploi de l'acide phénique sur une plaie thyroïdienne. Le fait de la communication de la plaie avec la cavité pharyngienne diminue de beaucoup la valeur de l'asepsie; celle-ci reprend tous ses droits dans l'extirpation des tumeurs analogues à celle de l'observation II, où la réunion immédiate doit être cherchée; son application est d'ailleurs rendue difficile par le maniement à proximité du bonnet anesthésique.

C. Anesthésie. — Toutes les interventions de Vallas ont été pratiquées sous l'anesthésie générale; l'opération est parfois longue (amputation de la langue après ligature bilatérale de la linguale) et on ne doit pas en refuser aux malades le bénéfice. L'existence de quelques troubles respiratoires, dus à une tumeur de la base de la langue ou des replis aryténo-épiglottiques, ne constitue pas une contre-indication, mais forcera le chirurgien à surveiller de plus près l'anesthésie. Quant au choix de l'anesthésique, l'éther semble préférable, en raison de son innocuité, à moins que l'examen du malade n'ait révélé une trachéo-bronchite sur l'évolution de laquelle les vapeurs d'éther, irritantes pour l'arbre respiratoire, pourraient avoir quelque influence; dans ce cas, le chloroforme, qui expose moins à la production d'abondantes et gênantes mucosités pharyngiennes et trachéales, est plus indiqué.

A la rigueur, dans les interventions relativement courtes, comme la section des rétrécissements du pharynx, l'anesthésie à la cocaïne serait praticable.

D. Manuel opératoire proprement dit. — L'instrumentation nécessaire comporte un bistouri, une rugine, des ciseaux droits, des pinces hémostatiques, des écarteurs de Farabeuf, et une pince coupante de Liston.

A la rigueur, on pourrait faire prendre au malade la position de Rose, mais le champ opératoire est, par le fait, rendu moins accessible et l'anesthésie plus difficile.

Le manuel opératoire de l'ostéotomie médiane de l'os hyoïde, en tant qu'opération préliminaire, est, par lui-même, des plus simples.

Il comprend trois temps :

1° Dans le premier temps : section de la peau sur la ligne médiane, l'incision remontant et descendant à un travers de doigt ou plus au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde.

La nécessité de se donner le plus de jour possible pour une large intervention peut faire étendre les limites de l'incision soit en haut (amputation de la langue) jusqu'à proximité de la symphyse, soit en bas (néoplasme de l'orifice supérieur du larynx) jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde; l'absence d'organes importants sur la ligne médiane permet d'en varier à volonté les limites.

2° Dans le deuxième temps : section de l'os hyoïde sur la ligne médiane à l'aide de la cisaille de Liston, après section et rugination du périoste sur la partie voisine de la future solution de continuité.

3° Dans le troisième temps : décollement des muscles et alors on peut suivre deux voies : ou entrer dans le pharynx inférieur au niveau de la région épiglottique; ou remonter dans l'épaisseur de la langue au milieu du plancher buccal.

A partir de ce moment, la conduite varie suivant les indications et le manuel opératoire subit des modifications. Dans le premier cas, le bistouri se porte soit du côté d'une bride pharyngienne, soit du côté de l'épiglotte. Dans le deuxième cas, il va décortiquer une poche kystique ou procéder à l'amputation de la langue.

E. Sténoses du pharynx. — Pour un rétrécissement cicatriciel du pharynx, une fois la masse inodulaire découverte, on introduit le doigt dans le pharynx aussi profondément que possible, et, sur ce conducteur, on incise la masse cicatricielle jusqu'à ce que le bistouri pénètre dans la cavité pharyngienne.

Après section, on place l'appareil inventé par Martin pour les malades de M. Vallas, consistant en deux pièces, une pièce buccale se fixant sur les arcs dentaires supérieurs, la deuxième prenant point d'appui sur la première et destinée à plonger dans le pharynx pour maintenir dilatée la section pharyngienne.

F. Amputation de la langue. — Le manuel opératoire est plus délicat, mais le résultat compense largement les efforts de l'opérateur.

1° Ligature préalable des deux artères linguales qui permet, en supprimant toute hémorragie, de se passer de la trachéotomie avec canule de Trendelenburg;

2° Ostéotomie avec ses différents temps, mais en s'avançant seulement jusqu'au mylo-hyoïdien;

3° Désinsertion par la bouche de la muqueuse buccale sur toute la longueur de la face interne du maxillaire inférieur, puis on sectionne les attaches de la langue au plancher et aux parties latérales de la bouche; cette libération avec des ciseaux courbes est une véritable désinsertion des muscles génioglosses, amygdaloglosses, etc;

4° Une pince introduite par la plaie hyoïdienne, après avoir séparé les bords internes des mylo-hyoïdiens, saisit la pointe de la langue et l'amène au dehors;

5° Deux coups de ciseaux, rasant de chaque côté le bord supérieur de l'os hyoïde, détachent l'hyoglosse et terminent la section de la base de la langue.

Par ce procédé, la langue est amputée dans sa totalité.

Un gros fil, passé de chaque côté à travers le plancher buccal et le mylo-hyoïdien, permet de rétrécir l'énorme brèche ainsi effectuée et de favoriser la reconstitution de la sangle mylo-hyoïdienne. On peut, à la rigueur, suturer les bords de la muqueuse buccale.

G. Suture osseuse. — Il est très facile avant de terminer complètement l'opération de pratiquer la suture des surfaces de section de l'os hyoïde ; d'après Vallas, cette suture est inutile, elle ne fait que compliquer une opération simple, peut-être vaudrait-il mieux se contenter de suturer les lèvres du périoste des deux fragments ou simplement les couches parostales ; mais, même sans cette précaution, les fragments sont soutenus d'une part par les muscles sus-hyoïdiens, de l'autre par les sous-hyoïdiens, dont l'action s'annule pour les maintenir immobiles, si bien que les surfaces de section des deux fragments correspondent à peu près exactement ; ajoutons à cela l'immobilisation de la tête et du cou par un pansement forcément volumineux, pour l'empêcher d'être traversé, pendant les huit ou dix premiers jours qui suivent l'opération, par les matériaux alimentaires ingérés, et l'on comprendra que, dans aucun cas, on n'ait observé de pseudarthrose ou une consolidation vicieuse.

H. Soins consécutifs et suites opératoires. — Après l'intervention et quel qu'en ait été le but, il convient de faire des lavages fréquents de la cavité buccale, toutes les deux ou trois heures, avec une solution antiseptique. Si besoin est, on alimentera le malade par la sonde nasale de préférence, pour éviter le contact des aliments et des liquides avec la plaie, dont la réunion se fera plus rapidement.

Ces deux précautions seront le meilleur préservatif des accidents infectieux qui surviennent d'ordinaire après les opérations sur la bouche et le pharynx, et surtout de la *pneumonie* de déglutition (Schlückpneumonien des Allemands).

Vallas serait disposé, au sujet de cette absence parmi ses opérés de pneumonies septiques, à reprendre la théorie de Langenbeck. « Langenbeck, dit Broca (1), s'est demandé un instant si son procédé latéral n'était pas rendu défectueux par la section obligatoire des deux branches du nerf laryngé supérieur (2) : le vestibule du larynx anesthésié ne chasserait plus par la toux les particules alimentaires ; en outre le rameau descendant contribue à innerver le constricteur inférieur, dont, depuis Longet, on connaît le rôle dans l'occlusion glottique qui accompagne la déglutition. »

La section de l'os hyoïde ne produit pas de troubles spéciaux consécutifs, à part une gêne légère et temporaire de la déglutition. La consolidation se fait rapidement en produisant une convergence plus accusée des deux branches, la forme ogivale de l'os s'accentue.

Aucun trouble fonctionnel au point de vue respiratoire ne vient en compliquer les suites ; de même pour la phonation : ce n'est que pour les interventions larges, comme l'amputation totale de la langue, que certaines syllabes, les linguales dans le cas particulier, sont difficiles à prononcer.

D'ailleurs nous insisterons plus sur ce point dans le parallèle des diverses méthodes opératoires.

Après section à ciel ouvert des rétrécissements du pharynx, le malade supporte très bien sa pièce dilatatrice : il apprend à la sortir et à la remettre lui-même, ce qui permet de continuer la dilatation pendant tout le temps nécessaire pour éviter la rétraction toujours possible du tissu inodulaire. La déglutition est de même grandement améliorée : les opérés avalent les aliments solides et mangent comme tout le monde (1).

(1) Broca. *Dict. des sc. méd.*, art. pharyngotomie, etc.

(2) Nous verrons plus loin que, dans la pharyngotomie sus-hyoïdienne, cette section est à peu près inévitable.

IV

Indications générales. — L'ostéotomie médiane de l'os hyoïde avait été proposée la première fois par Vallas pour donner accès dans la partie inférieure du pharynx sur une tumeur de l'épiglotte.

Depuis, les indications se sont étendues et actuellement le chirurgien lyonnais, bien qu'il n'ait pas eu l'occasion de le faire, serait disposé à la pratiquer pour :

I. L'extraction des corps étrangers du pharynx inférieur, du vestibule du larynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage ;

II. Les tumeurs de la région épiglottique et du vestibule ;

III. Les sténoses cicatricielles du pharynx inférieur ;

IV. Les tumeurs de la base de la langue ;

V. Les tumeurs de l'amygdale.

I. Corps étrangers du pharynx inférieur, du vestibule du larynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage. — Il est rare, comme le dit Broca, qu'on ne puisse extraire ces corps étrangers par les voies naturelles, mais, d'autre part, on les néglige trop parfois. « Des dentiers, avalés et fixés dans le pharynx, ont causé des phlegmons graves et même mortels (Weiss, Garbrick, Church) ; on a laissé pendant sept mois à une lame de canif le temps d'ulcérer la carotide interne (Th. Smith, *Saint-Barthel. Hosp. Rep.*, 1883) ; il ne faut donc pas trop temporiser et opérer lorsque des accidents commencent à se manifester. »

Car, de faits isolés comme celui de James Paget (2), où un ratelier avec neuf dents artificielles est supporté sans peine pendant quatre mois, on ne saurait conclure à la bénignité des accidents qu'ils occasionnent [Beale (3)].

Quand le corps étranger a traversé la muqueuse pour passer dans le tissu cellulaire et quand des déchirures et

(1) Nous avons eu la bonne fortune de revoir un des malades de M. Vallas dix-sept mois après son opération. Il avait porté pendant trois semaines nuit et jour, et un mois pendant la nuit, son appareil, sans en éprouver aucune gêne. Actuellement, il mange n'importe quoi, même des croûtes de pain très volumineuses et très dures, *n'avale jamais de travers*. En outre, par suite du rétablissement parfait du cours de la respiration, son thorax s'est notablement amplifié dans tous les sens, il n'a plus de dyspnée en montant les escaliers ou en courant (ce qu'il lui était impossible de faire auparavant) ; enfin son intelligence s'est déliée.

Nous l'avons examiné et avons constaté latéralement la présence d'un bourrelet transversal, dû à la persistance des segments latéraux des brides cicatricielles préexistantes, mais sur la ligne médiane, le tissu inodulaire n'existait plus, d'où agrandissement notable du diamètre antéro-postérieur. Le toucher digital confirmait ces renseignements.

(2) James Paget. *Brit. Journ. of dental Sc.*, vol. V.

(3) Beale. *Path. Soc. Trans.*, vol. III.

des délabrements difficiles à mesurer d'avance doivent être le prix de l'ablation par les voies naturelles, il faut intervenir. Lefferts (1) utilisa ainsi la voie sous-hyoïdienne pour extraire un anneau de montre enclavé dans le repli aryténo-épiglottique et la corde ventriculaire; de même Wheeler (2), pour une aiguille implantée dans un cartilage aryténoïde. Mais, malgré ces succès (3), il nous semble qu'à traumatisme égal, la pharyngotomie transhyoïdienne soit préférable en raison de sa commodité, de son *exsanguinité*, et enfin parce qu'elle permet d'explorer le pharynx dans ses moindres recoins et même l'extrémité toute supérieure de l'œsophage, où les corps étrangers solidement implantés sont déjà justiciables de l'œsophagotomie externe.

II. Tumeurs de la région épiglottique et du vestibule. — Cette région peut être le siège de productions néoplasiques implantées sur divers points, notamment sur l'épiglotte et les parties avoisinantes : sillon glosso-épiglottique et base de la langue d'une part, replis aryténo-épiglottiques et orifice supérieur du larynx d'autre part.

Toutes ces tumeurs, surtout les malignes qui demandent à être enlevées largement, sont d'un abord difficile.

A. *Tumeurs bénignes.* — Les tumeurs bénignes de la région sont représentées par des papillomes et des polypes; sur ce terrain, la question de la pharyngotomie a été des plus sujettes à controverse. Elle serait tout au moins indiquée pour les papillomes multiples et de préférence chez les jeunes sujets au-dessous de six ans, ordinairement rebelles à la méthode endo-laryngée.

Schwartz dit à ce sujet : « Nous croyons qu'il y a un certain nombre de cas de polypes du larynx qui seront traités plus efficacement par la thyrotomie et les *autres procédés de la méthode extra-laryngée* que par l'extirpation par les voies naturelles. » Mais en tout cas, il faudrait n'y avoir recours que lorsque la méthode endo-laryngée sera restée inefficace.

Effectivement, la pharyngotomie n'en est plus à compter les papillomes enlevés avec succès [Follin (4), Studsgaard, Ascenbaen]; son utilité avait paru toutefois discutable après le cas de Solis-Cohen et Packard (5); pratiquant une pharyngotomie sous-hyoïdienne pour des papillomes multiples qu'ils n'avaient pu enlever par les voies naturelles, il leur fut impossible d'éclairer le larynx; Cohen, connaissant le siège de la tumeur, essaya en vain, en se guidant sur le doigt, de la saisir; l'opération resta incomplète.

Ce que nous avons dit de l'ostéotomie hyoïdienne montre suffisamment, pensons-nous, le parti qu'auraient pu en tirer ces auteurs.

Aux papillomes, ajoutons les kystes de la région du vestibule; Krakaiser put par la voie sous-hyoïdienne enlever un kyste du ligament aryténo-épiglottique gauche, pour lequel ce chirurgien avait vainement essayé la ponction et l'aspiration.

B. *Tumeurs malignes.* — L'ablation en est rendue difficile par la profondeur à laquelle elles sont situées. L'opération a donné un succès à M. Vallas (1) et c'est pour une tumeur de ce genre que Dubourg (de Bordeaux) y a eu recours après échec de la pharyngotomie sus-hyoïdienne latérale (2).

A l'heure actuelle, l'intervention dans le cancer du larynx

(1) Lefferts. *Med. Record*, 1874.

(2) Wheeler. *Med. Press and circular*, 1875.

(3) Voir encore Kocher. Pharyngotomie pour un dentier dans l'œsophage. *Corresp. Bl. f. Schw. Ærtze*, 15 oct. 1895.

(4) Follin. Exposé d'un cas de papillomes multiples du larynx, traités et guéris par la laryngotomie thyro-hyoïdienne. *Arch. gén. de méd.*, 1867.

(5) In Schwartz. *Arch. of Laryng.*, 1880.

(1) Observation I. — Il s'agissait d'un épithélioma du sillon glosso-épiglottique, étendu à toute la face antérieure de l'épiglotte et à la muqueuse de la base de la langue. Après avoir fait la trachéotomie préventive, M. Vallas pratiqua la pharyngotomie transhyoïdienne, et il lui fut facile d'extirper l'épiglotte en totalité et toutes les parties de la muqueuse linguale envahies par le néoplasme. Une sonde à demeure fut placée dans l'œsophage pour permettre l'alimentation du malade. Le lendemain de l'opération, la canule trachéale fut enlevée et moins de cinq semaines après la cicatrisation était complète.

L'examen histologique, pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, montra que les limites du néoplasme avaient été dépassées.

(2) Brindel. Épithélioma pavimenteux de la base de la langue et des replis glosso-épiglottiques médian et latéral gauche, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 juillet 1897, et Soc. d'anat. et de physiol. path. de Bordeaux, 21 juin 1897. — Il s'agit d'un malade de quarante et un ans, porteur d'une tumeur de la base de la langue, révélant sa présence par de fréquentes hémorragies par la bouche. Ces hémorragies survenaient au moment où le malade s'y attendait le moins, au milieu de la conversation, au moment d'un effort. Il s'abstenait de parler haut, afin de ne pas provoquer l'hémorragie; néanmoins sa voix était bien timbrée et, à l'écouter, il semblait que le larynx ne fût pas en cause.

Depuis quelques jours, il sentait de petites douleurs lancinantes au niveau de l'os hyoïde; état de santé satisfaisant; pas de dysphagie; mais au moment de la déglutition des liquides, il lui arrivait de temps en temps d'en faire pénétrer quelques gouttes dans le larynx, ce qui déterminait une crise de suffocation, et assez fréquemment une hémorragie.

A l'examen extérieur : dans la région sous-angulo-maxillaire du côté gauche, un assez volumineux ganglion, arrondi, mobile.

A l'examen laryngoscopique : tumeur globuleuse, arrondie, régulière, de la forme et de la dimension d'une grosse noix, occupant le sillon profond qui sépare la base de la langue de la face antérieure de l'épiglotte. Cette tumeur, à la surface de laquelle serpentaient des petites veinules bleuâtres, dont une ulcérée était obturée par un petit caillot, présentait un aspect charnu et une coloration bleuâtre, différente d'une tumeur kystique ou fibromateuse. La tumeur repoussait fortement l'épiglotte vers l'entrée du larynx, qu'il était impossible d'apercevoir. Le bord libre de l'épiglotte était seul aperçu au laryngoscope, servant de rempart à la tumeur qui s'élevait à son niveau dans toute son étendue; toutefois, la netteté de ce bord et son défaut d'infiltration permettaient d'affirmer que le néoplasme n'avait pas envahi cet organe.

La rapidité de l'évolution, d'une part, les hémorragies, l'aspect, la consistance, le peu de mobilité et l'infection ganglionnaire, d'autre part, firent immédiatement porter le diagnostic de tumeur maligne du sillon glosso-épiglottique.

« Malgré l'infection ganglionnaire sur la nature de laquelle le doute n'était pas permis, on proposa au malade une intervention, car on pensait que la tumeur pourrait être enlevée en entier et que le défaut d'adhérence des ganglions permettrait également leur ablation totale.

M. Moure avait songé à attaquer la tumeur au moyen de l'anse galvanique, mais l'adénopathie profonde et le peu de mobilité du néoplasme lui firent abandonner ce projet.

On eut recours à une large incision horizontale partant de la ligne médiane et s'étendant jusqu'à l'angle gauche du maxillaire inférieur en rasant de près le bord de l'os; le but était double : enlever d'abord le ou les ganglions malades, et aller à la recherche de la tumeur en abordant la cavité buccale par la voie sus-hyoïdienne latérale.

L'opération fut exécutée le 21 mai 1897; la première partie (trachéotomie, ablation des ganglions au voisinage de la jugulaire, ouverture de la cavité buccale) fut des plus simples, mais quand il s'agit d'aborder la tumeur par la voie sous-maxillaire, on ne put y réussir. La portion horizontale de la langue fut attirée au dehors par l'orifice artificiel, mais sa portion verticale demeura inaccessible, et c'est à peine si avec l'extrémité du doigt on put retrouver la tumeur à la place qu'elle occupait au voisinage de l'épiglotte.

Toute tentative d'extraction par cette voie parut immédiatement inutile, et M. Dubourg fit alors ce qu'il s'était proposé de faire en cas d'insuccès par la voie sus-hyoïdienne latérale, et ce que nous eussions préféré lui voir accomplir après la trachéotomie et l'ablation des gan-

(nous faisons rentrer les tumeurs dont nous parlons dans cette entité morbide) est encore sujette à discussion.

Entre les partisans de la laryngectomie dont nous ne voulons pas discuter les indications et ceux de la trachéotomie, prennent place, comme intermédiaires, les chirurgiens qui pratiquent la laryngofissure, curative et palliative tour à tour. La forme extrinsèque surtout est jugée inopérable par sa malignité et sa tendance à la généralisation; mais malgré la richesse de l'épiglotte en lymphatiques, un néoplasme limité doit être enlevé, et rapidement; tout le succès dépend de la précocité du diagnostic; malheureusement, comme le dit Ruault (1) : « On opère toujours trop tard; le chirurgien qui voit la tumeur n'est pas laryngologiste, et le plus souvent le laryngologiste n'est pas chirurgien. » C'est d'ailleurs l'opinion d'un assez grand nombre de chirurgiens, aussi les tentatives d'épiglottectomie par la pharyngotomie, sont-elles devenues relativement fréquentes.

Rosenbaum, publiant un cas d'Israël, n'en avait trouvé que trois cas dans la littérature (Burow, Schülten et Krönlein); ils sont à notre avis plus fréquents. Les cas d'épiglottectomie pour tuberculose ou pour cancer ne sont plus à compter depuis ceux de Prat, Carré, von Bruns, Sebileau, Th. Anger (2), etc.; il est certain que ce n'est pas sans regret que l'on voit des malades atteints de cancers pédiculés de l'épiglotte, observés dès le début, succomber sans intervention [tel le cas de Baurowicz (3)]. D'autant plus que l'épiglotte, dont l'importance physiologique avait été longuement démontrée autrefois, n'est point indispensable à l'acte de la déglutition; celle-ci est suffisamment assurée par la fermeture réflexe de la glotte et le mouvement qui, au moment de la déglutition, porte le larynx en haut et en avant sous la base de la langue.

Aussi, dans le cas de Rosenbaum comme dans celui de Vallas, la déglutition ne subit-elle aucune gêne par le fait de l'opération.

Quant à la voie de choix pour l'épiglottectomie et l'ablation des tumeurs de la région, certains laryngologistes, grâce à une longue pratique, peuvent ou ont pu enlever l'épiglotte par les voies naturelles; encore faut-il que la portion libre de l'organe soit seule atteinte.

Certes par les voies naturelles, en s'aidant du miroir, on peut enlever les tumeurs bénignes plus ou moins bien pédiculées, mais les vraies tumeurs malignes, infiltrées dans la profondeur des tissus, échappent à l'intervention par cette voie; il ne faut pas cependant aller trop loin dans ce sens, et, comme Schrötter et Semon, arguer de ce fait que l'opération est forcément incomplète et rejeter toute intervention.

Un cas qui prouve bien l'insuffisance des voies naturelles est celui de Burow (1); il avait tenté en huit mois deux fois l'extirpation par les voies naturelles; après récidive il fut obligé de faire la trachéotomie, enfin après une pharyngotomie le succès parut assuré, et un an et demi après le malade était revu en bonne santé.

Ajoutons encore le cas de Perrin (2); revu trois mois après sans récidive.

Quant à la section médiane du maxillaire, le jour qu'elle donne sur la région épiglottique est très insuffisant, ainsi que nous l'avons constaté plusieurs fois sur le cadavre après Vallas; nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur les inconvénients qu'elle présente.

Et comme conclusion, nous adopterons celle de Brindel : « La voie créée de la sorte, dit-il en parlant de la voie transhyoïdienne, donne un jour suffisant et permet un accès facile sur l'épiglotte et la base de la langue. Aussi pensons-nous qu'elle sera utilisée avec fruit dans les cas dont le siège présentera quelque analogie avec celui qui fait le sujet de notre observation. »

III. Sténoses cicatricielles du pharynx inférieur. — Sur ce point, Vallas ne s'est adressé qu'à des rétrécissements syphilitiques. On sait que sur le *pharynx supérieur* c'est la symphyse staphylo-pharyngienne qui représente la majorité des cas. Vallas a eu alors recours au traitement institué par Albertin et Martin, c'est-à-dire à la libération du voile avec prothèse temporaire pour éviter les adhérences secondaires.

Pour le *pharynx inférieur*, à la gêne apportée par les brides cicatricielles, obstruant, déformant le pharynx, bridant l'épiglotte, tiraillant les replis pharyngo-épiglottiques, le procédé de choix, et c'est celui qu'il a employé, consiste dans le débridement et la dilatation par la voie transhyoïdienne (3). (Observations n[os] II et III.)

---

glions, c'est-à-dire une incision médiane allant de la symphyse mentonnière à la pomme d'Adam.

M. Dubourg, aidé de M. Moure, décortiqua avec soin la tumeur dans toute sa surface adhérente, surface qui s'implantait dans les replis glosso-épiglottiques médian et latéral gauche. La muqueuse recouvrant la face linguale de l'épiglotte avait contracté des rapports de contiguité avec le néoplasme, mais n'avait pas encore été envahie par les éléments néoplasiques. Le cartilage était indemne également. Toutefois, très profondément, au niveau du point d'implantation de l'épiglotte, on dut racler ce cartilage, car la tumeur semblait avoir pris naissance exactement à ce niveau.

Inutile d'ajouter que le néoplasme fut enlevé très largement. En raison de la longue durée de l'opération, seule la dernière incision médiane fut réunie par première intention. La plaie latérale fut tamponnée à la gaze iodoformée et la canule de Trendelenburg laissée en place. A part un accès de fièvre qui, le soir de l'intervention, atteignit 40 degrés, les suites furent excellentes.

Le malade dut être nourri au moyen de la sonde naso-œsophagienne pendant une quinzaine de jours, à cause du défaut d'écartement des mâchoires et de la gêne de la déglutition.

La canule fut laissée en place une dizaine de jours environ; le malade n'éprouva, quand on la retira, aucune gêne de la respiration.

Il partit le 10 juin en état de guérison apparente; en effet, les plaies étaient cicatrisées, et il n'existait plus de tumeur au niveau de la base de la langue. Toutefois, à ce niveau la plaie n'était pas tout à fait cicatrisée et on apercevait encore, au laryngoscope, une goutte de pus en avant de l'épiglotte.

A l'*examen microscopique*, on retrouve, dans les coupes du néoplasme comme dans celles du ganglion, les mêmes lésions exactement, il s'agit d'un *épithélioma pavimenteux* avec quelques globes épidermiques.

Cette observation, ajoute Brindel, *vient encore à l'appui de l'excellence de la méthode transhyoïdienne, préconisée récemment par un chirurgien lyonnais.* »

Nous sommes excusable d'avoir rapporté presque *in extenso* l'observation de Brindel, qui constitue un des bons arguments de notre plaidoyer en faveur de la pharyngotomie transhyoïdienne.

(1) Ruault. Soc. franç. d'otol. et de laryng., 25 avril 1888.

(2) Th. Anger. *Ann. des mal. des oreilles*, 1882.

(3) Baurowicz. *Arch. f. Laryng. und klin.*, 1896. L'entrée du larynx était obstruée par une tumeur pédiculée de l'épiglotte; le malade mourut au bout de quelques semaines après la trachéotomie, d'une bronchopneumonie.

(1) Burow. *Berlin. klin. Woch.*, 1877.

(2) Perrin. *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., 1882.

(3) Vallas. Rétrécissement syphilitique du pharynx. Pharyngotomie externe par la voie transhyoïdienne. *Prov. méd.*, 22 avril 1896. — Jeune homme dont le voile du palais est complètement soudé à la paroi postérieure (premier rétrécissement). Deuxième rétrécissement constitué

Cette méthode est bien préférable à la pharyngotomie interne, opération aveugle, dangereuse, si l'on veut faire le nécessaire, inutile si l'on veut rester prudent, et dans ce cas l'intervention est forcément limitée par la crainte de dépasser les limites du pharynx et de blesser le paquet vasculo-nerveux du cou. Delore (1) a bien obtenu un succès par le dilatateur du frère Côme, mais c'est là un fait exceptionnel.

IV. Tumeurs de la langue. — a. *Tumeurs bénignes*. Ce sont le plus souvent des tumeurs congénitales, liées au développement de la langue, à une anomalie de régression ou d'évolution du canal thyréoglosse de Bochdaleck; tantôt ce sont des kystes adhyoïdiens, tantôt des tumeurs solides, ou mi-liquides, mi-solides. M. Vallas employa pour la deuxième fois son procédé pour une tumeur de ce genre (2).

Vallas dans ce cas avait utilisé en premier lieu la voie sus-hyoïdienne latérale et, malgré toute l'attention qu'il apporta à la recherche de cette tumeur, elle avait disparu en quelque sorte, véritable tumeur fantôme, et on dut terminer l'opération, convaincu de n'en avoir pas pratiqué l'ablation. L'ostéotomie de l'os hyoïde est donc appelée à rendre service dans des circonstances analogues ou bien encore quand des opérations palliatives, comme les injections irritantes, la simple incision, quand les récidives viennent mettre leur inefficacité en relief.

b. *Tumeurs malignes*. — Enfin Vallas a proposé et utilise la voie transhyoïdienne pour l'amputation totale de la langue, et il put en effet, dans 4 cas (3), en pratiquer une extirpation aussi totale que possible.

par la soudure des piliers avec la base de la langue à une hauteur répondant à peu près au bord libre de l'épiglotte. La soudure est totale à gauche, à droite existe, près de la base de la langue, un petit orifice oblique de haut en bas et de dehors en dedans. L'ouverture a 15 millimètres de long, sur une largeur de 4 à 5 millimètres; c'est l'unique moyen de communication de la cavité buccale avec l'œsophage et la trachée. Les liquides seuls passent.

Une pharyngotomie interne fut tout à fait insuffisante; la pharyngotomie transhyoïdienne donna le résultat satisfaisant que nous avons signalé à propos des résultats et suites opératoires.

Vallas (Hôtel-Dieu, mars 1897). Femme de quarante ans. Syphilose naso-pharyngienne ayant déterminé une soudure complète du voile du palais au pharynx et un rétrécissement de la partie inférieure de ce conduit au-dessus de l'orifice pharyngo-œsophagien. Ce rétrécissement diminue des trois quarts les dimensions normales du pharynx.

Pharyngotomie transhyoïdienne et application du dilatateur de Martin. Suites opératoires simples; la malade part avec son appareil au bout du quinzième jour.

Depuis, elle a donné de ses nouvelles et se trouve très satisfaite de son état.

(1) Delore. Soc. de chir. de Lyon, 17 juin 1897.

(2) Obs. IV. — Jeune fille de vingt ans, présentant une tumeur congénitale de la base de la langue, développée dans l'épaisseur des muscles, au niveau du foramen cæcum et en rapport avec l'évolution du canal thyréoglosse. Une première tentative d'extirpation par la voie sus-hyoïdienne latérale tentée en 1894 avait échoué. Vallas fit en décembre 1895 la section de l'os hyoïde, sans incision de la membrane hyo-thyroïdienne, et par la brèche ainsi obtenue il arriva sur une tumeur qu'il put énucléer et extirper en totalité. La trachéotomie ne fut pas pratiquée dans ce cas, car toutes les manœuvres opératoires eurent lieu sous la muqueuse linguale, en dehors de la cavité pharyngienne.

La guérison fut obtenue en un mois. (*Prov. méd.*, 11 janvier 1896.)

(3) Nous donnons un résumé très bref des observations que M. Vallas a bien voulu nous communiquer.

Obs. V. — Homme, cinquante-huit ans. Tumeur néoplasique occupant la partie gauche de la langue, sans dépasser la ligne médiane; elle siège à la partie moyenne et postérieure de la face dorsale et est accessible en avant où elle forme, au-dessus de la surface libre de la muqueuse, une saillie d'environ un demi-centimètre de haut; en arrière, elle n'est pas accessible, la douleur que provoque toute tentative d'exploration ne permet pas d'enfoncer l'index suffisamment loin pour atteindre sa limite postérieure. Amputation totale par la voie transhyoïdienne; succès opératoire (premier semestre 1896).

Obs. VI. — Homme, cinquante ans. Épithélioma du bord droit de la langue avec envahissement des ganglions de la loge sous-maxillaire. — Amputation totale transhyoïdienne avec ligature préventive des deux linguales et ablation des glanglions et de la glande sous-maxillaire.

Le malade est sorti complètement guéri au bout de cinq semaines; il porte un appareil prothétique (langue artificielle de Martin), qui améliore sensiblement le résultat fonctionnel (premier semestre 1897).

Obs. VII. — Homme, cinquante ans environ. Épithélioma de la partie postérieure de la langue au niveau du V lingual. Amputation totale transhyoïdienne. Le malade sort, après un séjour de trois semaines à l'hôpital, complètement guéri des suites opératoires.

Obs. VIII. — Homme, soixante-deux ans. Épithélioma du bord gauche de la langue au niveau du pilier antérieur du voile du palais. Amputation totale transhyoïdienne. Le malade n'a voulu supporter aucune sonde œsophagienne à demeure; cependant, il avalait assez facilement les liquides au bout de quatre jours. Au quatrième jour, également, il est descendu faire une promenade en ville et est remonté seul au troisième étage.

Il repart dans son pays quinze jours après l'opération; une petite fistule persiste sur la ligne médiane au niveau de la section hyoïdienne; elle est d'ailleurs en voie d'amélioration.

Pour l'amputation de la langue, les voies naturelles (indiquées par le siège antérieur du néoplasme et son peu d'étendue), même avec le débridement de la commissure, ne sauraient être mises en comparaison avec l'amputation telle que M. Vallas la pratique.

Que l'on ait recours à l'ostéotomie latérale suivant le procédé de Langenbeck, ou à la section médiane avec Roux et Sedillot, et l'on verra qu'après ces interventions, qui nécessitent le plus souvent la ligature de la carotide externe, la mortalité est considérable, même avec trachéotomie préliminaire.

Il en est de même de la voie sus-hyoïdienne abandonnée par Whitehead, Labbé, malgré les plaidoyers de Regnoli et de Maisonneuve, puis reprise par Verneuil, Billroth, Kocher qui l'ont remise en honneur; l'incision unilatérale parallèle au bord inférieur de la mâchoire, ou la ligne brisée symétrique par rapport à la ligne médiane ne donneront pas un accès aussi facile sur les masses musculaires de l'organe que la transhyoïdienne.

V. Tumeurs de l'amygdale. — Les tumeurs de l'amygdale n'ont pas encore été attaquées par la voie transhyoïdienne; mais à chaque intervention, pour d'autres motifs, M. Vallas s'est rendu compte que cette voie serait préférable à celles qui sont offertes jusqu'ici au chirurgien, pour l'ablation des néoplasmes amygdaliens.

Jaboulay (1) a préconisé récemment la voie rétro-maxillaire et a pratiqué à deux reprises par ce chemin l'ablation d'amygdales néoplasiques.

Nous croyons néanmoins que des essais seraient à tenter de ce côté; Morton (2) a d'ailleurs tenté, par la pharyngotomie, l'ablation de l'amygdale, du plancher de la bouche, pour un épithélioma.

V

Voies diverses donnant accès sur la base de la langue, l'epiglotte et le pharynx. — Nous avons déjà dit, çà et là,

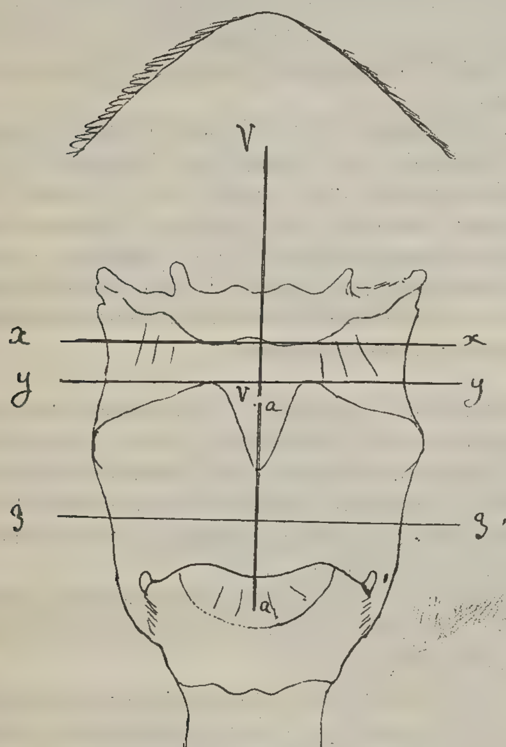
(1) Jaboulay. Procédé et voie à suivre pour extirper les tumeurs de l'amygdale, *Lyon méd.*, 1896.

(2) Morton. *Brit. Med. Journ.*, 27 mars 1897.

quelques mots sur les interventions que l'on peut appliquer à certaines des indications de la pharyngotomie transhyoïdienne. Nous nous sommes assez longuement expliqué sur l'insuffisance des voies naturelles. Avant d'aborder l'étude des pharyngotomies, nous dirons quelques mots de :

1° L'ostéotomie médiane du maxillaire.

2° La thyrotomie.



(D'APRÈS LESEIGNEUR)

Lignes d'incisions des pharyngotomies. — *xx.* Sous-hyoïdienne de Malgaigne; — *yy.* Sus-thyroïdienne de Follin; — *vv.* Transhyoïdienne de Vallas; — *zz.* Thyrotomie de Billroth; — *aa.* Thyrotomie verticale.

1° Ostéotomie médiane du maxillaire. — La section de la symphyse par un trait de scie vertical a été proposée depuis longtemps par Sédillot; puis ayant eu des difficultés à obtenir la soudure de l'os, le même chirurgien eut l'idée de remplacer la section verticale par une section angulaire latérale, afin que les fragments aient moins de tendance à s'écarter.

D'après le professeur Ollier, ce deuxième procédé est plus difficile à exécuter et rétrécit considérablement le champ de la manœuvre opératoire par la proéminence de l'angle saillant.

Quoi qu'il en soit, le temps nécessaire à la soudure osseuse est parfois très long; aussi, bien qu'elle fournisse certainement une voie large, les inconvénients de cette section, tant au point de vue de la consolidation ultérieure qu'à celui des complications d'ordre infectieux, sont nombreux, c'est précisément pour les éviter que M. Vallas a fait la pharyngotomie transhyoïdienne, l'ostéotomie de l'os hyoïde étant incontestablement moins grave que celle du maxillaire.

Gangolphe (1) toutefois ne l'abandonne pas complètement dans les cas d'envahissement du plancher par le néoplasme, mais il avoue que jamais il n'a vu réséquer d'une façon aussi complète la portion juxta-épiglottique de la langue que par le procédé de Vallas.

(1) Gangolphe. Soc. de chir. de Lyon, 17 juin.

2° Laryngotomie verticale partielle ou thyrotomie (laryngo-fissure). — Cette opération ne répond qu'à deux indications de la pharyngotomie : les corps étrangers du vestibule et les papillomes du larynx. Le manuel opératoire en est facile, car les couches molles que l'on doit traverser sont peu épaisses; la partie délicate de l'opération consiste à sectionner l'angle saillant du cartilage thyroïde exactement sur la ligne médiane, de manière à passer ainsi entre les interstices des cordes vocales; pour ce faire, les uns se servent des ciseaux; les autres des ciseaux et de la sonde cannelée; les autres du bistouri et de la sonde ; on peut facilement déraper latéralement.

Après l'opération, la suture donne une coaptation parfaite, mais elle n'est d'ailleurs pas absolument nécessaire.

Une des complications opératoires locales de la thyrotomie est constituée par l'hémorragie qui provient de deux sources, ou des rameaux artériels rampant à la face interne du thyroïde (rameaux laryngés de la thyroïdienne supérieure) ou de l'abrasion des tissus malades, auquel cas l'hémorragie ne tient pas à proprement parler au procédé.

Dans les cas de Burguet et de Bœckel (in thèse de Leseigneur) l'opération dut être interrompue par suite de l'importance de l'hémorragie au moment de la section du thyroïde.

VI

Les diverses pharyngotomies. — Nous avions déjà, à propos de chacune de ces indications, mis en regard de l'ostéotomie médiane de l'os hyoïde, les interventions employées dans un but identique mais unique; nous avons réservé les pharyngotomies parce qu'on leur a appliqué toutes les indications que nous avons étudiées.

Mais tout d'abord remarquons avec Broca la confusion qui règne parmi les procédés employés et les dénominations qu'on leur attribue; aussi ne confondrons-nous pas *pharyngotomie* et *pharyngectomie* comme Axel-Iversen, de même rejettons-nous ce titre de laryngotomie sous-hyoïdienne employé par Langenbuch en 1880 et récemment encore en 1893 par Leseigneur pour celui de pharyngotomie à l'exemple de Richet, Luselka et Langenbeck.

Enfin nous n'envisagerons pas la pharyngotomie postérieure, lui laissant pour seule indication l'incision des abcès rétro-pharyngiens réclamée pour elle par Watson Cheyne.

Nous n'étudierons donc, et encore brièvement, que :

a. La pharyngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne;
b. La pharyngotomie sus-thyroïdienne de Follin;
c. La pharyngotomie sus-hyoïdienne de Jeremitsch.

I. Pharyngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne ou laryngotomie sous-hyoïdienne de certains auteurs. — La pharyngotomie sous-hyoïdienne dont nous avons retracé plus haut l'histoire, donne accès sur l'épiglotte et ses divers moyens d'union aux parties avoisinantes, replis glosso-épiglottiques et ligaments ary-épiglottiques, sur le vestibule du larynx et même la face antérieure et postérieure des aryténoïdes.

L'incision se fait immédiatement sous le bord inférieur de l'os hyoïde, parallèlement à lui et sur une étendue de 6 à 7 centimètres.

Rappelons que la membrane thyro-hyoïdienne est traversée en arrière et tout près des cornes supérieures du cartilage thyroïde par les nerfs et vaisseaux laryngés supé-

rieurs; aussi Follin conseille-t-il de ne donner à l'incision de cette membrane qu'une étendue inférieure de moitié à l'incision cutanée. Toutefois, d'après Castex, la première peut s'étendre aux trois cinquièmes moyens de l'os.

On a préconisé pour le dernier temps l'emploi du thermo. On arrive ainsi sur la partie moyenne de l'épiglotte qui, bridée par ses divers replis, se laisse parfois difficilement saisir et attirer au dehors.

Certes, cette méthode compte à son actif de nombreux succès : Carré von Bruns (*in* thèse de Leseigneur) a pu, grâce à elle, enlever l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, les piliers antérieurs du voile, les cartilages de Wrisberg et une partie des cartilages aryténoïdes. Sébileau (*ibidem*) par la brèche pratiquée put enlever l'épiglotte en totalité, un peu de la paroi latérale du pharynx et, par la lèvre supérieure de l'incision, une petite partie de la base de la langue.

Récemment encore, Israël avec Rosenbaum (1) put encore, par cette voie, procéder à l'ablation totale de l'épiglotte avec une partie des replis glosso-épiglottiques, et deux ans après la récidive ne se montrait pas; les limites avaient donc été largement dépassées.

Certes, la pharyngotomie sous-hyoïdienne ne saurait être mise en comparaison avec l'intervention par les voies naturelles. Toutefois, on peut formuler contre elle deux griefs :

1° Elle nécessite une incision transversale qui entame les parties molles du cou sur une trop grande largeur, et elle expose à la blessure d'organes importants, comme le rameau supérieur du laryngé supérieur, utile à la déglutition. Toutefois, d'après Rosenbaum, on peut prolonger l'incision de chaque côté, jusqu'au ligament hyo-thyroïdien latéral, sans courir ce danger, si l'on a soin de raser avec le bistouri le bord inférieur de l'os hyoïde, puis d'aller à la recherche du nerf en question et de le maintenir écarté latéralement dans le cours ultérieur de l'opération. Grâce à cette précaution, on pourrait ensuite, sans inconvénients, sectionner les ligaments hyo-thyroïdiens latéraux et même prolonger l'incision pharyngienne jusqu'à 1 centimètre et demi de ces derniers.

2° Elle donne, malgré cette précaution délicate, un jour insuffisant; le champ opératoire est bientôt limité en haut par l'os hyoïde, en bas par le bord supérieur du cartilage thyroïde, si bien qu'il vient à l'esprit de se frayer une route à travers l'os hyoïde, ou du moins de tracer une deuxième incision verticale; telle fut la conduite suivie par Th. Anger (2), dans un cas de laryngotomie sous-hyoïdienne, qu'il eut l'occasion de pratiquer à Bicêtre pour un épithélioma de l'épiglotte; après avoir exécuté l'incision transversale habituelle, il fit tomber sur celle-ci une petite incision médiane et verticale; grâce à cet artifice, il enleva la totalité de l'épiglotte.

II. Pharyngotomie sus-thyroïdienne. — La *pharyngotomie sus-thyroïdienne* fut inventée par Follin pour éviter la section de la base de l'épiglotte, comme le fait inévitablement le procédé de Malgaigne, et permettre de la désinsérer à sa partie inférieure.

La section des téguments se fait à 5 millimètres au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde. De même que pour la pharyngotomie sous-hyoïdienne, il convient de ne pas

(1) Rosenbaum. *Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, p. 4.
(2) Observation IV de Leseigneur, Th. de Paris, 1895-1896.

dépasser de chaque côté le tiers postérieur du bord supérieur du thyroïde, pour éviter les nerfs et les vaisseaux laryngés supérieurs.

Elle donne accès sur la partie vestibulaire du larynx et le pharynx inférieur.

III. Pharyngotomie sus-hyoïdienne (paryngotomia suprahyoïdea de Jérémitsch). — Nous insisterons peu sur le procédé de Jérémitsch (1), proposé par l'auteur à la suite d'une observation de plaie du cou, due à une tentative de suicide (2). La vue plongeait fort avant dans le pharynx, et il se demanda si une incision analogue ne pourrait pas être employée avec avantage dans les opérations sur le pharynx et la langue.

D'après Jérémitsch :

1° Elle donne tout l'espace désirable ;

2° Elle permet de lier facilement les artères linguales ;

3° L'épiglotte reste intacte. Il est difficile, à notre avis, de se prononcer sur la valeur de la pharyngotomie sus-hyoïdienne, elle n'a jamais été, croyons-nous, pratiquée sur le vivant.

Pour Jaboulay (3), opération rationnelle, donnant beaucoup de jour, elle permet d'aborder facilement le plancher buccal, sans qu'il soit nécessaire de sectionner l'os hyoïde.

Quant à nous, nous estimons que c'est une véritable balafre qui sacrifie tous les organes de la région et surtout le mylo-hyoïdien. Après une pareille opération, la déglutition est considérablement gênée par le défaut de mobilité de la sangle mylo-hyoïdienne, représentant le plancher buccal; il n'y a rien de semblable avec la section de l'os hyoïde qui permet de ménager une grande partie des muscles et ne produit qu'une gêne courte et temporaire de la déglutition.

VII

Contre-indications et complications. — Certes si nous préconisons hautement la pharyngotomie de Vallas, notre enthousiasme ne va pas jusqu'à appliquer à tort et à travers ses indications. Une lésion trop étendue ou de nature trop maligne, avec envahissement aux parties voisines, ne saurait relever d'elle ; elle serait dangereuse d'autre part quand l'état général du malade ne lui permet pas de supporter le shock opératoire ; nous avons vu toutefois que ce dernier était, par son fait même, très amoindri. Nous avons vu également qu'une tumeur de la base de la langue, ina bordable par la voie sus-hyoïdienne, devenait très accessible par la voie transhyoïdienne ; il semble donc que le nombre des cas opérables par elle soit un peu plus élevé.

Mais c'est sur le chapitre des complications que sa supériorité se montre.

Les complications des diverses pharyngotomies ou laryngotomies sont opératoires ou post-opératoires, locales ou générales.

Les complications locales opératoires sont représentées par les hémorragies; nous en avons déjà parlé à propos de la thyrotomie; pour la pharyngotomie sous-hyoïdienne, elle

(1) Jérémitsch. Loco citato.
(2) La solution de continuité pratiquée par le rasoir, malgré une étendue de 12 centimètres, n'avait intéressé ni vaisseaux, ni nerfs importants; la réunion de la plaie donna un succès complet, malgré l'absence de trachéotomie préalable.
(3) Jaboulay. Soc. de chir., 3 juillet 1897.

est imminente si l'opérateur dépasse les limites prescrites.

Les complications post-opératoires locales sont : l'inflammation des lèvres de la solution de continuité, le phlegmon ; l'antisepsie les prévient, il est vrai, de même que l'érysipèle, le tétanos de l'ancienne chirurgie; la thyrotomie expose à la chondrite.

C'est encore et surtout à elle que l'on a reproché les altérations consécutives de la voix, et Morell-Mackenzie constate, dans 22 p. 100 seulement des laryngotomies, un rétablissement complet de la voix ; 40 p. 100 des opérés restèrent aphones ; 30 p. 100 eurent de la dysphonie.

Lorsque l'aphonie n'est pas due à la suppression d'une partie étendue de l'anche vibrante, c'est à la section défectueuse du cartilage thyroïde ou au chevauchement ultérieur des lames du cartilage non suturé (d'où cessation des rapports normaux de niveau des deux cordes vocales) qu'il faut l'attribuer.

C'est là une complication d'une importance relative; il ne saurait en être de même de la broncho-pneumonie ; imputée par Bœckel, dans un cas, à l'écoulement de sang dans la trachée, et, par les Allemands en général, aux défectuosités de la déglutition pendant les premiers jours qui suivent l'opération, elle est le véritable cauchemar du chirurgien qui voit gâter sa statistique par elle ; cause presque unique des décès imputables aux pharyngotomies ou laryngotomies. Vallas n'a pas eu à la combattre ; peut-être d'ailleurs le nombre des broncho-pneumonies se limiterait-il par l'emploi de la sonde œsophagienne nasale à demeure.

VIII

Résultats et statistiques de ces interventions. — Les chances de disparition et de récidive des néoplasmes ne tenant pas tant à l'opération elle-même qu'à la nature de la lésion et à la période de l'évolution où elle se trouve, nous ne nous occuperons pas du résultat à ce point de vue.

Quant à la mortalité opératoire, les contingents fournis par ces diverses interventions sont un peu différents.

Leseigneur a trouvé, pour la thyrotomie, 17 morts sur 362 cas colligés dans la littérature chirurgicale, soit 4,69 p. 100.

Le chiffre des décès dus aux laryngotomies interthyrohyoïdiennes, 13 cas compulsés par le même auteur et dus à Axel-Iversen, 6; Aschenbaen, 1; Solis-Cohen, 1; Langenbuch, 1; Krakauer, 1; Carré von Bruns, 1; Th. Anger, 1; Sébileau, 1, ont fourni une mort, soit 7,69 p. 100.

Cette mortalité plus grande serait due, pour Leseigneur, à la nature de l'affection, cancer le plus souvent, dont l'envahissement nécessite des délabrements plus considérables, d'où shock opératoire intense.

Cependant, certaines interventions fournissent des statistiques déplorables : telle l'ablation de la langue par la voie sus-hyoïdienne latérale (Billroth, sur 47 opérés, en a perdu 17, soit 32 p. 100) ; telle encore l'ostéotomie du maxillaire, et Wölfler (1) a réuni, sur 49 cas de cancers de la langue traités par l'ostéotomie du maxillaire, 17 morts opératoires, ce qui constitue une moyenne assez funèbre de 34,6 p. 100.

Les malades de Vallas, que nous avons vus pour la plupart et qui étaient, certes, dans un état de cachexie ou du moins d'anémie assez prononcée de par leurs lésions qui s'opposaient à leur alimentation, ont tous supporté allègrement leur intervention.

Le nombre des opérés s'élève à 8; aucune terminaison mortelle n'a suivi l'acte opératoire.

Nous attendrons toutefois de nouveaux cas pour établir un pourcentage ferme à opposer à celui des autres pharyngotomies.

(1) WÖLFLER. *Archiv. f. klin. Chir.*, 1881.

INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT

SUR LES MADADIES NERVEUSES QUE PRÉSENTE ULTÉRIEUREMENT L'ENFANT, ET EN PARTICULIER SUR LA MALADIE DE LITTLE OU SUR DES ÉTATS ANALOGUES (1).

Par M. le docteur VERRIER (de Passy).

Après avoir rappelé les travaux de Duchenne et constaté l'insuffisance de sa classification, qui ne comprend que les paralysies infantiles obstétricales, M. Verrier propose une nouvelle classification, où il fait rentrer toutes les maladies nerveuses infantiles suites d'accouchement. La première classe comprend tous les traumatismes et les paralysies infantiles obstétricales de Duchenne ; la deuxième classe, les maladies nerveuses d'origine infectieuse et toxique provenant de la mère, du père et de l'enfant; la troisième classe, celles d'origine intra-utérine, ou se produisant au moment de l'accouchement.

Il rapporte une observation pour chaque classe, prise dans le service de M. le professeur Raymond, avec son autorisation, et conclut à introduire dans le cadre qu'il a tracé la paralysie spasmodique infantile, ou « spastic rigidity » de Little, ainsi que les origines de certaines syringomyélies, dues à des hématomyélies traumatiques survenues au moment de l'accouchement.

Mais il insiste sur l'insufflation de bouche à bouche ou avec le tube de Chaussier, qu'il accuse de produire des accidents toxiques par l'envoi dans les poumons de l'enfant d'acide carbonique, qui ne serait pas sans influence sur les spasmes paralytiques des nouveau-nés, et qu'il range pour cette raison dans sa deuxième classe. Enfin M. Verrier soutient la théorie de M. Raymond pour le diagnostic clinique de la maladie de Little : 1° état spasmodique limité aux membres inférieurs; 2° troubles de la sensibilité avec anesthésie dissociée; 3° troubles du côté des sphincters; 4° naissance en état d'asphyxie par suite des difficultés de l'accouchement.

Si tout le monde est d'accord sur ce syndrome, on n'aura pas de peine à s'entendre sur le diagnostic anatomique. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et l'on a souvent pris des affections spasmo-paralytiques de l'enfance pour la maladie de Little vraie. D'où, les uns, avec M. Pierre Marie, assignent à la maladie de Little l'arrêt de développement du faisceau pyramidal ou sa dégénérescence, et comme condition étiologique, la naissance avant terme, sans qu'il soit besoin d'y ajouter les difficultés de l'accouchement. Les autres, avec M. le professeur Raymond, prétendent que le fait d'être né avant terme n'est pour rien dans le développement de la maladie de Little ; la production d'une lésion cérébrale antérieurement à la naissance ou au moment d'une naissance laborieuse est tout. M. Verrier se range à cette opinion et ajoute que l'insufflation par suite de l'asphyxie, notée par Little lui-même, est aussi un facteur

(1) Communication au Congrès international de neurologie de Bruxelles.

important dans la production de la lésion cérébrale, et conclut à ranger la maladie de Little dans la troisième classe de sa classification.

THÉRAPEUTIQUE

L'irrigation rectale à double courant.

Le principe de l'irrigation à double courant est très ancien. On a déjà décrit beaucoup de modèles de ces irrigateurs. Celui de Robert Coleman Kemp se compose de deux tubes s'emboîtant l'un dans l'autre. Le tube intérieur est ouvert au bout de l'instrument, le tube extérieur est muni de deux ouvertures latérales. L'irrigateur est généralement en verre ou en caoutchouc dur ou mou. Le tube le plus court a 12 centimètres et demi de long et de 1 à 2 centimètres de diamètre. Le plus long tube, le tube rectal, est toujours flexible, il a 1 centimètre et demi de diamètre pour les adultes sur 30 à 35 centimètres de longueur. Pour les enfants, 1 centimètre de diamètre sur 20 centimètres de long. La valeur de ces irrigations dans les maladies chroniques du côlon est hors de doute. Les solutions chaudes à 40 degrés sont préférables aux froides. L'auteur a employé les solutions suivantes :

A. Eau de graine de lin : 7 à 8 grammes de graines de lin dans un litre d'eau. Faire bouillir et filtrer.

B. Solution salée normale : 4 grammes de sel dans un demi-litre d'eau.

C. Solution salée avec de l'huile de menthe ou de l'huile de cannelle (de v à xx gouttes dans un demi-litre d'eau).

D. Eau bouillie.

E. Acide borique, 2 à 4 grammes dans un litre, parfois dans un demi-litre d'eau.

F. Permanganate de potasse, 18 centigrammes dans deux litres d'eau.

G. Bichlorure de mercure à 1/10000.

Les solutions A, B, C, D ont été employées pour des traitements prolongés et avec une durée moyenne d'une heure par séance.

Deux ou quatre litres de solution E, une ou deux fois par jour. Deux litres de la solution F, deux fois par jour. Pendant trois jours consécutifs, deux litres de la solution G, une fois par jour, comme dans la colite membraneuse.

Les cas traités par l'auteur comprennent la colite simple catarrhale, la colite membraneuse, la dysenterie aiguë et chronique, la constipation chronique, la rétention fécale, l'entérite fébrile; les grandes irrigations rectales ont parfois réussi dans les attaques d'éclampsie et dans l'urémie.

Par la méthode que M. Kemp nomme la méthode circulaire, on peut faire parvenir le liquide jusqu'au cæcum. Lorsque le rectum est bien vidé, on couche le malade sur le côté gauche, en lui soulevant les cuisses : on lui fait une irrigation, on lave le côlon descendant, en laissant les gaz s'échapper. On place ensuite le tube de retour et on fait pénétrer un litre de la solution; on tourne alors peu à peu le patient sur le côté droit, en soulevant toujours les cuisses, et on introduit le second litre de liquide. Enfin, on soulève graduellement le patient pour arriver à le faire asseoir. On enlève le tube de retour; il s'échappe la valeur d'un litre, et le malade garde le second litre. Il ressent une sensation de plénitude dans le cæcum. La percussion révèle à ce niveau une sonorité nouvelle. On enlève le tube, et quelque temps après, il se produit des contractions intestinales. Le lendemain, on renouvelle l'opération, on fait garder également un litre, les signes physiques sont identiques. On change alors de procédé. On laisse s'échapper aussi le second litre : les signes physiques disparaissent.

On peut nettoyer, par ce moyen, toute la région du côlon et préserver celui-ci de toute absorption septique. (*Rev. de thérap. méd.-chir.*)

Par décret, en date du 18 septembre 1897, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Collin, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Arreat, Sempe, Defos, Barjon, Valette, Bavay, Ribereau, Bassaget, Lévy, Pescheux, d'Azincourt, Bérard, Planques, Lissac, Richaud, Prax, Texier, Arie, Marc, Grognot, Roubion, Varnier, Kahn, Louvrier, Delbrel, Roger, Willemin, Tocheport, Marlier, Barbier, Tremoulet, Martin, Guilhem.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Mougin, Schrœder, Malton, Binaud.

Neurosine Prunier — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

DE LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE D'URGENCE CHEZ LES PROSTATIQUES (1)

Par M. Xavier DELORE (de Lyon),
Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

II

Quelles sont donc les indications de la cystostomie d'urgence, chez les prostatiques? Depuis longtemps, M. Poncet a l'habitude de diviser les prostatiques en deux classes :

1° Les prostatiques indemnes de toute manifestation d'empoisonnement urineux et chez lesquels les urines ne présentent souvent pas d'altération pathologique. Il s'agit de *prostatiques mécaniques*, c'est-à-dire de sujets chez lesquels il existe un obstacle plus ou moins insurmontable à la miction. Ce sont les troubles fonctionnels qui dominent la scène et les malades peuvent être considérés comme non infectés.

2° Les prostatiques offrant des signes d'urinémie, de septicémie urinaire. Les troubles fonctionnels passent alors fréquemment en seconde place; le danger réside dans l'évolution et dans l'aggravation des accidents généraux déjà existants (2). Ces malades sont des *empoisonnés urinaires* dans l'acception la plus large du mot. Ils ont des signes d'urémie parce que leurs reins malades et sclérosés sécrètent d'une façon insuffisante et d'autre part, ils présentent des accidents septicémiques greffés ou non sur les premiers et qui sont d'autant plus redoutables que la rétention est plus ancienne.

Ces deux catégories de malades présentent quelques types intermédiaires qui les relient entre elles; néanmoins cette division est excellente en clinique et comprend la plus grande majorité des faits.

a. Dans la première classe, prenons tout d'abord le cas le plus simple, celui d'une rétention vésicale aiguë chez un vieillard qui n'a pas été sondé et dont les urines sont aseptiques. Le cathétérisme, qui a été essayé précédemment, a complètement échoué. Il ne reste au médecin que deux procédés parallèles pour évacuer cette vessie, car l'évacuation s'impose à bref délai : ce sont la ponction hypogastrique et la cystostomie sus-pubienne. La première méthode, disons-le de suite, reste un procédé d'exception, un pis-aller qui offre certains dangers sur lesquels nous ne voulons pas insister (1), une intervention d'attente, en un mot, pour le médecin n'ayant pas les ressources suffisantes pour pratiquer la cystostomie. Dans tous les cas, elle devra être considérée seulement comme le premier acte d'une cystostomie qui sera pratiquée aussitôt qu'on en aura la possibilité. Les ponctions hypogastriques ne sont pas une méthode de traitement de la rétention d'urine. Elles ont pu réussir dans quelques cas, il est vrai; mais elles ont certainement causé plus de morts que de guérisons, et cela, soit par les dangers auxquels elles exposent, soit surtout par leur impossibilité de lutter efficacement contre l'infection urinaire.

On a souvent objecté que la cystostomie, opération de choix, avait un inconvénient des plus sérieux, celui de produire une infirmité dégoûtante, l'incontinence urinaire hypogastrique. Il est démontré aujourd'hui que cette accusation est fort exagérée; Lagoutte a fourni de nombreuses observations, dans lesquelles on voit le méat sus-pubien se fermer fréquemment, la miction se rétablissant alors dans l'urèthre normal. Sur 34 observations, cet auteur avait trouvé 20 faits de persistance de l'urèthre artificiel et 12 faits d'oblitération de cet urèthre et de retour à la miction normale. Nous avons recherché dernièrement cette même proportion et sur les 34 malades de Lagoutte, nous avons 16 oblitérations et 18 persistances, c'est-à-dire une plus forte proportion de retours à la miction uréthrale. Ce retour arrive assez rapidement chez les malades non infectés et les limites varient entre deux mois et huit mois; c'est parce que la statistique de M. Lagoutte portait sur un certain nombre de cas récents que la proportion des oblitérations est plus faible; quatre malades de la statistique, comptés parmi les cystostomisés permanents, sont devenus, quelque temps après, des cystostomisés temporaires. En définitive donc, l'argument des médecins qui reprochent à la cystostomie

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 1059.

(2) PONCET. Loc. cit.

(1) CADIOT. *Des dangers de la ponction hypogastrique*, Th. de Lyon, 1895.

de créer une infirmité chez des gens qui n'ont pas encore les signes d'infection urinaire, perd beaucoup de sa valeur, du fait de la constatation précédente. Bien plus, il est remarquable que ce sont les prostatiques mécaniques qui présentent la plus forte proportion d'oblitérations; sur quinze cystostomies pour accidents isolés de rétention mécanique, il y a onze oblitérations. Si l'on trouve la proportion de quatre persistances de méat hypogastrique encore trop forte, nous répondrons par l'étude de l'anatomie pathologique : tous les malades cystotosmisés permanents ont des prostates énormes, parfois comparables à un utérus fibromateux, déviant, obstruant la lumière uréthrale et rendant impossible le retour aux fonctions naturelles. En principe, il faut savoir que *l'orifice hypogastrique a une tendance naturelle à l'oblitération; celle-ci se produira toutes les fois que l'urèthre sera resté perméable; la persistance du méat hypogastrique sera créée par l'état de la prostate. qui obstrue définitivement l'urèthre.* En résumé donc, les ponctions répétées sont impuissantes à faire disparaître cet obstacle prostatique que la cystostomie elle-même ne modifie pas; la cystostomie s'impose dans les cas d'impossibilité du retour à la miction normale puisqu'elle seule créée une soupape de sûreté pour l'écoulement des urines, dont la voie normale est à jamais imperméable. Dans les cas simples aussi, la cystostomie s'impose; mieux que la ponction, elle décongestionne la prostate et bientôt permet le retour aux mictions uréthrales, qui précède immédiatement la fermeture du méat abdominal.

Nous croyons avoir montré par ce court aperçu basé, non sur des hypothèses, mais sur des faits étudiés minutieusement par des observateurs scrupuleux, combien était mal fondée l'objection formulée théoriquement vis-à-vis de cette prétendue infirmité. Il était intéressant de signaler ici cette sorte de sélection faite, entre les cystostomisés prostatiques, par la nature qui guérit ceux qui ont une voie uréthrale encore libre, qui laissent, au contraire, aux autres une soupape de sûreté qui est l'urèthre sus-pubien. Pour ces derniers, l'infirmité existe évidemment, souvent compatible heureusement avec la vie habituelle des gens de soixante-dix à quatre-vingts ans. Nous ne voulons pas envisager les résultats éloignés, au point de vue de la continence ou de l'incontinence hypogastrique, dans cet article; mais il n'est pas douteux, comme l'a écrit M. Poncet, que, dans ces cas, il vaut mieux vivre avec une vessie ouverte que mourir avec une vessie fermée.

Parmi les prostatiques mécaniques se trouve une seconde catégorie de rétentionnistes qui peuvent encore être sondés, mais difficilement. Faut-il chez eux laisser, comme on l'a encore conseillé récemment, une sonde à demeure ou bien faut-il, par des cathétérismes répétés, essayer chaque jour d'exécuter un tour de force, à la manière des anciens chirurgiens, au risque d'érailler l'urèthre, de provoquer des uréthrorragies abondantes et des complications plus ou moins redoutables? Nous ne le pensons pas et nous avions lieu de croire ces modes de traitement justement abandonnés depuis plusieurs années, depuis l'avènement de la cystostomie sus-pubienne. La sonde à demeure doit être complètement rejetée : elle favorise et amène l'infection urinaire; elle est, en même temps, le plus souvent mal supportée, elle provoque des suppurations uréthrales, des prostatites, des épididymites, et, chose plus grave encore, souvent une terminaison fatale par pyélo-néphrite ascendante. Sans doute, quelques malades lui ont dû un soulagement; mais l'exception ne doit pas régler une indication thérapeutique de cette nature *quoad vitam*; sinon le chirurgien s'exposerait à de douloureux mécomptes.

Quant aux sondages exécutés chaque jour par un véritable tour de force, ils constituent encore une pratique qui doit être rejetée. Quelle que soit l'habileté de l'opérateur, il arrivera tôt ou tard une fausse route, des urétrorragies, toutes conditions bonnes pour l'infection qui guette le malade, d'autant plus que jamais, par ce moyen, on n'évacuera la totalité les urines contenues dans la vessie. Combien de fausses routes n'ont-elles pas été faites dans ces cathétérismes au lit du malade à toute heure du jour et de la nuit, et cela malgré les précautions prises dans les hôpitaux? Il ne faut pas torturer ces malheureux et les exposer à une mort rapide; la cystostomie les délivre rapidement de tous les accidents et cela, sans augmenter la gravité de leur état général; car cette opération est simple, rapide et elle n'entraîne pas de choc opératoire. Pourquoi dès lors refuser, à de tels malades, le bénéfice de cette opération?

La troisième catégorie de prostatiques mécaniques comprend les urinaires atteints d'une ou plusieurs fausses routes, ceux plus rares qui présentent des hémorragies répétées abondantes. L'inefficacité des autres modes de traitement doit faire entreprendre immédiatement la cystostomie et l'hésitation n'est pas permise.

« En résumé : lorsque le cathétérisme est impossible, lorsqu'il est particulièrement difficile, uréthrorragique, mal supporté, redouté par le malade, toutes conditions qui le rendent dangereux, lorsqu'il existe des fausses routes, dans le cas également d'hémorragies vésicales ayant résisté à d'autres traitements, dans le cas d'hématocèle vésicale, de caillots sanguins volumineux faisant, malgré la sonde, obstacle à la miction, etc., il faut, chez les vieillards prostatiques, rejeter l'emploi de la sonde, de la sonde à demeure, et donner la préférence sur les ponctions à la création d'un méat hypogastrique qui deviendra, suivant l'état des voies urinaires, temporaire ou permanent (1). »

Si aux accidents de rétention simple se surajoutent des accidents infectieux, l'indication de cystostomiser est encore plus urgente que précédemment.

b. Passons maintenant aux prostatiques devenus des empoisonnés urinaires.

L'infection se présente chez eux suivant deux modalités différentes : les uns ont de l'infection urinaire aiguë, les autres, de l'infection urineuse chronique. Les premiers ont pour type le malade de notre première observation. Dans ces cas, l'hésitation n'est pas permise, il faut cystostomiser; souvent, il est déjà trop tard, mais parfois aussi le résultat est surprenant; le drainage urinaire établi par l'ouverture vésicale met l'arbre urinaire au repos et rapidement la fièvre et les symptômes généraux disparaissent. Ici plus que partout ailleurs, il faut aller vite, savoir prendre une décision prompte et seule efficace et rejeter complètement la sonde qui ne peut offrir que des dangers.

Dans l'empoisonnement urinaire chronique, l'absence de fièvre et de phénomènes généraux graves font ordinairement préférer les cathétérismes. Mais tôt ou tard, des accidents aigus avec fièvre, troubles digestifs, délire, etc., surviennent et le malade meurt avec de l'infection surajoutée à ses lésions rénales chroniqnes. Au contraire, si l'on pratique la cystostomie rapidement, dès le début des

(1) Poncet. Loc. cit.

accidents de rétention, la vie est ordinairement sauvegardée. Nous signalons seulement ces cas, qui sont justiciables de la cystostomie, mais non de la cystostomie d'urgence, bien qu'il y ait tout avantage à pratiquer l'intervention dès le début des phénomènes.

Fréquemment, chez ces rétentionnistes chroniques ou aigus, les lésions infectieuses restent locales : il y a surtout de la cystite en même temps que la rétention, les urines en grande quantité sont infectes, purulentes et les lésions rénales ne sont pas encore installées d'une façon définitive. C'est alors le triomphe de la cystostomie; on ouvre ainsi la vessie remplie de pus comme on ouvre un abcès et les phénomènes généraux s'évanouissent aussitôt après. On conçoit tout le bienfait de cette ouverture vésicale qui, plus que l'ouverture d'un abcès, soulage le malade, puisqu'elle s'adresse à un organe aussi important pour la vie que le système urinaire, tandis que les abcès ordinaires n'atteignent pas des organes aussi nécessaires. Pourquoi refuserait-on d'appliquer à la vessie cette grande règle chirurgicale : *Ubi pus, ibi evacua?*

Évidemment dans les cystites chroniques, le traitement local par sondes et lavages conserve ses droits, mais, nous le répétons, à condition qu'on soit prêt à recourir à la cystostomie, au moindre signe d'infection aiguë surajoutée.

« En résumé : chez les prostatiques atteints d'infection urinaire forme aiguë, forme chronique grave; dans les cystites infectieuses aiguës, dans les cystites chroniques rebelles, ayant résisté au traitement par le cathétérisme, la cystostomie trouve ses indications. Elle sera parfois le seul moyen, malgré la facilité avec laquelle la sonde arrive dans la vessie, de triompher d'un empoisonnement urineux dont le pronostic, quelle qu'en soit la forme clinique, est toujours des plus réservés (1). » Nous arrêtons là les principales indications de la cystostomie d'urgence, soit chez les prostatiques atteints de rétention mécanique, soit chez les prostatiques empoisonnés urinaires. Ceux qui voudraient avoir de plus amples renseignements les trouveront détaillés dans l'article cité de M. Poncet qui, après trois ans, reste encore complet, malgré les différents travaux parus sur l'hypertrophie prostatique.

Nous terminons en rappelant qu'il existe une cystostomie d'urgence aussi bien que des kélotomies ou des trachéotomies d'urgence; c'est l'affaire des praticiens qui, les premiers, voient les accidents du prostatisme, de poser rapidement l'indication, avant l'invasion des phénomènes généraux mortels. Ils sauveront ainsi bon nombre de ces malheureux et faciliteront la tâche du chirurgien. Ils doivent, en effet, se pénétrer de cette idée que la cystostomie est une opération simple, facile, essentiellement bénigne et qui n'aggrave pas l'état grave d'un prostatique. Si les cystostomisés meurent encore trop souvent, la faute n'en est pas à l'intervention, mais bien à la gravité de l'affection qu'elle veut combattre; or, les résultats sont d'autant meilleurs que l'opération est pratiquée plus rapidement, le moindre retard mettant en jeu la vie du malade. Il faut espérer, qu'à l'avenir, les résultats seront encore meilleurs, grâce à la connaissance plus répandue des indications de la cystostomie sus-pubienne d'urgence.

(1) Poncet. Loc. cit.

REVUE DE LA PRESSE

Sur un cas de grossesse extra-utérine abdominale primitive, compliquée de la mort du fœtus; laparotomie avec excision complète du kyste fœtal; guérison. — Il s'agit, dans le cas rapporté par Rocchini, d'une jeune femme âgée de vingt-six ans, enceinte pour la cinquième fois; les grossesses précédentes s'étaient terminées normalement, sans aucun accident. A son entrée à l'hôpital, on constate la présence d'une tumeur abdominale, volumineuse, lisse, indolente, s'élevant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, inclinée légèrement à droite. A la palpation, on constate une fluctuation très manifeste et l'on perçoit également des parties fœtales bien distinctes. A l'auscultation, on n'arrive à entendre aucun battement fœtal. En se basant sur ces signes, on fait le diagnostic de grossesse utérine compliquée d'hydramnios avec mort du fœtus.

La malade quitte d'abord l'hôpital parce qu'elle se sent très bien, mais y revient quelque temps après, se plaignant de différents troubles : amaigrissement, inappétence, sueurs nocturnes, etc. Mais avec cela aucune douleur spontanée à la palpation; l'auscultation reste toujours négative. Au toucher vaginal, on trouve le col utérin fermé, tourné légèrement à droite. Après avoir dilaté le col et la cavité utérine à l'aide de tiges de laminaria, on arrive à mesurer la cavité de l'utérus, dont la longueur est absolument normale (8 centimètres).

L'état de la malade étant très grave : téguments et muqueuses pâles, muscles flasques, douleurs abdominales diffuses presque ininterrompues, on décide d'intervenir.

Une incision est faite sur la ligne médiane, 3 centimètres au-dessous de l'ombilic, jusqu'à la symphyse pubienne; cette incision primitive est prolongée, pendant l'opération, de 3 à 4 centimètres à gauche de l'ombilic. On ponctionnait le kyste, mais sans résultat. On l'ouvrit alors et l'on vit que le fœtus se présentait en position transverse, de sorte que, pour l'extraire, on fut obligé de faire une véritable version; pendant cette manœuvre, une certaine quantité de liquide que contenait le kyste tomba dans le péritoine.

Le placenta est de coloration rouge-brunâtre et occupe la portion postérieure gauche du kyste fœtal, qui correspond au cul-de-sac de Douglas. Le kyste, dont les parois ont une épaisseur variable dans différents points, présente des adhérences nombreuses, en haut et en avant, avec le grand épiploon; en bas et à droite, avec le ligament large dans toute sa hauteur.

Après avoir fait des ligatures préalables, on enlève le kyste sans grandes difficultés.

Pendant l'acte opératoire, on pratique quelques injections sous-cutanées de caféine, rendues nécessaires par l'épuisement de la malade. L'opération avait duré une heure et demie environ, sans compter le temps nécessaire pour la narcose.

Le lendemain, la température matinale était de 38°4; le soir, elle s'élevait à 39 degrés, mais les jours suivants, elle commença à baisser.

Le huitième jour, on enlève les points de suture; la cicatrisation s'est faite par première intention. La malade quitte l'hôpital, un mois après l'opération, parfaitement guérie.

Le fœtus était en état de macération très prononcée; il pesait 3 kilogrammes.

A quelle variété appartenait la grossesse ectopique dans le cas que nous venons de rapporter?

Étant donné, d'une part, l'intégrité de la trompe et de l'ovaire et, d'autre part, les rapports du kyste fœtal avec les organes du petit bassin, avec le ligament large notamment,

l'auteur affirme, et à juste raison, paraît-il, qu'il s'agissait d'une grossesse abdominale primitive.

L'auteur termine son intéressant travail en citant les paroles suivantes de M. Pinard dans son mémoire intitulé : « Nouveaux documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. » « La grossesse extra-utérine, dit l'accoucheur français, peut présenter dans sa symptomatologie, dans son évolution, des différences assez tranchées pour lui imprimer des physionomies diverses et assez peu connues à l'heure actuelle pour rendre, dans certains cas, le diagnostic sinon impossible, du moins extrêmement difficile.

L'histoire de ce grand chapitre de la pathologie obstétricale est loin d'être achevée et ne pourra s'édifier que par un nombre considérable de faits exposés jusque dans leurs moindres détails. »

C'est pour cette raison que l'auteur italien a cru nécessaire de publier son cas; c'est pour la même raison que nous avons cru intéressant de le signaler à l'attention de nos lecteurs. (*Ann. di ost. e ginec.*, n° 8, 1896.)

De l'immunisation des cobayes contre la péritonite chronique. — Dans une longue série de recherches, Galeotti a pu établir que seuls les liquides qui montrent encore les réactions générales des substances protéiques après différentes séparations, possèdent véritablement un pouvoir vaccinateur. Il démontre ensuite que les substances immunisantes sont les suivantes : un nucléo-protéide qui se trouve dans le corps cellulaire des bacilles cholériques, les albumines précipitables des cultures cholériques; probablement des peptones qui se trouvent dans les mêmes cultures; les substances albuminoïdes contenues dans l'extrait aqueux des tissus; la globuline; la sérine; la fibrine du sang des animaux immunisés; une substance albuminoïde indéterminée dialysable, qui se trouve dans le sérum; toutes les différentes substances protéiques qu'on peut séparer du sérum par une précipitation fractionnée avec le sulfate de soude ou de magnésie.

Au contraire, les substances qui ne possèdent pas de propriétés immunisantes sont celles qui restent dans la solution des cultures cholériques, après la précipitation, avec de l'acétate de plomb, celles qu'on peut extraire des cultures évaporées avec de l'alcool absolu, l'éther et le chloroforme, et enfin les substances qui restent dans les solutions du sérum après sa saturation avec du sulfate d'ammoniaque. Les substances immunisantes protéiques que nous avons indiquées plus haut peuvent perdre leur pouvoir immunisant si on les soumet à une haute température ou bien si on les fait séjourner trop longtemps dans des solutions saturées de sels neutres, dans de l'eau de baryte, etc.

Quant au mécanisme de l'immunisation, l'auteur a fait les observations suivantes : le sérum du sang fraîchement extrait d'un animal vacciné possède un notable pouvoir microbicide; ce pouvoir diminue progressivement à partir du moment de l'extraction; tous les microbes ne sont pas morts dans le sérum fraîchement extrait : il y en a un certain nombre qui continuent à vivre et se développent très bien plus tard dans le même sérum; aucune des substances isolées, soit des cultures, soit dans le sérum, ne montre *in vitro* de propriétés bactéricides.

D'après Galeotti, l'immunité contre la péritonite cholérique, déterminée par l'introduction, dans l'économie de cobayes, des vaccins, ne dépend pas d'une action bactérienne directe de ces substances vaccinantes, ni de la résistance que les animaux opposent au poison, mais de ces faits que les diverses substances immunisantes sont capables de stimuler l'organisme des animaux, de rendre plus grandes ses forces microbicides. (*Riforma medica*, n° 51, 1896.)

De la pathogénie de la maladie d'Addison. — Bérardi, dans deux cas de maladie d'Addison, a fait des recherches sur la toxicité des urines. Il a fait des injections d'urine dans les jugulaires en se servant d'un appareil excessivement simple.

L'urine, en quantité soigneusement mesurée, est mise dans une bouteille placée dans un récipient rempli d'eau chaude à 40 degrés; on fait les injections à l'aide d'un tube en verre adapté à la bouteille qui se trouve en rapport avec une canule enfoncée dans la jugulaire.

Il résulte des expériences de l'auteur que la toxicité des urines n'est pas augmentée dans la maladie d'Addison. Tenant compte de la théorie de l'auto-intoxication, qui a pris une si grande extension dans ces dernières années, Berardi tenta de recourir au traitement par l'ingestion de capsules surrénales. Il a employé d'abord l'extrait mixte à la glycérine et à l'eau de capsules, deux cuillerées par jour en portant progressivement la dose jusqu'à six cuillerées. Ensuite, il a essayé de faire ingérer à ses malades des capsules surrénales de Kean, mélangées avec un peu de cannelle. Le traitement n'a donné, ni dans l'un, ni dans l'autre cas, de résultat favorable.

L'auteur conclut de ses recherches que, dans la maladie d'Addison, il n'y a pas d'augmentation du coefficient toxique des urines et que l'ingestion des capsules surrénales ne donne aucun résultat.

Ces faits parleraient contre la théorie de l'auto-intoxication dans la maladie d'Addison. (*Riforma medica*, n° 147, 1896.)

Sur un cas de tumeurs obstruant le canal pelvien pendant l'accouchement. — Les tumeurs qui peuvent obstruer le canal pelvien sont de deux sortes : les unes, enclavées dans le petit bassin, présentent des adhérences plus ou moins notables avec les organes voisins; les autres, tout en étant également enclavées, ne présentent pas d'adhérences, ou du moins les adhérences sont insignifiantes.

C'est à cette dernière catégorie que se rapporte le cas décrit par Bossi.

Il s'agit d'une femme âgée de trente ans, enceinte pour la cinquième fois. Notons que les grossesses précédentes ont été presque toutes plus ou moins pathologiques : les deux premières se sont terminées par une fausse couche au cours du deuxième ou troisième mois; dans la quatrième, arrivée à terme, on fut obligé de recourir au forceps et l'on enleva un fœtus mort; seule la troisième s'est terminée normalement.

Dès que la menstruation s'arrête, la malade ressent des douleurs, des névralgies sacro-lombaires et des troubles intestinaux. Actuellement, à terme, elle entre à l'hôpital pour hémorragie. A l'examen, on constate un placenta prævia et une tumeur siégeant dans le cul-de-sac de Douglas. On fait un tamponnement pour arrêter l'hémorragie. Le lendemain on enlève le tampon et l'on constate ce qui suit : utérus en contractures spasmodiques; battements fœtaux d'une fréquence extrême et tellement sourds qu'on les entend à peine; col complètement dilaté, poche des eaux rompue; présentation du sommet; tumeur se trouvant derrière la tête et très abaissée; autre tête dans le cul-de-sac postérieur très en haut.

L'intervention, étant donné la situation de la malade, s'impose.

L'ayant mise dans une position à peu près semblable à celle de Trendelenburg, on applique le forceps et l'on extrait le premier fœtus; on réduit ensuite la tumeur et on enlève le second. Le premier fœtus seul est vivant. L'intervention n'est suivie d'aucune réaction fébrile, ni d'aucun autre accident.

Cinq mois après, la malade se portant toujours très bien et allaitant son enfant sans aucun inconvénient, on décide qu'il y a lieu d'intervenir chirurgicalement cette fois pour la débarrasser de sa tumeur.

L'abdomen ouvert on tombe sur une tumeur du volume de la tête d'un fœtus à terme, enclavée dans le petit bassin. On arrive, non sans difficultés, à l'énucléer et à la porter en dehors.

On voit alors qu'elle est implantée sur le ligament large. On l'enlève après avoir fait des ligatures préalables. Elle est incisée et l'on y trouve un os semblable au pariétal sur la surface interne duquel est implantée une dent canine. Le contenu de la tumeur est jaunâtre, dense, et, congelé, prend l'aspect d'une masse de graisse; l'examen microscopique y montre la présence des cellules épithéliales plates.

En outre, on trouva dans le kyste des cheveux blonds, un morceau de peau et des dents.

L'examen anatomique montre donc qu'il s'agit d'un kyste dermoïde. (*Annali di ost. et gin.*, n° 8, 1896.)

De la toxicité du sang des animaux profondément anémiés. — On sait que, dans l'anémie grave, particulièrement dans la forme pernicieuse progressive, on constate, d'une part, une diminution de l'alcalinité du sang et, d'autre part, une augmentation de la destruction de l'albumine. En outre, l'expérience clinique a montré que l'action de la transfusion dans ces cas peut être parfois fâcheuse et même précipiter l'issue fatale.

Battistini et Scofone ont supposé qu'il pouvait s'agir, dans ces cas, d'une intoxication spécifique, et ils ont eu l'idée de faire de ces cas une étude expérimentale.

Pour déterminer l'anémie, ils ont soumis des animaux à l'intoxication chronique pendant de longs mois, à l'aide de la pyridine (cette intoxication provoque un catarrhe intestinal chronique). De cette façon, ils ont pu arriver à déterminer une anémie très grave, qui par ses symptômes était, en grande partie du moins, comparable à celle qu'on observe en clinique.

Dès que l'intoxication donnait le degré d'anémie nécessaire, on suspendait l'administration de la pyridine, l'on tuait les animaux anémiés par une saignée de la carotide et on transfusait leur sang, soit dans le péritoine, soit dans les veines d'animaux normaux. Les symptômes observés chez ces animaux transfusés, furent à peu près les mêmes chez tous. Voici quel en était le tableau symptomatique :

Les animaux présentent subitement des troubles du côté du système nerveux : tremblement généralisé, dyspnée très grave, convulsions cloniques et toniques, localisées dans certains groupes musculaires, allure ataxique, cécité psychique, vomissements. La période aiguë peut durer plus ou moins longtemps, mais, habituellement, elle disparaît assez rapidement; lorsque cette période passe, les animaux restent encore longtemps dans un état de faiblesse considérable, perdent de leur poids et ne commencent pas encore à se remettre de la transfusion un mois après.

Battistini et Scofone ont fait, en outre, des expériences sur le sérum des animaux anémiés, et ils ont pu constater que le pouvoir hémolytique est passager. En ce qui concerne l'intensité des phénomènes, elle est en rapport avec la gravité de l'anémie produite, abstraction faite, bien entendu, des différences individuelles.

Voici quels sont les résultats obtenus, jusqu'à présent, par les auteurs italiens, mais ils ne tiennent point à s'arrêter là. Actuellement, ils poursuivent des recherches sur le sang d'animaux anémiés, soit par des saignées répétées, soit par des poisons mais autres que la pyridine. Ils se proposent d'étudier les effets de la transfusion sur des animaux profondément anémiés, et ils espèrent que ces expériences pourraient peut-être démontrer une action toxique du sang. (*Riforma medica*, n° 163, 1896.)

D[r] TAFT.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des gangrènes broncho-pulmonaires par l'hyposulfite de soude (C. Dumas).

A la dose de 12 à 16 grammes administrés par la voie digestive et la voie rectale, l'hyposulfite de soude désinfecte et diminue les expectorations fétides (bronchite fétide, gangrène pulmonaire, sécrétion des cavernes tuberculeuses). Il semble favoriser la production des hémoptysies et doit être employé avec circonspection chez les phtisiques. (*Rev. des sc. méd.*)

CONGRÈS DE MOSCOU

COMMUNICATIONS

Sur la toxine du gonocoque et son sérum antitoxique. — Vacciner contre la blennorragie et préserver l'humanité des atteintes de Vénus, tel est le but qu'a poursuivi M. DE CHRISTMAS. L'ensemencement du gonocoque sur un milieu bien préparé lui a permis d'obtenir de vigoureuses cultures qui restent vivantes pendant huit à dix jours et il se forme des produits toxiques qui se retrouvent en partie dans les corps des gonocoques morts, en partie dans le milieu de culture, d'où on peut les extraire.

La toxine gonococcique, inoculée dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, produit une inflammation violente, accompagnée d'œdème considérable de la conjonctive, de troubles inflammatoires de la cornée et de formation d'hypopyon. Souvent il se produit une ulcération de la cornée suivie de perforation et de prolapsus du corps ciliaire.

L'injection sous-cutanée de toxine chez les jeunes animaux produit des abcès contenant du pus épais, stérile. Chez les animaux adultes, l'injection de petites quantités détermine une réaction inflammatoire de peu de durée; mais si la dose augmente, elle occasionne une inflammation assez forte, suivie de rétrécissement cicatriciel du tissu sous-cutané, qui, souvent, devient le siège d'une infection secondaire, suivie de la formation de vastes abcès, très difficiles à enrayer.

L'injection de la toxine dans la plèvre produit une pleurésie purulente avec formation de pus, tapissant en partie la surface pleurale comme une fausse membrane.

L'injection de toxine dans le système veineux est suivie de phénomènes d'intoxication très marqués. La perte de poids est considérable, elle peut aller jusqu'à un cinquième du poids total dans les quarante-huit heures qui suivent l'injection. Souvent les animaux meurent cachectiques dans les huit à dix jours suivants; dans d'autres cas, le rétablissement se fait lentement; l'animal ainsi rétabli supporte plus facilement une nouvelle injection et il est possible d'arriver à un certain degré d'immunité en injectant successivement des doses croissantes de toxine dans le système veineux.

Les toxines du gonocoque n'ont aucune action inflammatoire sur la muqueuse uréthrale des animaux de laboratoire, mais, appliquées sur la muqueuse uréthrale de l'homme, elles produisent une réaction aiguë, évoluant rapidement et par un écoulement purulent. L'injection dans l'urèthre de quelques gouttes de toxine, précipitée par l'alcool et émulsionnée dans un peu d'eau, est suivie d'une sensation de picotement et de cuisson dans l'urèthre, et

déjà deux ou trois heures après l'injection, on peut exprimer une goutte de pus par l'orifice uréthral. La sécrétion purulente continue en diminuant dans les vingt-quatre à quarante-huit heures qui suivent l'injection; sa durée dépend de la quantité de toxine injectée; elle est toujours accompagnée de sensations douloureuses à la miction, rappelant celles de la véritable blennorragie. L'examen microscopique de la sécrétion uréthrale montre que les toxines injectées commencent par attaquer l'épithélium cylindrique de la muqueuse, qui est en partie détruite, et cette destruction est suivie de l'extravasation des globules blancs, formant la sécrétion purulente. La régénération de l'épithélium se fait très vite, et l'inflammation disparaît en quelques jours sans laisser aucune trace.

L'injection sous-cutanée ou intraveineuse de gonotoxine sur les animaux produit une accoutumance lente à la toxine, et le sérum des animaux ainsi traités possède des propriétés antitoxiques manifestes. C'est ainsi que le sérum de chèvres, immunisées depuis un an et ayant reçu plusieurs litres de toxines dans le tissu sous-cutané, neutralise les effets de la toxine dans la proportion de 1 p. 4, quand l'injection de l'antitoxine dans le système veineux ou dans le tissu sous-cutané est faite en même temps ou peu après l'injection de la toxine.

L'injection d'antitoxine sous la peau ou dans la veine permet également d'arrêter l'ophtalmie produite par l'introduction de la gonotoxine dans la chambre antérieure de l'œil, ainsi que la pleurésie purulente consécutive à l'injection intrapleurale de toxine.

Considérations sur la paralysie générale. — M. CH. VALLON (de Paris). Suivant l'auteur, l'hérédité, la syphilis et l'alcool constituent une sorte de trépied, qui est la base étiologique de la paralysie générale. Quelquefois, en l'absence d'antécédents héréditaires, la syphilis peut seule causer la paralysie générale; il en est de même de l'alcoolisme; mais celui-là remplit les meilleures conditions pour devenir paralytique général qui, héréditairement prédisposé aux maladies cérébrales, contracte la syphilis et, de plus, se livre à des excès alcooliques. La paralysie générale est intimement liée aux autres affections cérébrales et mentales. Les paralytiques généraux procréent souvent des enfants idiots, épileptiques ou vésaniques.

On a prétendu que la syphilis et l'alcool ne produisaient pas la paralysie générale vraie, mais seulement des pseudo-paralysies générales. L'auteur montre la fausseté de cette proposition, en s'appuyant sur les recherches histologiques de M. Biswinger.

Traitement électrique palliatif du tic douloureux de la face. — M. BERGONIÉ (de Bordeaux). Le traitement préconisé par l'auteur consiste dans l'application du courant galvanique continu de haute intensité et de longue durée, appliqué au moyen d'une large électrode spéciale fixée sur la face du malade et reliée au pôle positif de l'électromoteur à courant continu, donnant 50 volts, un rhéostat, un milliampèremètre, et les deux électrodes, dont l'une, l'électrode active, doit avoir 200 à 250 centimètres carrés, et dont l'autre, l'électrode indifférente, placée au niveau de la région dorsale, a au moins 400 centimètres carrés de surface. Les conducteurs complétant le circuit doivent présenter toute sécurité dans leur continuité et aux points de contact. L'intensité du courant doit être élevée progressivement à 35, 40 et 50 milliampères; les périodes d'ascension et de diminution de l'intensité doivent durer sept à dix minutes, l'intensité maxima doit rester constante pendant vingt minutes au moins.

Parmi tous les malades auxquels ce traitement a été appliqué, dix ont pu être suivis pendant une durée qui varie de trois à dix années; chez tous, les crises douloureuses ont été considérablement diminuées, comme durée, comme intensité et comme nombre; chez quelques-uns, l'amélioration est telle qu'on peut les considérer comme guéris. L'auteur estime que le mode d'action du courant dans ce cas est dû à des phénomènes électrolytiques se faisant sentir sur les dernières ramifications du nerf affecté. En effet, après la séance, la zone spasmogène est devenue presque insensible et l'on n'observe aucune crise; de plus, la disposition anatomique de la région donne à penser que le courant traverse les os de la face au point même où les branches du trijumeau les traversent également : il ne serait donc pas étonnant de penser que les troncs nerveux sont atteints en même temps que leur terminaison.

Le traitement préconisé n'a aucun inconvénient, il apporte toujours un soulagement aux douleurs intenses qui caractérisent la maladie et amène quelquefois, à la longue, leur disparition.

Note sur un traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. — La ressemblance des symptômes des vomissements incoercibles de la grossesse et de ceux observés chez les animaux privés de sel dans leur nourriture (c'est-à-dire nourris d'albumine, contenant le moins possible de sels de potasse et de soude) a paru très remarquable à Mme V. ANTOUCHOVITCH.

De bons résultats ont été obtenus dans ces cas par l'administration de mélanges salins à grandes doses. La guérison est survenue en quelques jours. On n'observe pas de récidives. Ordinairement, l'auteur prescrit à la fois le mélange salin de Botkine, du phosphate de chaux, du sel de Glauber et des bromures.

Du pouls du cycliste. — MM. ROUSSY et COMTE ont mesuré dans le laboratoire de M. Marey le pouls et la respiration d'un cycliste à des allures différentes. Ils ont remarqué que la vitesse du pouls était en proportion directe du travail accompli, mais que la pression artérielle ne suivait pas cette proportion et qu'elle se maintenait basse.

Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par les injections intra-articulaires. — Après avoir essayé, dans le traitement des tumeurs blanches, les injections intra-articulaires d'une solution d'iode, préparée suivant la formule de Durante, MM. DUPLAY et CAZIN ont renoncé à l'emploi de l'iode pour se servir exclusivement de l'iodoforme, soit sous la forme d'éther iodoformé à 10 p. 100, soit sous la forme de mucilages. L'éther iodoformé a l'inconvénient de causer des douleurs très vives, lorsqu'il est injecté dans une articulation. Ils se sont donc arrêtés surtout à l'emploi d'un mucilage renfermant un tiers d'iodoforme injecté dans l'articulation malade, à raison de 5 centimètres cubes du mélange, correspondant à 1gr65 environ d'iodoforme par injection. Leurs injections étaient pratiquées en moyenne deux fois par semaine, mais, si l'amélioration paraissait lente à se produire, ils les répétaient tous les deux jours.

Les résultats, obtenus chez sept malades atteints de tuber-

culose du genou, du coude, de l'articulation tibio-tarsienne, ont été très satisfaisants. Dans un huitième cas, où il s'agissait d'une tumeur blanche du cou-de-pied, avec fistules anciennes, on a dû procéder à une résection, après six mois d'immobilisation et d'injections intra-articulaires. Enfin, chez un neuvième malade, pour lequel, dès le début du traitement, les lésions de l'articulation tibio-tarsienne étaient extrêmement avancées, les injections iodoformées n'ont amené aucune amélioration notable, et, devant l'aggravation de l'état général, on a dû se décider à pratiquer l'amputation.

C'est surtout dans le traitement des tumeurs blanches du genou, que les injections iodoformées intra-articulaires ont donné d'excellents résultats, en les combinant avec l'immobilisation et la compression.

Les cinq malades atteints de tumeur blanche du genou, qu'ils ont traités ainsi, sont sortis guéris de l'hôpital, après quatre à six mois de traitement; ils ont été revus depuis et leur guérison paraît s'être maintenue.

Ces résultats sont d'autant plus intéressants que ces cinq malades étaient des jeunes gens ou des adultes, qui ne guérissent ordinairement pas par des moyens simples applicables aux enfants, et, chez tous les cinq, l'état de l'articulation était tel, que la résection du genou paraissait devoir constituer chez eux le seul moyen de traitement susceptible d'amener la guérison.

Le pied plat douloureux. Le signe cuboïdien. — M. MAURICE BLOCH (de Paris) démontre la nécessité de dédoubler la tarsalgie en tarsoptose et tarsalgie, et trace la pathogénie, la symptomatologie et la thérapeutique de ces deux affections.

Il insiste sur l'importance du signe cuboïdien, qu'on obtient en appuyant avec le pouce sur la face externe du cuboïde et en refoulant cet os de dehors en dedans, dans le sens des cunéiformes.

S'il y a tarsalgie sans tarsoptose, le signe cuboïdien fait défaut. L'appareil dont se sert l'auteur contre le pied plat douloureux est basé sur ces considérations, et a donné les résultats les plus heureux dans les hôpitaux et dans la clientèle privée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici le programme des exercices spéciaux du service de santé, qui auront lieu du 12 au 16 octobre prochain, sous la direction technique de M. le médecin principal de première classe Van Merris, médecin-chef de l'hôpital militaire Saint-Martin :

Le 12 octobre : Conférences à huit heures et demie du matin aux Docks du service de santé, 53, boulevard Latour-Maubourg, et à deux heures du soir à la caserne de Bellechasse.

Le 13 octobre : Conférence à huit heures et demie du matin à la caserne de Bellechasse ; à deux heures du soir, mobilisation des formations sanitaires aux Docks du service de santé. Départ pour Versailles.

Le 14 octobre : Marche et combat d'une division. Fonctionnement de l'ambulance divisionnaire et d'un hôpital de campagne à Vélizy. Dans la soirée, expériences d'éclairage du champ de bataille et recherche des blessés.

Le 15 octobre : Fonctionnement d'un hôpital d'évacuation. Organisation d'un train sanitaire improvisé et embarquement des blessés à la gare des Chantiers.

Le 16 octobre : Embarquement de l'ambulance divisionnaire à la gare des Chantiers. Résumé et critique des opérations.

Le médecin principal Benech, de l'École supérieure de guerre, remplira les fonctions de médecin divisionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bauer (de Marseille); Calvet (de Castres); Victor Chapuy, ancien médecin principal (de Grenoble); Lelot (de Tours).

— Le président de l'Œuvre du traitement des tuberculeux pauvres, nous prie de faire savoir à nos confrères qu'ils peuvent y envoyer, pour les faire soigner par injections hypodermiques de gaïacol, etc., leurs malades pauvres dans les quatre cliniques suivantes :

5, Rue de la Banque, de neuf à onze heures; — 59, rue du Cardinal-Lemoine, de cinq à sept heures; — 31, rue de Sèvres, de cinq à sept heures; — 46, avenue de Clichy, de cinq à sept heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 112. — JEUDI 30 SEPTEMBRE 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 30 SEPTEMBRE 1897. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une seule communication est à signaler dans cette séance, celle de M. Hallopeau sur la sérothérapie de la lèpre. Il y a quelque temps, M. le docteur Juan de Dios Carrasquilla adressait à l'Académie un travail sur ce sujet. Les espérances, que permettaient de concevoir les conclusions de ce travail, ne se sont pas réalisées; M. Hallopeau a fait, à l'hôpital Saint-Louis, une série d'expériences qui ont démontré que l'action du sérum, préparé par M. Carrasquilla, est le plus souvent nulle sur les nodules lépreux. Suivant l'honorable médecin de Saint-Louis, on pourrait, avec plus de chances de succès, préparer un sérum antilépreux, en injectant à un animal des bacilles provenant de lépromes. C'est à voir.

LES PLEURÉSIES SYPHILITIQUES ESSENTIELLES

Par M. le docteur Rochon.

I

Par pleurésie syphilitique essentielle, il faut entendre une pleurésie due à la localisation de la syphilis sur la plèvre elle-même, et non pas seulement une pleurésie quelconque évoluant simplement chez un syphilitique.

Historique. — En 1889, M. le professeur Dieulafoy avait attiré l'attention sur les pleurésies syphilitiques, dans leurs rapports avec la syphilis du poumon (1); mais ce n'est qu'en 1890, que MM. Chantemesse et Widal apportent, à la Société médicale des hôpitaux, les deux premières observations de pleurésie syphilitique vraiment primitive.

Quelques mois après, Nikulin, assistant à la clinique thérapeutique de M. le professeur Zakharie, à Moscou, signale une observation de même nature.

En 1891, M. le docteur Chantemesse reprend cette question comme sujet de l'une de ses cliniques et cite trois nouveaux cas.

En septembre de la même année, le docteur Calamon rapporte quatre nouvelles observations et insiste sur l'apparition possible de ces pleurésies à une époque tardive de l'infection.

Peu après, Preetorius publie trois nouveaux faits du même genre dans les *Annales de médecine d'Anvers*, de telle sorte qu'en 1893, dans notre thèse inaugurale, joignant deux observations personnelles à celles déjà publiées, nous arrivions à un total de quinze cas.

Puis se succèdent les divers travaux de Lyon, Chantemesse, Ferrand, Brousse, Casset, Raynaud, Montseret, Carra, Zeleneff, en 1894;

De Le Damany, en 1895;

De Spilmann et G. Étienne, de G. Richard d'Aulnay, de Ciarrocchi, en 1896;

Enfin un nouveau cas, signalé récemment par nous.

Étiologie. — La pleurésie syphilitique essentielle peut se développer à tout âge de la syphilis, toutefois elle paraît avoir son maximum de fréquence dans la première année qui suit le chancre. Elle se développe également dans les deux sexes, chez l'adolescent comme chez l'adulte.

La syphilis héréditaire n'en a pas encore fourni d'exemple.

Le manque ou l'insuffisance de traitement, le surmenage, l'alcoolisme et les maladies antérieures paraissent favoriser son développement.

Terminologie. — MM. Chantemesse et Widal avaient, dès le début, proposé le nom de « Pleurésie du stade roséolique de la syphilis », mais les observations ultérieures montrèrent que cette complication viscérale pouvait apparaître aussi bien à la période tertiaire qu'à la période secondaire de la syphilis, aussi avons-nous proposé les appellations suivantes :

Pleurésie essentielle précoce, pour les pleurésies des premières années de la syphilis.

Pleurésie essentielle tardive, pour celles qui se développent longtemps après le chancre.

On peut ainsi distinguer les pleurésies vraiment syphilitiques de celles qui se développent à la suite de lésions occupant les tissus ou les organes voisins et qui ne sont, à proprement parler, que parasyphilitiques.

Pathogénie. — MM. Chantemesse et Widal expliquent la production des pleurésies syphilitiques par une poussée

(1) Dieulafoy. *Gaz. hebd.*, 1889.

éruptive pleurale, semblable à celle de la peau ou des muqueuses.

Nous avons émis nous-même deux autres hypothèses : la syphilis agit, soit par la toxine que produit son microbe, soit par son microbe lui-même.

La plèvre sécrète, à l'état continu, un liquide destiné à favoriser le glissement de ses feuillets et, dans ce liquide, même en dehors de tout état pathologique, certaines substances peuvent passer, tel le salicylate de soude. On pourrait donc penser, dans la première hypothèse, que la sécrétion pleurale, venant à contenir une toxine irritante, devient, par cela même, capable d'amener l'inflammation des feuillets pleuraux et, les dépouillant de leur épithélium, de mettre ainsi la séreuse en état de laisser sourdre le liquide plastique, fibrineux, sur lequel nous aurons à revenir.

Dans la seconde hypothèse, deux cas peuvent se produire : ou bien le microbe se localise dans les vaisseaux lymphatiques, ou bien il pullule dans les vaisseaux sanguins.

Dans le premier cas, il se produirait une véritable lymphangite pleurale, semblable à celle décrite pour d'autres organes par Bazin, puis par Ch. Mauriac (1) à la période secondaire de la syphilis, surtout à son début.

Il y aurait prolifération endothéliale, avec accumulation de cellules lymphatiques dans la lumière plus ou moins rétrécie et engorgée des vaisseaux lymphatiques, et inflammation plus ou moins intense de leurs tuniques. La circulation de la lymphe deviendrait ainsi plus ou moins difficile et les suffusions plastiques apparaîtraient comme résultat de cette stase mécanique.

Ces lésions lymphatiques ne sauraient toutefois expliquer que les pleurésies essentielles précoces, car elles n'existent pour ainsi dire pas à la période tertiaire; M. Cornil, en effet, n'a observé qu'un seul cas de lymphangite tertiaire viscérale, encore y avait-il coexistence de plusieurs gommes et inflammation des ganglions voisins (2).

Dans le second cas, il y aurait prolifération rapide, dans la paroi des vaisseaux sanguins, d'une grande quantité de cellules embryonnaires, ayant comme résultat d'augmenter le volume du vaisseau, tout en diminuant son calibre. Cette obstruction ne dépendrait pas seulement de l'épaississement des parois; elle tiendrait aussi à la formation de bourgeons sur la tunique interne, à la suite de l'irritation de l'endothélium par le virus contenu dans le sang (3).

Ce processus ne s'applique qu'aux artères et aux capillaires, comme l'ont montré Biesiadechi et Greenfield. Les capillaires peuvent aussi subir la dégénérescence graisseuse (Lancereaux). Dans tous les cas, les veines restent indemnes.

Ces lésions artérielles peuvent devenir chroniques par organisation plus ou moins rapide des éléments embryonnaires qui infiltrent les parois et par leur transformation en tissu soit scléreux soit gommeux. Les recherches de MM. Hutinel (4), Brissaud (5), Malassez (6), Balzer (7), ont en effet prouvé que l'artérite syphilitique existe au début de toute gomme. De plus, M. Balzer a montré l'existence possible des gommes pleurales (1).

Ainsi, la syphilis, quel que soit le moment de son évolution, se montre comme une cause indéniable et fréquente de lésions des vaisseaux sanguins, lésions capables d'expliquer non seulement la production de la pleurésie essentielle tant précoce que tardive, mais encore les symptômes particuliers à chacune de ses variétés. Il paraît donc que ce soit à cette hypothèse qu'il faille donner la préférence.

Quoi qu'il en soit, aucune autopsie n'est encore venue éclairer suffisamment les lésions de la pleurésie syphilitique essentielle; l'anatomie pathologique en reste donc à faire. (*A suivre.*)

(1) Ch. Mauriac. *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1888, p. 377; — *Syphilis tertiaire*, 1890, p. 836.

(2) Cornil. *Leçons sur la syphilis*, p. 429-431.

(3) Heubner. *Arch. d. Heilkunde*, 1874.

(4) Hutinel. *Rev. de méd.*, 1876.

(5) Brissaud. *Progrès méd.*, 1881.

(6) Malassez. *Arch. de physiol.*, 1881.

(7) Balzer. *Rev. méd.*, 1883.

(1) Balzer. Th. de Jacquin. Paris 1884, Obs. VI.

QUELQUES REMARQUES

A PROPOS D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE NON SANGLANT, DIT MÉTHODE DE LORENZ, DANS LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE.

Par M. le docteur Hagopoff.

Dans une Revue générale (2) nous avons eu déjà l'occasion d'étudier les différents procédés de traitement orthopédique non sanglant, conseillés dans la cure de la luxation congénitale de la hanche. Et, après avoir passé en revue les principales lésions qu'on rencontre dans l'articulation de cette région, nous avons trop longuement insisté sur les causes d'ordre anatomique, qui empêchent toute réduction de la tête, pour que nous ayons besoin d'y revenir ici. Mais, faute de faits assez nombreux pour pouvoir porter un jugement, nous nous étions gardé de parler d'un procédé encore tout nouveau, conseillé par le professeur Lorenz [de Vienne (3)].

On se rappelle que, après avoir démontré, en 1895, la possibilité de guérir la difformité en question à l'aide de l'intervention sanglante et avoir appuyé cette démonstration sur l'observation de 170 malades soumis à ce traitement, Lorenz, entraîné par quelques considérations théoriques, a été amené à préconiser, dans le courant de la même année, juste au moment où la méthode sanglante semblait devoir être adoptée en France, une méthode par *compression fonctionnelle*, d'après l'expression employée par l'auteur, méthode qui aurait ouvert une nouvelle voie vraiment merveilleuse, si les résultats répondaient réellement aux prétentions de son auteur.

Lorenz, en effet, en se basant sur ses constatations anatomo-pathologiques au cours des nombreuses opérations qu'il avait entreprises, pose en principe que : 1° la tête fémorale ne saurait être maintenue emboîtée dans la cavité cotyloïde que lorsque le membre est placé dans une abduction extrême, forcée; 2° une fois la réduction obtenue, il est indispensable d'augmenter la profondeur de la cavité pour conserver l'emboîtement de la tête fémorale dans celle-ci.

(2) Hagopoff. De la valeur du traitement orthopédique curatif, ou méthode non sanglante, dans la luxation congénitale de la hanche, *Gaz. des hôpit.*, 5 sept. 1896, n° 102.

(3) Lorenz. Ueber die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung mittels der funktionellen Belastungsmethode, *Centralbl. f. Chir.*, 17 août 1895, n° 33.

Voici d'ailleurs, en quelques mots, comment l'auteur procède pour arriver à ces résultats :

Après avoir obtenu l'abaissement et la réduction par des manœuvres basées sur l'extension et l'abduction forcée, Lorenz fixe le membre dans cette attitude à l'aide d'un appareil spécial (ou un appareil plâtré au besoin); embrassant à la fois le bassin et le membre malade; il permet à l'enfant de marcher dès le début du traitement. Or, suivant l'auteur, grâce au poids du corps, le cotyle se creuse, en quelque sorte, sous la pression de la tête ainsi réduite. Au bout de quelque temps (de deux mois et demi à quatre mois en moyenne), Lorenz enlève complètement tout l'appareil et, lorsque la raideur, et avec elle l'abduction sont diminuées, il fait porter au pied du côté sain une chaussure munie d'une semelle orthopédique haute de quelques centimètres.

Lorenz reconnaît que ce traitement n'est guère applicable aux luxations bilatérales et que, en tout cas, il ne saurait en être question, passé cinq ou six ans, époque où le cotyle est, suivant lui, définitivement rétréci et où les rétractions musculaires commencent à mettre un sérieux obstacle à la réduction. Enfin, l'auteur rapporte un assez grand nombre de succès complets à l'actif de son procédé.

On voit donc, en somme, que le but que le chirurgien viennois se propose d'obtenir par sa méthode, est : 1° *l'abaissement de la tête fémorale déboîtée*, 2° *sa réduction*, 3° *le creusement de la cavité*, 4° enfin *le maintien de l'emboîtement de la tête dans cette cavité*.

Examinons successivement ces quatre points qui dominent toute la méthode de Lorenz.

L'abaissement de la tête s'obtient toujours, surtout à cet âge; donc nous n'y insistons pas. Quant à la réduction proprement dite, *jamais*. Nous croyons, dans notre travail antérieur, avoir suffisamment développé les raisons d'ordre anatomique qui démontrent, d'une façon on ne peut plus péremptoire, le mal fondé de cette opinion déjà vieillie, raisons que Lorenz reconnaît d'ailleurs lui-même. Aussi n'est-il pas étonnant que M. Kirmisson, sans attendre les résultats définitifs, se soit élevé dernièrement, contre cette méthode orthopédique devant la Société de chirurgie (1), rien qu'en se basant sur l'impossibilité de la réduction de la tête et aussi par la crainte d'une luxation en avant. Notre distingué confrère avait qualifié la prétention de Lorenz, d'illusion dangereuse !

Il peut exister, néanmoins, des cas où la déviation de la tête et le rétrécissement de la cavité ne sont pas très marqués, et permettent ainsi aux os de se mettre en rapport, particulièrement chez les enfants qui n'ont pas ou ont fort peu marché. Mais, et c'est là un fait sur lequel nous ne saurions trop insister, *jamais la réduction ne peut être aussi complète* que le pense Lorenz. Ce n'est pas pour rien que Paci a employé le terme de *correction*, qui ne saurait prêter à l'équivoque, et qui ne prétend tout au plus qu'une simple coaptation, tant bien que mal, entre les surfaces articulaires.

Nous ne voyons pas bien non plus comment le creusement de la cavité peut, au bout de quelques mois, atteindre une profondeur aussi considérable pour pouvoir loger et fixer suffisamment la tête du fémur, attendu que, à l'état normal, cette profondeur reste presque toujours la même depuis la deuxième jusqu'à la sixième année; en cette période, elle gagne trois millimètres à peine ainsi que cela ressort de nos recherches personnelles; et pourtant, dans les deux cas, l'action du poids du corps de même que la pression de la tête fémorale existent, et même, chez l'individu normal, ces facteurs agissent plus librement et avec une plus grande efficacité en raison de la grande activité des membres à ces époques.

Mais qu'importe d'ailleurs cette profondeur, puisque nous avons également montré que la fixation de la tête ne dépend pas autant de la profondeur de la cavité que de la bonne orientation du col du fémur, dont nous faisons la cause pathogénique essentielle, la seule conforme aux données anatomiques déjà connues. Et, à cet effet, nous avions même rapporté l'histoire d'une pièce provenant d'une femme de trente-cinq ans et communiquée par le professeur Lannelongue au dernier Congrès de Bordeaux (1). Sur cette pièce on voyait en effet que, malgré l'exiguité extrême de la cavité cotyloïde, la tête, qui n'y était contenue que pour un tiers à peine, restait parfaitement réduite sans qu'il y eût le moindre signe de luxation, parce que le col était normalement conformé, parce que, grâce surtout à sa bonne direction, les axes de la tête correspondaient à ceux du cotyle comme à l'état normal.

Or, on sait que, dans la luxation congénitale, le col est plus ou moins atrophié et l'angle qu'il fait avec le corps de l'os est toujours fort réduit, et parfois se rapproche de l'angle droit. Comment, dans cette condition, la tête qui se trouve, en quelque sorte, sous le commandement du col, peut-elle être emboîtée exactement et maintenue telle dans une cavité dont les axes sont toujours différents des siens?

C'est, donc, une question d'une haute valeur que cette orientation de la tête, tant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue pathogénique.

Cependant reprenons les débats sur un autre terrain. Admettons que l'emboîtement des surfaces articulaires soit parfait, et qu'il se maintienne très bien, dans la méthode de Lorenz; enfin que le creusement soit suffisant au point que la tête se trouve complètement contenue dans la cavité. Eh bien, que nous apprend encore Lorenz? Sinon que, dans la luxation congénitale, la tête fémorale ne peut être maintenue emboîtée, réduite dans la cavité cotyloïde, que lorsque le membre est placé dans une abduction forcée. La réciproque est donc aussi vraie : *l'abduction forcée peut seule maintenir la tête emboîtée et réduite*; en d'autres termes, pour que la luxation ne se reproduise pas, l'enfant doit marcher, le membre malade étant dans l'abduction forcée.

Or, nous savons que le même auteur conseille d'enlever l'appareil après quelques mois de traitement et laisse l'enfant marcher librement. Qu'arrive-t-il dans ce cas?

Il arrive que le membre, se trouvant dès lors en lutte avec la raideur de la hanche pendant quelques semaines, finit par la vaincre et récupère graduellement sa position verticale, grâce au progrès de la marche.

Et lorsqu'on suit attentivement, dans ces différentes périodes, les excursions de la tête du fémur d'après les directions successives que celle-ci occupe avant que le membre ait définitivement acquis la position verticale, on voit que l'extrémité supérieure, devant prendre naturellement des directions inverses à celles de son extrémité inférieure, s'éloigne de plus en plus du cotyle au fur et à

(1) Kirmisson, *Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 15 avril 1896. — Encore : *Bull. méd.*, avril 1886.

(1) Lannelongue. *Bull. méd.*, 28 août 1895.

mesure que le pied se rapproche du plan médian, c'est-à-dire que *l'abduction diminue*. La tête doit donc elle-même forcément, dans cette condition, s'en écarter, puis abandonner, à un moment donné, complètement sa cavité, surtout lorsque l'enfant a déjà marché pendant assez longtemps, et continuer sa marche plus ou moins lentement pour regagner la fosse iliaque.

Si la réduction et le creusement du cotyle ne peuvent s'obtenir avec cette méthode, par contre, il se produit, pendant tout le cours du traitement, une série de modifications que nous avons déjà en partie étudiées dans notre article cité plus haut, et qui sont, on le devine, d'autant plus importantes que la durée du traitement a été plus longue. Aussi, si toutefois l'auteur nous le permet, devons-nous risquer ici-même une proposition qui est la suivante : au lieu d'enlever, après quelques mois de traitement, complètement, l'appareil qui fixe le membre dans l'abduction forcée, et de laisser l'enfant libre, nous conseillons le port d'un nouvel appareil dans l'abduction plus modérée après une ou deux semaines de marche et de massage suivant les cas ; puis, après deux mois ou davantage, suivant le degré de la raideur consécutive, d'enlever de nouveau l'appareil et de laisser l'enfant marcher librement pendant une ou deux semaines encore. Continuer ainsi la série en ayant soin de diminuer chaque fois l'abduction jusqu'à ce que le membre ait acquis la rectitude ordinaire. C'est alors qu'on appliquera un appareil définitif que devra porter l'enfant très longtemps et qui immobilisera seulement le bassin et la cuisse jusqu'à son tiers inférieur de façon à ménager les mouvements du genou.

Nous croyons que, grâce à cette petite modification qui ne nuit en rien à l'originalité de la méthode que nous devons, en entier, à Lorenz, ses résultats éloignés seront plus assurés et les chances de guérison plus grandes s'il est permis d'espérer que les prétentions de son auteur ont leur raison d'être.

En effet, la durée du traitement étant de la sorte considérablement prolongée, le creusement aura mis assez de temps pour se faire d'une façon suffisante, non pas au point correspondant de la cavité elle-même, mais en avant ou plutôt en dedans de celle-ci. Car, à notre avis, la tête doit se trouver logée sur la branche horizontale du pubis qu'elle comprime sous le poids du corps ; ou, pour mieux préciser, elle doit répondre en partie à cette branche, et en partie sinon complètement, au trou sous-pubien. Il se fait, en un mot, une luxation précotyloïdienne, voire même une luxation obturatrice. Et même dans ce dernier cas, la tête, dont le diamètre mesure de 2^cm^5 à 3 centimètres à ces époques, ne saurait traverser en aucune façon le trou sous-pubien qui mesure de 1^cm^4 à 2 centimètres à peine.

D'autre part, le développement général de la hanche suit naturellement son cours ; la tête va toujours en grossissant et d'une façon plus marquée encore à cette époque. Le chemin qu'elle s'était fait pour son ascension dans la fosse iliaque, devient dès lors de plus en plus insuffisant pour son passage et finit par se combler. La tête, arrêtée ainsi dans sa marche, n'a donc plus aucune raison pour ne pas se laisser fixer à l'endroit où elle se trouve logée.

C'est probablement de cette manière qu'il faut interpréter les succès annoncés par l'auteur et confirmés depuis par d'autres, tant à l'étranger qu'en France.

En résumé, d'après tout ce qui précède, nous devons conclure que le procédé orthopédique de Lorenz, jugé d'après les principes adoptés par lui, est malheureusement condamné, attendu que ni la réduction, ni le maintien de l'emboîtement de la tête dans sa cavité, ni le creusement de celle-ci, ne sont des faits bien prouvés ; enfin que, si l'on s'en rapporte aux succès annoncés par l'auteur et par d'autres, on a le droit d'espérer que cette méthode peut, à la rigueur, rendre quelque service à condition toutefois que, avant de permettre à l'enfant de quitter complètement son appareil, on prolonge le traitement encore pendant très longtemps, d'après les règles que nous venons de tracer.

Après avoir mis en évidence le mal fondé des principes qui ont servi au chirurgien viennois comme base de sa méthode, nous ne saurions trop le féliciter de l'heureuse chance qu'il a eue de créer un procédé vraiment très ingénieux, d'une extrême bénignité et permettant la marche pendant tout le cours du traitement.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Les médicaments qu'il ne faut pas donner aux nourrices.

L'idée qu'il fallait s'abstenir de toute intervention thérapeutique chez les femmes en état de lactation a été, pendant longtemps, acceptée et transmise de générations en générations, comme un article de foi. Aujourd'hui, cette opinion, reconnue fausse, ou du moins en partie exagérée, n'a plus cours dans son entière acception.

Avec M. Boissard, qui a récemment repris cette question, on peut dire que, chez les nourrices, il faut proscrire les médicaments qui troublent la fonction galactogène en modifiant la quantité ou la qualité du lait sécrété, et les médicaments qui peuvent faire reparaître la fonction menstruelle supprimée.

Pour ce qui est de ce dernier point, on s'abstiendra donc de l'usage de tous les drastiques, de l'aloès, de différents emménagogues qui congestionnent le système circulatoire utéro-ovarien. Chez les nourrices réglées, on devra s'abstenir de toute médication active, pouvant amener une perturbation dans la fonction menstruelle qui, en général, permet de continuer l'allaitement. Si les règles étaient trop fréquentes ou trop abondantes, mieux vaudrait recourir au repos au lit, aux préparations de chanvre indien ou d'hydrastis (extrait fluide, 50 gouttes en trois fois dans les vingt-quatre heures), ou aux injections vaginales chaudes, qu'aux différentes préparations contenant du seigle ergoté ou de la digitale.

Les préparations qui favorisent la diurèse ou la diaphorèse, au détriment de la sécrétion lactée, seront évitées. A ce titre, la digitale et la pilocarpine seront proscrites ; il en sera de même des asperges, qui sont diurétiques, et dont le principe odorant et volatil passe dans le lait.

Il est de notion vulgaire qu'il faut s'abstenir de l'emploi des purgatifs salins chez les nourrices. En cas de constipation on donnera, en dehors d'un régime diététique approprié, de l'huile de ricin, à la dose de 15 à 20 grammes, ou du cascara sagrada, par cachets de 40 à 50 centigrammes. Par contre, on s'abstiendra des préparations de podophyle, qui déterminent souvent des coliques intestinales intenses, ou de rhubarbe, dont on retrouve le principe actif dans le lait, qui présente alors une amertume spéciale, donnant des coliques et de la diarrhée à l'enfant.

L'usage ou l'habitude des boissons alcooliques sera absolument défendu. Il ne faut donc pas gorger les nourrices de vin de quinquina ou autres fortifiants contenant de

l'alcool. L'alcool passe dans le lait, les essences des boissons spiritueuses (anisette, chartreuse, kummel, kirch) passent dans le lait et provoquent chez le nourrisson de l'agitation et de l'insomnie.

Le sulfate de quinine passe en quantité si minime dans le lait, qu'en cas d'indication formelle (impaludisme, fièvre asthénique), on peut le donner à la nourrice sans danger pour l'enfant. Mais il n'en est pas de même de différentes préparations arsénicales et opiacées, qui passent également dans le lait, et auxquelles le nourrisson est extrêmement sensible.

Le camphre (d'après les recherches de Hergott) et l'antipyrine semblent agir directement sur la fonction galactogène qu'ils suppriment. Leur emploi doit donc être proscrit chez les nourrices. (*Presse méd.*)

Traitement des accès d'asthme par l'arsenic.

W. Murray recommande dans le *Medical Chronicle* de couper les accès d'asthme à l'aide de la potion suivante :

Teinture de stramonium. . .	3 grammes.
Carbonate d'ammoniaque . }	1gr50
— de magnésie . . }	
Bicarbonate de soude. . . .	5 grammes.
Poudre de rhubarbe. . . .	50 centigr.
Chloroforme	x gouttes.
Eau de menthe poivrée. . *ââ*	100gr50

A prendre trois fois par jour une cuillerée à soupe de la potion dans deux cuillerées d'eau. Quand les accès sont ainsi arrêtés, on fera prendre deux fois par jour, aux repas, v gouttes de la liqueur de Fowler et le soir une cuillerée de la potion ci-dessus marquée.

L'auteur a obtenu par ce traitement d'excellents résultats. (*Médecine mod.*)

Contre les quintes des phtisiques.

Bromoforme.	xxx gouttes.
Alcool.	10 grammes.
Sirop d'ipéca.	30 —
Eau de laurier-cerise. . . .	20 —
Sirop thébaïque	150 —

Trois à quatre cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures.

Pulvérisations contre la pharyngite sèche.

Acide phénique	4 grammes.
Teinture d'iode	30 centigr.
— d'aloès.	40 —
— d'opium.	x gouttes.
Glycérine q. s. pour faire. . .	30 grammes.

Pour pulvérisations pharyngées qu'on répétera plusieurs fois par jour.

Poudre à appliquer dans l'ulcère variqueux de la jambe (Simonelli).

Chlorure de sodium en poudre impalpable	50 grammes.
Menthol pulvérisé.	5 —

Mêlez et pulvérisez.

Contre la chloro-anémie (V. Moraczewski).

Phosphate de chaux. . . . }	
Chlorure de sodium. . . . }	*ââ* 50 centigr.
Sucre . . . . }	

Mêlez. Pour un cachet, quatre à six par jour.

Lavement alimentaire dans le cancer de l'estomac (Jaccoud).

Jaune d'œuf	n° 2
Peptone sèche	4 à 20 grammes.
Vin.	120 —
Bouillon.	250 —

Pour lavements dans le cancer de l'estomac avec oblitération du cardia ou du pylore.

Eau dentifrice (Dujardin-Beaumetz).

Acide phénique	1 gramme.
Acide borique.	22 —
Thymol absolu	50 centigr.
Essence de menthe	xx gouttes.
Teinture d'anis	10 grammes.
Eau	1 litre.

A employer étendue de moitié d'eau. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 septembre 1897. — Présidence de M. Caventou.

RAPPORT

Sérothérapie de la lèpre. — M. **Hallopeau** fait un rapport sur un travail adressé par M. Juan de Dios Carrasquilla (de Santafé de Bogota) et relatif au traitement de la lèpre par un sérum antilépreux.

A l'occasion de ce travail, M. Hallopeau fait observer que la thérapeutique de la lèpre est des plus difficiles à élucider. On sait, en effet, que cette maladie procède par poussées successives auxquelles font suite spontanément des périodes souvent très prolongées de régression et d'amélioration parfois assez prononcées pour simuler la guérison : si l'on administre le médicament pendant la poussée, on peut se croire en droit de lui rapporter la cessation des accidents aigus, bien qu'elle se soit produite en l'absence de toute intervention, et si on l'emploie dans les périodes de régression, on peut lui rapporter à tort l'amélioration qui suit presque fatalement chaque poussée.

Une médication réellement curative serait celle qui aurait pour résultat d'activer les régressions spontanées, de les rendre complètes et d'empêcher de nouvelles poussées de se produire.

Le sérum antilépreux préparé et préconisé par le docteur Carrasquilla ne satisfait pas à ces desiderata. L'auteur le prépare en injectant à des chevaux le sérum obtenu par une saignée faite chez un lépreux.

Or, rien ne prouve que ce sérum humain contienne les microbes de la lèpre; de plus, ce liquide n'est pas recueilli avec de suffisantes précautions antiseptiques; il est chargé de microbes étrangers à la lèpre; néanmoins, il est généralement bien supporté; les réactions locales et générales qu'il peut provoquer sont habituellement modérées; son action sur la lèpre peut être nulle; des formes tuberculeuses ont persisté avec tous leurs caractères, malgré son emploi prolongé; il n'empêche pas, contrairement aux assertions de son auteur, de nouvelles poussées de se produire; les régressions survenues chez les malades de Saint-Louis soumis à son action n'ont pas dépassé celles qui se produisent d'habitude spontanément dans l'intervalle des poussées; c'est prématurément que l'on a annoncé l'amélioration et même la guérison de la lèpre par ce sérum.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les bactéries pathogènes, faites à l'Hôtel-Dieu annexe (1), par P. Duflocq.

En publiant ces leçons faites aux élèves de son service et à quelques auditeurs étrangers, M. P. Duflocq a désiré être utile aux étudiants et aux médecins qui n'ont ni le temps, ni les moyens de recueillir et de coordonner les documents épars dans la littérature française et étrangère. Chacune de ces études se termine par un chapitre consacré aux applications à l'homme; c'est là une de ces tentatives d'alliance entre la clinique et la bactériologie que l'on doit aujourd'hui, pour le plus grand bien des malades, chercher à réaliser. L'auteur étudie successivement, en cinquante-quatre leçons, les bactéries suivantes : les staphylocoques pyogènes, le streptocoque, le pneumocoque, les tétrades et les sarcines, le gonocoque, le bacterium coli commune, le bacille typhique, le vibrion cholérique, le bacille diphtérique, le bacille tétanique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 8 novembre 1897, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours pour quatre places d'élèves internes.

Le lundi 22 novembre 1897, à huit heures du matin, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour dix places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité, récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions (ancien régime) ou de huit inscriptions de médecine (nouveau régime), et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Inscriptions.* — Les inscriptions seront délivrées, pendant l'année scolaire 1897-1898, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à trois heures :

Premier trimestre 1897-1898 : inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années, du 6 octobre au 6 novembre 1897 (excepté les lundis et mardis).

Deuxième trimestre 1897-1898 : les inscriptions des quatre années seront délivrées du 5 au 27 janvier 1898 inclus (excepté les lundis et mardis).

Troisième trimestre 1897-1898 : 1° inscriptions de première année. les 30 et 31 mars, 1er et 2 avril inclus ; 2° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années, en avril : du 20 au 23 et du 27 au 30 inclus.

Quatrième trimestre 1897-1898 : 1° inscriptions de troisième et quatrième années (officiat), le 23 juin; 2° inscriptions de première année (doctorat), en juillet : les 1er, 2, 4 et 5; 3° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années (doctorat), du 6 au 9 et du 11 au 16 juillet inclus.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre encourt la perte d'une à quatre inscriptions; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné pour les épreuves qui lui restent à subir pour un temps qui ne peut excéder une année.

Est passible de la même peine l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le trimestre précédent. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Cartes d'étudiants. — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1897-1898, seront délivrées contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté : 1° au moment de la prise de l'inscription pour les étudiants entrant en deuxième, troisième ou quatrième année; 2° les lundis et mardis pour les étudiants ayant seize inscriptions.

MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photohraphie feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite, au guichet n° 4, les lundis et mardis, de midi à trois heures, pour apposition du cachet de la Faculté.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. — Ils sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite : 1° les étudiants de cinquième année (ancien régime), de quatrième et cinquième années (nouveau régime); 2° les étudiants en cours irrégulier d'études; 3° les docteurs français; 4° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Stage hospitalier. — Le classement des stagiaires, pour l'année scolaire 1897-1898 (du 1er décembre 1897 au 15 juin 1898) aura lieu les 4, 5 et 6 novembre 1897, de neuf heures à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1898.

Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1897-1898, et qui auront pris l'inscription de juillet 1897 à la Faculté de médecine de Paris; savoir : huitième ou douzième (régime de 1878), quatrième ou huitième (régime de 1893).

MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1897 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou École des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre), sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1897.

Les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1897 sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 15 octobre 1897.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire (faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Avis aux étudiants, aspirants à l'officiat. — En vertu des règlements intervenus entre la Faculté et l'Assistance publique, MM. les étudiants en médecine, aspirants à l'officiat, ne sont pas compris dans le classement officiel des stagiaires.

Ces étudiants se feront inscrire au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique (avenue Victoria), sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions. Une carte leur sera délivrée pour des services autres que ceux qui sont réservés aux stagiaires réguliers.

Inscription des élèves nouveaux. — L'inscription des élèves nouveaux, pour l'année scolaire 1897-1898, aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 4 octobre au 15 novembre 1897.

La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° acte de naissance ; 2° consentement du père ou tuteur (ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ; 3° diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) ; 4° certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ; 5° certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté.

Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

Limites des consignations pour examens qui ne se passent pas en sessions. — I. Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues les lundis et mardis, de midi à trois heures, aux dates ci-après désignées :

Doctorat (ancien régime). — Deuxième examen, première partie, jusqu'au 8 mars 1898. (Toutefois, les élèves entrant en troisième année au mois d'octobre 1897 ne pourront consigner que les 7 et 8 mars 1898.) Troisième examen, première partie, jusqu'au 21 février 1898. Troisième examen, deuxième partie, jusqu'au 19 avril 1898. Quatrième examen, jusqu'au 17 mai 1898. Cinquième examen, première partie, jusqu'au 14 juin 1898. (Le bulletin de versement des droits relatifs à cet examen ne sera délivré que lorsque le certificat de stage obstétrical sera parvenu à la Faculté.) Cinquième examen, deuxième partie, jusqu'au 28 juin 1898. Thèses jusqu'au 5 juillet 1898.

Officiat. — Premier examen définitif jusqu'au 8 mars 1898. Deuxième examen définitif jusqu'au 19 avril 1898. Troisième examen définitif jusqu'au 28 juin 1898.

Doctorat (nouveau régime). — Premier examen, jusqu'au 8 mars 1898. (Toutefois, les élèves entrant en deuxième année au mois d'octobre 1897, ne pourront consigner que les 3, 4 et 5 mars 1898.)

II. MM. les candidats ajournés avant le 29 mai 1898 sont informés que : 1° l'épreuve pratique d'anatomie sera renouvelée dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 13 juin) ; l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 1er mai et dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 13 juin) ; 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 13 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai ; à partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 15 mai et avant le 29 mai.

Les candidats ajournés pour la médecine opératoire consigneront les 18 et 19 avril, ou les 23, 24 et 31 mai, inclusivement, dernier délai. Pour les examens autres que la médecine opératoire : les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront les 23, 24 et 31 mai, inclusivement, dernier délai ; les candidats ajournés après le 15 mai et après le 29 mai consigneront les 13 et 14 juin, inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Les élèves ajournés après le 29 mai à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Passé le 5 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Examens. — Les candidats âgés de vingt-sept ans et obligés au service militaire au mois de novembre prochain, sont informés que des séries seront constituées en leur faveur, pour les cinquièmes doctorat, dans la semaine du 18 au 23 octobre, et pour les thèses, dans la semaine suivante. — Pour les cinquièmes, ils consigneront les 4 et 5 octobre ; pour les thèses, les 11 et 12 octobre. Le manuscrit de thèse sera déposé mardi 12 octobre, avant cinq heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Brémond (de Saint-Flour).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, 17, rue Cassette

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'œdème aigu du poumon.

Par M. Paul MORÉLY,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Il est remarquable de voir combien la description de l'œdème aigu du poumon est négligée dans les traités classiques de pathologie interne, même les plus récents.

Il est décrit au chapitre « Pleurésie » comme complication possible d'une thoracentèse mal faite, il est signalé au chapitre « Congestion et œdème du poumon » à propos des affections de l'aorte, mais nulle part on ne trouve trace de sa description parmi les divers types de dyspnée, tributaires du mal de Bright.

Pourquoi cette défaveur? Est-ce parce que cette complication d'états morbides variés est peu connue dans son expression étiologique et pathogénique, ou bien, qu'étant une affection rare, son étude puisse sans grand inconvénient demeurer ignorée? Nous ne le pensons pas. Il y a seulement quelques années l'étude de l'œdème aigu du poumon pouvait sans grand préjudice être négligée. A cela il y avait une cause. En effet, nous n'avions sur lui que des données cliniques incertaines, mais aujourd'hui que sa nature et son déterminisme, grâce aux travaux de Bouveret et Huchard, nous sont suffisamment connus, l'excuse n'est plus valable.

C'est une affection rare, il est vrai, mais rare surtout parce qu'on la méconnaît et que les symptômes qui lui sont propres sont presque toujours attribués à une affection différente.

Ainsi donc, par son étude, nous serons mieux armés pour éviter des erreurs de diagnostic toujours préjudiciables, et, fait capital pour le malade, il nous sera permis d'opposer aux accidents graves qui sont sous sa dépendance une thérapeutique le plus souvent salutaire.

II

HISTORIQUE. — L'étude historique de l'œdème aigu du poumon doit, dès l'abord, être dissociée. Nous avons, en effet, l'intention de passer en revue toutes les causes de l'œdème aigu du poumon. Or de ces causes, l'une est banale, patente lorsque l'accident se produit, sa pathogénie claire, facile ou est indiquée dès la première observation publiée; nous voulons parler de ces cas d'œdème pulmonaire consécutifs à la thoracentèse.

Dans une deuxième catégorie de faits, entre l'œdème pulmonaire aigu, qu'on pourrait appeler idiopathique, si les affections idiopathiques avaient leur raison d'être aujourd'hui : c'est celui dont les causes peuvent demeurer ignorées, qu'elles soient latentes ou que l'œil du clinicien ne sache les déceler; c'est encore celui dont la pathogénie difficile et complexe vient à peine de sortir de l'ombre où elle se cachait depuis si longtemps. Nous lui réservons la plus grosse place, reléguant au second plan les œdèmes de cause mécanique, *ex vacuo*.

Les quelques données sérieuses que nous possédions relativement à l'œdème aigu du poumon, que nous appellerons pour le moment idiopathique, sont de date récente.

En 1890, en effet, Bouveret et Huchard, presque simultanément par des observations cliniques précises, solidement documentées, appuyées du contrôle anatomique, ont fait connaître les relations existantes entre les symptômes observés et la maladie causale. Ce sont ces auteurs qui, les premiers, ont esquissé un tableau clinique d'ensemble et discuté la nature de l'œdème pulmonaire aigu. Cela ne veut pas dire assurément que, jusqu'à eux, ces accidents de dyspnée formidables et subits, imputables à cette affection, aient été méconnues. Il est facile, au contraire, d'en retrouver avant eux des observations éparses dans la science.

Andral (1), le premier, en 1837, signale d'une façon expresse l'œdème aigu du poumon. Laënnec, lui, dans son *Traité de l'auscultation médiate*, n'en avait pas dit un mot, et cela probablement parce que, cette affection étant en somme rare, il n'avait pas eu l'occasion de l'observer.

Andral dit avoir vu l'œdème du poumon survenir d'une façon brusque et acquérir très rapidement une assez grande intensité pour amener la mort au milieu d'un état de suffocation qu'il compare à l'œdème de la glotte.

Il en décrit trois formes :

La première forme, *suraiguë*, dans laquelle les malades sont pris tout à coup d'une dyspnée extrême qui, au bout d'un temps très court, entraîne la mort :

La deuxième forme, moins aiguë que la précédente, où la dyspnée est moins forte, survenant de même brusquement

(1) ANDRAL. *Commentaires à la 4e édition de Laënnec.*

pour se prolonger pendant quelques jours, au bout desquels la mort arrive;

La troisième où l'œdème des poumons constitue une maladie vraiment chronique.

Fournet [1839 (1)] prononce simplement le mot d'œdème aigu en signalant la difficulté de son diagnostic avec la congestion pulmonaire.

Castelnau [1845 (2)] s'en occupe aussi brièvement.

Legendre [1846 (3)] le signale au cours de la scarlatine; mais il se trompe en partie sur le siège anatomique de l'œdème, qu'il localise exclusivement au tissu cellulaire du poumon.

Devay, dans sa thèse [1855 (4)], Aran [1860 (5)], Grisolle [1865 (6)], dans son *Traité de pathologie interne*, s'occupent tour à tour de l'œdème aigu du poumon. Ce dernier auteur, cependant, exprime un doute sur son existence, n'en ayant jamais observé et, dit-il, n'en ayant trouvé aucun exemple authentique dans les auteurs. Ball [1866 (7)], dans sa thèse d'agrégation, Fernet [1865 (8)], Besnier (9), Picot et d'Espine (10), Houdé [1869 (11)], dans sa thèse inaugurale, Bernheim [1877 (12)] admettent la réalité clinique de cette affection. Ce dernier auteur a eu l'occasion de l'observer au cours du rhumatisme articulaire, et il insiste sur les formes foudroyantes de fluxion œdémateuse emportant les malades en quelques minutes.

Lasègue [1879 (13)], dans ses bronchites albuminuriques, donne une description confuse des œdèmes pulmonaires au cours du brightisme. En tout cas, la description de l'affection qui nous occupe ne ressort pas avec netteté.

De La Harpe [1880 (14)], Lund [de Christiania, 1882 (15], cités par Huchard, rapportent plusieurs observations d'accidents dyspnéiques où le mot d'œdème aigu n'est pas prononcé, mais où néanmoins on le reconnaît sans peine à la symptomatologie qu'ils tracent.

Le livre de MM. Lecorché et Talamon (16) est muet sur ce genre de complication du mal de Bright.

Le Breton [1884 (17)], dans sa thèse inaugurale, décrit deux types d'accidents pulmonaires chez les rhumatisants : 1° une forme pneumonique; 2° une forme œdémateuse qui correspond seule à notre type.

Jaccoud (18), dans ses cliniques de la Pitié, signale cet accident au cours de la fièvre typhoïde. En 1890, Bouveret [de Lyon (19)] publie un important mémoire. La même année, Huchard (1) expose ses idées sur la question, et on peut dire que c'est à partir de cette époque que s'ouvre pour l'histoire de l'œdème aigu du poumon une ère nouvelle.

Dieulafoy (2), en 1892, rapporte deux observations. Troisier (3), la même année, en signale une nouvelle. Potain (4), en 1895, consacre une leçon aux diverses formes d'œdème pulmonaire. Dieulafoy (5) revient de nouveau, en 1896, dans ses leçons de l'Hôtel-Dieu, sur ce sujet; enfin, dans le cours de cette année, a lieu à l'Académie de médecine une discussion importante sur laquelle nous reviendrons bientôt.

Nous devons maintenant réserver quelques lignes à l'historique de l'œdème aigu consécutif aux ponctions évacuatrices pratiquées soit sur le thorax, soit sur l'abdomen.

C'est Pinault [de Châteauroux (6)] qui, le premier, en 1853, observe à la suite d'une thoracentèse une bronchite persistante, constituée par un liquide « ressemblant à celui extrait de la plèvre », et, chose remarquable, le premier il donne l'explication théorique de ce phénomène, telle qu'elle est aujourd'hui universellement acceptée.

Legroux en 1862, Woillez en 1863 communiquent à la Société médicale des hôpitaux des faits nouveaux d'expectoration albumineuse et proposent une autre explication, celle de la perforation traumatique du poumon.

Moutard-Martin (1877), Hérard surtout, en 1872, se font les champions de la théorie de Pinault.

Marotte, en 1872, s'appuyant sur un cas personnel, sur un autre de Besnier, sur deux observations de Woillez, reprend la seconde.

Béhier, la même année, communique à l'Académie de médecine un cas nouveau d'expectoration albumineuse à la suite de la thoracentèse et se demande s'il n'y aurait pas eu, dans ce cas, non pas une perforation traumatique dont il rejette la possibilité, mais une perforation spontanée.

A la fin de 1872 paraît la thèse de Terrillon (7), dont la conclusion, franchement hostile à la perforation traumatique, oscille entre la perforation spontanée et l'œdème alvéolaire.

En 1873, la question fait un pas décisif. Une très importante discussion, provoquée par Féréol, éclate au sein de la Société médicale des hôpitaux. Ces diverses théories trouvent leurs partisans et leurs détracteurs en Féréol, Dujardin-Beaumetz, Moutard-Martin, Woillez, Besnier, Ferrand, Hérard, Desnos. Cependant, la majorité des orateurs élève la voix pour défendre la théorie de la fluxion œdémateuse du poumon. Pendant cette discussion, le docteur Lande [de Bordeaux (8)] publiait un mémoire dans lequel il se rangeait à ce dernier avis. Depuis cette époque, la théorie de Pinault et Hérard, solidement assise par ces auteurs, a été définitivement adoptée et il serait oiseux de rapporter la série très nombreuse de publications auxquelles ce sujet a donné lieu depuis cette époque.

A côté de ces faits, disons un mot d'une observation bien curieuse de Jougla [de Toulouse (9)], relative à un cas d'ex-

(1) Fournet. *Recherches cliniques sur l'auscultation.*
(2) Castelnau. *Arch. de méd.*, 1845.
(3) Legendre. *De l'œdème aigu du tissu cellulaire du poumon qui succède à la scarlatine.*
(4) Devay. Th. inaug., Paris 1855.
(5) Aran. *Gaz. des hôpit.*, 1860.
(6) Grisolle. *Traité de pathologie interne*, 9e édit., 1865.
(7) Ball. Th. d'agr., Paris 1866.
(8) Fernet. Th. de Paris, 1865.
(9) Besnier. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. rhumatisme.
(10) Picot et d'Espine. *Maladies des enfants.*
(11) Houdé. Th. inaug., Paris 1869.
(12) Bernheim. *Leçons de clinique médicale*, Nancy 1877.
(13) Lasègue. Des bronchites albuminuriques, *Arch. gén. de méd.*, 1879.
(14) De La Harpe. *Rev. de la Suisse romande*, 1881.
(15) Lund. *Norsk Magazin f. Lægevidsk*, 1882.
(16) Lecorché et Talamon. *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright*, Paris 1888.
(17) Le Breton. *Contribution à l'étude des manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques*, Th. de Paris, 1884.
(18) Jaccoud. *Cliniques de la Pitié*, t. I, p. 567.
(19) Bouveret. *Revue de méd.*, 1890.

(1) Huchard. Soc. méd. des hôpit., 1890.
(2, 3) Dieulafoy, Troisier. Soc. méd. des hôpit., 1892.
(4) Potain. *Semaine méd.*, 1895.
(5) Dieulafoy. Leçons orales, Hôtel-Dieu 1896.
(6) Pinault. *Considérations cliniques sur la thoracentèse*, Th. de Paris, 1853.
(7) Terrilon. *De l'expectoration albuminurique après la thoracentèse*, Th. de Paris, 1873.
(8) Lande. *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1873, nos 11-13.
(9) Jougla. *Rev. méd. de Toulouse*, 1879.

pectoration albumineuse survenue après ponction de l'abdomen pour ascite. Pour cet auteur, la pathogénie de ce phénomène serait analogue à celle qu'on invoque pour l'explication des cas qu'on observe à la suite d'une thoracentèse, le poumon pouvant être comprimé aussi bien par une ascite que par un liquide pleural.

III

Étiologie. Pathogénie. — L'œdème aigu du poumon est une affection très rare, si nous en jugeons par le petit nombre de cas observés. Mais cette rareté diminuera certainement à mesure que le symptôme sera mieux connu. Presque toutes les observations se rapportent à des individus d'un certain âge, ayant pour la plupart dépassé la cinquantaine et en puissance d'artério-sclérose généralisée. De vingt à quarante ans, il est peu fréquent; enfin on n'en connaît pas d'exemple en pathologie infantile.

Pour la facilité de l'étude, nous diviserons d'une façon un peu arbitraire et schématique les causes de l'œdème pulmonaire aigu en quatre grandes classes, selon qu'il apparaît :

1° Comme complication d'une affection aortique;
2° Dans le cours des maladies infectieuses;
3° Dans les affections dyscrasiques et les intoxications;
4° Comme complication d'une thoracentèse ou d'une ponction de l'abdomen.

1° *Dans les affections de l'aorte*. — M. Huchard a fait sienne l'histoire de l'œdème aigu du poumon au cours des affections aortiques.

Dans son mémoire fondamental de 1890, il en rapporte huit observations; depuis, et notamment dans une discussion récente à l'Académie de médecine, il s'est efforcé d'attirer de nouveau l'attention sur ce symptôme et, à nouveau, il a tenu à exprimer ses idées sur la pathogénie qui doit lui être attribuée.

Sept de ses observations se rapportent à des individus atteints d'aortite aiguë, subaiguë ou chronique, compliquée ou non d'angine de poitrine. La huitième concerne une femme affectée de rétrécissement aortique.

Presque toutes ces observations se ressemblent; il s'agit d'individus âgés qui, au cours d'une aortite avérée ou latente, brusquement, sans phénomènes précurseurs appréciables, sont pris tout à coup d'une dyspnée très vive se traduisant, à l'auscultation par une pluie de râles sous-crépitants fins, à la percussion par une sonorité exagérée de la poitrine, enfin caractérisée objectivement par une expectoration abondante, contenant de fortes quantités d'albumine.

Il est deux observations qui méritent surtout d'être signalées, en ce sens que l'attaque d'œdème pulmonaire aigu vient se compliquer sur la fin d'une véritable crise d'asystolie aiguë.

Chez ces deux malades, les membres inférieurs s'œdématièrent rapidement; chez l'un d'eux même, l'œdème remonta jusqu'à la région lombaire et, fait important, chez ce même malade, en même temps que l'apparition de l'œdème survinrent des modifications du côté de la tension artérielle, le pouls devint faible, presque imperceptible à gauche, la tension artérielle avait subi un abaissement considérable.

Tels sont les faits. Il s'agit maintenant de les interpréter et, autant que possible, d'en donner une pathogénie rationnelle.

Faut-il, à l'exemple de Frœntzel, imputer la production de l'œdème aigu du poumon à une rupture momentanée de l'équilibre entre le ventricule droit et le ventricule gauche, ou bien invoquer un trouble subit dans l'innervation vasomotrice du système artériel du poumon, trouble agissant par action réflexe et dû lui-même à un retentissement par propagation de l'aorte enflammée sur les plexus nerveux cardio-pulmonaires?

La première théorie, appuyée par les faits expérimentaux de Welsch (de New-York), explique ainsi la production des accidents. Le cœur, luttant contre un obstacle, s'hypertrophie; mais cette hypertrophie, qui compense pendant un temps plus ou moins long l'obstacle apporté au cours du sang, peut, sous une influence quelconque, morale ou physique, se trouver en défaut, d'où rupture de l'équilibre entre les deux ventricules. La contraction ventriculaire gauche est affaiblie dans son rythme et son intensité. La contraction ventriculaire droite, au contraire, reste normale, conserve son énergie habituelle, d'où naturellement rupture d'équilibre entre les deux ventricules, excès de tension rapide dans le système de l'artère pulmonaire, dilatation des plus fins ramuscules de l'arbre artériel et, lorsque cette dilatation a atteint son maximum, transsudation du sérum sanguin dans l'alvéole et les conduits alvéolaires, d'où hydropisie aiguë du poumon; puis, au bout d'un certain temps, lorsque le système artériel alvéolaire s'est pour ainsi dire dégorgé, le cœur gauche se ressaisit et, par un redoublement d'activité, parvient à rétablir l'équilibre.

La deuxième théorie est fort simple. Les altérations inflammatoires de l'aorte, voire même les altérations du péricarde à la base du cœur, se propagent par continuité aux plexus nerveux qui entourent ces organes et excitent de cette façon le pneumogastrique. L'excitation du nerf vague se transmet au bulbe par ses fibres centripètes, du bulbe à son tour elle se réfléchit sur le grand sympathique et amène, par son intermédiaire, une vaso-dilatation considérable du réseau artériel pulmonaire, d'où bientôt excès de tension dans le domaine de ce vaisseau et transsudation séreuse.

A la vérité, ces deux théories sont bonnes, mais ne doivent cependant être adoptées ou rejetées à l'exclusion l'une de l'autre.

Nous pensons que, dans la plupart des cas, la théorie nerveuse rend suffisamment compte des phénomènes observés, puisque, pendant l'attaque, si on a le soin d'étudier ce qui se passe au niveau de l'organe central de la circulation, on n'observe généralement aucun phénomène anormal. Le cœur est bien un peu agité, le pouls est fort et vibrant, mais pas d'altération de rythme. Dans d'autres cas, au contraire, la théorie nerveuse, si elle est suffisante pour permettre d'expliquer la production de l'œdème aigu, ne peut à elle seule nous déterminer à mettre sous sa dépendance la production de phénomènes tels que l'œdème des membres inférieurs. Force est bien alors d'invoquer en même temps la production d'une véritable attaque d'asystolie aiguë compliquant les accidents du côté du poumon et, de fait, les modifications qui surviennent dans l'état du cœur et du pouls rendent cette hypothèse certaine.

2° *Au cours des maladies infectieuses*. — L'œdème aigu des poumons a été observé comme complication du rhumatisme articulaire aigu et de la fièvre typhoïde. Ball, Fernet, Besnier, Picot et d'Espine, Leroux connaissaient bien ces fluxions œdémateuses, mais c'est Bernheim qui le premier a

eu le mérite d'insister sur ces formes foudroyantes, emportant les malades dans un temps très court.

Le Breton, dans sa thèse, a développé cette question, et il rapporte plusieurs observations d'œdème pulmonaire chez les rhumatisants tout à fait comparables à ceux que nous étudions ici. Il en décrit deux formes : 1° la forme pneumonique qui n'entre pas du tout dans notre sujet ; 2° la forme œdémateuse qui seule nous intéresse.

L'œdème aigu peut survenir dans le cours d'une polyarthrite rhumatismale. Mais il peut être aussi l'unique manifestation d'un rhumatisme latent et persister un temps plus ou moins long, sans qu'aucune détermination articulaire ne soit venue l'accompagner ou le remplacer. Quant à la marche, elle peut être aiguë ou subaiguë, quelquefois elle affecte la forme foudroyante. En général, cette dernière forme ne s'observerait guère en l'absence de manifestations articulaires.

Ordinairement, voici comment les choses se passent. Un individu est en bonne santé. Il se couche ne se plaignant que d'une légère oppression, mais bientôt la dyspnée augmente. Une toux pénible, accompagnée d'une abondante expectoration, apparaît. A l'examen, on constate que la poitrine est pleine de râles de bronchite généralisés se rencontrant dans les deux poumons à la fois. On ausculte le cœur, pensant à une altération de cet organe, mais il est sain. A quoi donc attribuer ce phénomène? Eh bien, si on interroge ces malades, il n'est pas rare de retrouver, dans leurs antécédents personnels, l'existence d'une ou de plusieurs attaques de rhumatisme généralisé, ou, dans leurs antécédents héréditaires, un certain nombre de manifestations morbides, attributs ordinaires de la diathèse arthritique. Le pronostic de l'affection est généralement bénin, la fluxion s'atténue et disparaît sans laisser de traces ; parfois, au contraire, au début brusque, une dyspnée extrême survient et le malade succombe.

Le professeur Jaccoud a signalé dans ses cliniques de la Pitié un cas d'œdème pulmonaire aigu, survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde ; nous n'en avons relevé aucun autre exemple dans les auteurs.

Quant à la pathogénie de cet accident chez les rhumatisants, nous ne la trouvons discutée nulle part. Cependant, ainsi que cela ressort très nettement de deux observations récentes de Landouzy (Acad. de méd., 1897), ne peut-on pas invoquer, *au moins dans certains cas*, l'influence de déterminations aortiques d'origine rhumatismale dans la genèse du phénomène? Le rhumatisme toucherait primitivement l'aorte où il provoquerait les lésions habituelles de l'aortite ; ce serait alors seulement et secondairement par l'intermédiaire de l'aortite que le rhumatisme entraînerait l'œdème aigu du poumon.

3° *Dans les dyscrasies, les intoxications, et le mal de Bright.* — Nous réunissons dans un même chapitre l'œdème pulmonaire aigu, survenant dans le cours d'intoxications diverses ou encore dans le mal de Bright, maladie dont, en définitive, la plupart des symptômes sont le résultat d'une véritable auto-intoxication. Les goutteux sont sujets à cet accident, mais il est probable que, dans la production du phénomène, il faut faire intervenir chez eux, soit une altération rénale, soit une altération aortique.

Les individus en proie à une crise d'alcoolisme aigu et ayant subi pendant assez longtemps l'action du froid, peuvent mourir brusquement par le fait d'un œdème pulmonaire brusquement généralisé. Le venin des serpents produit des accidents pulmonaires assez analogues à ceux qui nous occupent.

La muscarine, expérimentée par Grossmann, détermine, en un temps très court, une infiltration totale du poumon, l'arrêt du cœur en diastole. Mais c'est surtout dans le mal de Bright, que ce symptôme apparaît comme complication redoutable mais fort heureusement très rare.

Lasègue, qui avait longuement étudié les accidents pulmonaires chez les brightiques, ne signale pas, cependant, l'œdème pulmonaire aigu avec netteté. Lecorché et Talamon font pareil oubli. C'est un Allemand, Frœntzel, en 1889, qui, le premier, signale, à propos de l'hypertrophie brightique, certains accidents de dyspnée très graves avec expectoration albumineuse très abondante, mais cet auteur constate seulement le phénomène, sans chercher à établir une relation de cause à effet entre les deux affections.

L'année suivante, Bouveret (de Lyon), s'appuyant sur deux faits personnels, nous fit entrevoir la pathogénie possible de l'œdème aigu du poumon chez les individus entachés de brightisme.

Ces deux observations sont remarquables, et les voici brièvement en résumé.

La première a trait à un individu âgé de soixante-deux ans, atteint de néphrite interstitielle. Il souffrait depuis une dizaine de mois d'accidents divers imputables à sa néphrite, quand, un beau jour, il fut pris brusquement de toux, d'oppression très vive et d'abondante expectoration d'un liquide séreux, coloré en rouge. La dyspnée était extrême ; la poitrine remplie de râles sibilants, sous-crépitants, gros et fins qui remontaient jusqu'aux fosses sous-épineuses ; les accidents durèrent quatre jours et le malade mourut asphyxié. A l'autopsie on trouva de l'inflammation granuleuse des reins et de l'hypertrophie cardiaque.

La deuxième observation est relative à un homme de quarante-cinq ans, affecté de néphrite interstitielle. Il fut pris le 4 mars 1889 d'une violente dyspnée. Le 7 mars, il eut deux accès qui débutèrent brusquement et dans un moment de repos complet ; ils durèrent de vingt à trente minutes. Le liquide expectoré avait la contenance d'un grand verre. Le 9 juin, il eut une crise très violente. Au moment de se mettre au lit, sans cause appréciable, une toux quinteuse apparut ainsi qu'une oppression extrême, ainsi qu'une expectoration séreuse aérée, teintée en rose. La durée fut de quatre heures. Le malade évaluait à près de deux litres le liquide expectoré ; la poitrine était pleine de râles. Soumis à un régime sévère, l'accès ne s'était pas reproduit cinq mois après.

Le 11 octobre 1892, M. Dieulafoy communique, à la Société médicale des hôpitaux, l'observation d'un homme de quarante-trois ans, atteint de néphrite mixte avec prédominance de lésions fibreuses constatées à l'autopsie, où les accès d'œdème pulmonaire suraigus furent des plus nets. Cet homme était entré à l'hôpital pour une dyspnée assez violente accompagnée de râles multiples, et cette dyspnée, ainsi que plusieurs autres accidents brightiques nettement constatés dans l'observation, disparurent au bout d'un certain temps sous l'influence du traitement. Peu de jours après, apparition d'accidents dyspnéiques intenses avec expectoration abondante ; à l'auscultation, râles dans toute l'étendue de la poitrine. La durée de l'attaque fut de quatre jours. M. Dieulafoy, après Andral du reste, com-

pare cet œdème à l'œdème de la glotte chez les brightiques, et déclare ne l'avoir observé dans sa carrière que trois fois.

M. Giraudeau possède deux observations analogues.

M. Troisier a observé l'œdème aigu dans la néphrite pneumonique. Son malade eut, dans le cours de son affection, deux à trois crises caractérisées par les mêmes symptômes ne durant que quelques jours, mais qui par leur brusque apparition et leur intensité même firent craindre une mort imminente.

La pathogénie de cet accident a été diversement interprétée. Est-ce la néphrite qui est directement en cause, ou bien la néphrite n'agit-elle sur le poumon que par l'intermédiaire du cœur ou de l'aorte altérés? Les deux théories sont en présence, soutenues l'une et l'autre, à l'exclusion l'une de l'autre, par des médecins éminents. Pour nous en convaincre, il suffira simplement de nous reporter à la discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine sur ce sujet.

Pour M. Dieulafoy, lorsqu'on fait l'autopsie d'un individu mort subitement d'œdème du poumon, on ne trouve pas toujours une lésion aortique ou cardiaque, mais toujours une lésion rénale. Cet auteur pense que les individus pris d'œdème suraigu du poumon sont toujours des brightiques. M. Huchard, au contraire, tout en ne niant pas l'œdème pulmonaire au cours d'une affection rénale, pense que l'altération rénale ne saurait suffire à elle seule pour créer cette complication. Il faut, selon lui, qu'il y ait coexistence entre une néphrite et une aortite; or, c'est de l'aortite que dépendrait la production de l'œdème. Cet auteur fait, à ce sujet, une remarque qui est bien faite pour entraîner la conviction et faire accepter, sans discussion, la pathogénie qu'il indique. L'œdème pulmonaire aigu n'a jamais été observé par lui dans le gros rein blanc, qui est surtout une néphrite de l'âge adulte ou de la jeunesse, tandis qu'au contraire, il l'a observé dans la néphrite interstitielle, la néphrite sénile, qui, comme nous le savons, n'est que la localisation à un organe d'un processus général, frappant de déchéance tout le système artériel, aussi bien l'aorte que les ramuscules du rein. C'est l'artério-sclérose qui, d'une part, donne naissance, par l'intémédiaire de la lésion rénale, au complexus symptomatique du mal de Bright, d'autre part, grâce à l'aortite, à l'œdème pulmonaire aigu, selon le mécanisme invoqué plus haut.

4° *Comme complication d'une thoracentèse.* — La thoracentèse donne lieu à un petit nombre d'accidents, dont un des plus curieux est assurément l'expectoration albumineuse. Lorsque l'évacuation est faite trop rapidement, comme cela arrivait quelquefois avec la canule de Reybard, le malade peut être pris, à la fin de l'opération, de quintes de toux opiniâtre avec dyspnée extrême et expectoration d'un liquide que M. Besnier a démontré contenir de l'albumine en quantité considérable. C'est là un inconvénient que l'on évite aujourd'hui, grâce à l'aspiration et en procédant avec lenteur.

Quatre théories ont été invoquées pour l'explication de ce phénomène :

1° La perforation du poumon par le trocart;

2° La résorption du liquide restant de la thoracentèse;

3° La perforation spontanée;

4° La transsudation du liquide séro-albumineux à travers les parois alvéolaires, par le fait d'une congestion pulmonaire rapide.

La première et la deuxième théorie ne peuvent être invoquées, la première, pour les raisons suivantes : c'est que l'expectoration albumineuse ne survient après la thoracentèse que dans les cas où l'épanchement est très abondant. Or, dans ces cas, le poumon est très éloigné de la paroi thoracique, réduit à un volume très petit, et, par conséquent, il est impossible que le trocart le puisse atteindre; d'autre part, il y a absence de sang dans l'expectoration et le liquide obtenu par la thoracentèse; enfin, l'absence des signes d'auscultation qui ne manqueraient pas d'accuser un hydro-pneumo-thorax dans les cas où le poumon aurait été lésé.

La deuxième théorie ne vaut guère mieux. Après la thoracentèse, s'il reste du liquide dans la plèvre, il ne peut être résorbé tout d'un coup. La plèvre enflammée, tapissée de fausses membranes, absorbe peu et lentement. D'autre part, en admettant que la plèvre puisse se charger de cette résorption, ce n'est sûrement pas dans l'alvéole que le liquide irait se loger, mais bien dans la grande circulation, en vertu de cette loi physiologique qui veut que tout liquide absorbé par un tissu passe dans le courant circulatoire.

L'hypothèse de la perforation spontanée du poumon a pu être admise par quelques auteurs; mais alors, comment se fait-il que la perforation spontanée, qui ne se produit pas quand un volumineux épanchement distend la cavité pleurale et exerce une pression continue sur le poumon lui-même, puisse se manifester alors qu'il n'y a plus de liquide dans la plèvre et conséquemment plus de pression? Mais la plus grave objection qu'on puisse lui faire, c'est l'absence de pneumothorax, et cette seule objection suffirait à nous faire rejeter cette théorie.

Il n'en est pas de même pour la quatrième, admise aujourd'hui par tous les auteurs. Quand le poumon a été largement comprimé par un épanchement, au moment où, par suite de l'expulsion du liquide, il reprend ses dimensions normales, il se fait dans cet organe une sorte de poussée séreuse ou séro-sanguine, qui peut donner naissance à une certaine quantité de sérosité; c'est cette sérosité qui est expulsée par les bronches (Hérard). Rien de plus simple que ce fait. Comme le dit encore Moutard-Martin, quand une jambe a été longtemps comprimée dans un appareil à fracture, elle s'œdématie quand on retire l'appareil, parce que la tonicité des tissus a disparu et que la compression a paralysé les capillaires.

IV

Anatomie pathologique. — Chez tout individu ayant succombé aux atteintes d'un œdème pulmonaire aigu, nous devrons examiner deux choses : 1° l'état du poumon; 2° l'état des organes auxquels pourrait être imputable la production de cet accident.

Lorsqu'on ouvre le thorax, les poumons ne s'affaissent pas comme à l'état normal; ils sont volumineux, turgides, et les côtes ont sur eux gravé leur empreinte qui se dessine sous forme de dépressions transversales. La plèvre viscérale est lisse, humide, douce au toucher. Les bords antérieurs de l'organe, distendus par l'emphysème recouvrent la face antérieure du péricarde, dans une étendue plus considérable qu'à l'état normal. On peut constater l'étendue de cet emphysème, non seulement le long des bords du poumon, mais encore sur toute l'étendue de sa surface. Pressé entre les doigts, le parenchyme crépite doucement et la

trace du doigt demeure inscrite à sa surface. Aux bases, il n'est pas rare de constater les traces d'une congestion véritable, le parenchyme est là dur, splénisé. Si l'on pratique une section de cet organe, on constate que la surface de section laisse échapper un véritable flot de liquide séreux, en tout semblable à celui expectoré.

Un morceau de ce poumon jeté dans l'eau ne plonge pas au fond, mais reste à sa surface ou nage entre deux eaux. Relativement au siège occupé par le liquide, certains auteurs, tels qu'Andral et Legendre, ont pu croire qu'il s'épanchait dans le tissu interalvéolaire. Cette théorie est en partie erronée, car alors comment expliquer l'expectoration parfois si abondante? Dans certains cas, cependant, le tissu interlobulaire est rempli de sérosité; mais il faut, pour que cela se produise, que la congestion soit très forte, c'est dire que cet œdème interlobulaire ne s'observe que lorsque la mort a succédé à une attaque violente et prolongée, c'est surtout dans l'alvéole qu'est contenu le liquide; lorsqu'il est en quantité abondante, il envahit les bronches acineuses, les bronches lobulaires et même parfois de plus grosses ramifications bronchiques.

En somme, l'œdème aigu du poumon est caractérisé anatomiquement par une véritable hydropisie alvéolaire. Quant aux altérations microscopiques, elles n'existent pour ainsi dire pas. L'épithélium alvéolaire est peu altéré, c'est à peine si l'on rencontre çà et là quelques éléments épithéliaux épars et quelques globules sanguins nageant dans le liquide. Nous devons toutefois faire une restriction au sujet de l'histologie pathologique de ces zones violacées, plus consistantes, plongeant au fond de l'eau et siégeant surtout aux bases.

Renaut (de Lyon), qui récemment, à l'Académie de médecine (11 mai 1897), a étudié l'anatomie pathologique de l'œdème pulmonaire aigu, se refuse à reconnaître, dans ces altérations, les caractères de l'exsudat pneumonique. A ce niveau, sur des coupes histologiques, on trouve des tractus fibrineux abondants, des capillaires vides de sang et des alvéoles bondées de cellules; quelques-unes même ont éclaté; tout l'air a été chassé par l'exsudat.

Si nous analysons le liquide expectoré, nous voyons qu'il contient une quantité considérable d'albumine ; il contient aussi de la mucine, car le liquide primitif filtré précipite encore par l'acide acétique. Sa réaction est neutre; le liquide décanté, agité avec de l'éther, s'éclaircit légèrement, et, après nouvelle décantation, on trouve, en évaporant la solution éthérée des cristaux de cholestérine et de la matière grasse amorphe.

L'examen du poumon étant fait, il faudra compléter l'autopsie par l'étude des reins et du cœur. Lorsque l'œdème pulmonaire est aigu et symptomatique d'un mal de Bright, c'est surtout de néphrite interstitielle artérielle qu'il s'agit, ou tout au moins de néphrite mixte avec prédominance de sclérose. M. Huchard n'a jamais observé cet accident dans le cours d'une néphrite exclusivement parenchymateuse. Les reins seront donc petits, atrophiés, granulés.

L'examen du cœur est important. On ne constatera que rarement des altérations organiques des valvules, excepté toutefois au niveau de l'orifice aortique. Là il ne sera pas rare de constater des déformations considérables des valvules aortiques qui seront ulcérées, soudées les unes aux autres de façon à rétrécir le calibre de cet orifice. Le cœur est toujours hypertrophié. Enfin, l'aorte pourra présenter les altérations bien connues de l'aortite aiguë ou chronique, avec ou sans ectasie de cet organe.

V

Symptomatologie. — D'après les observations que nous avons lues et d'après un cas qu'il nous a été donné à nous-même d'observer, et qui a été, nous devons le dire, le point de départ de ce travail, la description de l'œdème aigu du poumon n'est pas difficile à donner, tant les cas se ressemblent.

Laissant pour le moment de côté les cas d'œdèmes dus à une cause mécanique *ex vacuo*, nous décrirons tout d'abord l'œdème en apparence idiopathique, c'est-à-dire dont la cause rénale, cardiaque ou autre peut facilement demeurer ignorée.

Subitement, presque sans phénomènes précurseurs, sans aura, le plus souvent au milieu de la nuit, un individu, généralement âgé, jusque-là calme et tranquille, est pris d'une difficulté extrême de respirer. Il s'assied sur son lit, fixe ses bras aux objets avoisinants pour permettre à ses muscles inspirateurs accessoires d'entrer en action; l'acte respiratoire est rapide, précipité, la dyspnée acquiert au bout de quelques minutes son maximum d'intensité. En même temps, une toux fréquente impérieuse tracasse le malade. Cette toux s'accompagne d'une expectoration abondante, qui vient vite à la bouche, et le malade rend dans son crachoir, à chaque expectoration, la valeur d'une à deux cuillerées à soupe d'un liquide filant, aéré, de coloration rose, très mousseux et contenant de l'albumine en quantité énorme. Les troubles fonctionnels sont vite portés à leur summum. Le malade se présente le visage bouffi, violacé; ses lèvres sont cyanosées, ses yeux injectés et brillants; ses narines se dilatent à chaque instant pour permettre un large accès à l'air. Il se plaint d'étouffer, de manquer d'air; l'anxiété morale et physique est des plus vives. Si, appelé dès les premières minutes, on pratique l'examen du thorax, on constate aux bases des deux poumons la présence de râles crépitants fixes, s'entendant seulement à l'inspiration. Au-dessus de cette zone, la respiration est brève, l'inspiration courte, l'expiration difficile; la percussion du thorax rend un timbre sonore, même aux endroits envahis par le flux œdémateux. Si on a le soin d'ausculter les poumons à des intervalles très rapprochés, on constate de la tendance à l'envahissement du parenchyme pulmonaire, le niveau de l'œdème monte de minute en minute, c'est un véritable flot de marée montante, de telle sorte qu'à un moment donné, jusqu'à l'épine de l'omoplate, on peut percevoir des râles crépitants fins, avec les caractères que nous venons de leur attribuer. Ce n'est pas un des signes les moins caractéristiques de cette affection que de trouver, même avec une inondation presque complète du parenchyme pulmonaire, une sonorité normale ou exagérée. Il semble cependant qu'avec une augmentation de densité du parenchyme pulmonaire, devrait correspondre une diminution du son à la percussion. C'est le contraire qui a lieu ici. Ce symptôme de *percussion paradoxale*, ainsi que le dénomme heureusement M. Huchard, caractérisé par l'augmentation de sonorité de la poitrine, est le fait de l'emphysème aigu qui accompagne ou suit presque toujours l'apparition de l'œdème. Pendant l'accès de dyspnée, si l'on interroge le cœur et les vaisseaux, on constate généralement peu de chose. Les bruits du cœur sont difficiles à entendre, car ils sont en partie obscurcis par les bruits anormaux ayant pour siège le poumon. D'autre part, les rapports cardio-thoraciques diminuent d'étendue, parce que les bords antérieurs

poumon, fortement distendus par l'emphysème, viennent recouvrir une plus grande partie du champ cardiaque antérieur. Néanmoins, le choc du cœur est généralement perceptible, et s'il y a coexistence de lésions aortiques, les souffles symptomatiques de cette lésion sont assez aisément entendus. Du côté des artères, dans l'œdème aigu du poumon au cours des affections aortiques, M. Huchard a signalé un phénomène digne de remarque. Au plus fort de l'attaque dyspnéique, le pouls est fort, résistant, le sphygmo-manomètre nous montre l'existence d'une véritable hypertension artérielle; puis tout d'un coup, le plus souvent vers la fin de l'attaque, la tension artérielle s'abaisse brusquement, à tel point que le sphygmo-manomètre marque une hauteur moitié moindre. Ce symptôme indique la fatigue du cœur et est la caractéristique d'une véritable asystolie aiguë, compliquant parfois l'œdème du poumon, pouvant se traduire en outre par des troubles physiques du côté des membres inférieurs qui, d'une façon très rapide, s'œdématient. La température reste, la plupart du temps, normale. Parfois, cependant, elle s'élève à 38, 39 et même 40 degrés. Relativement à la marche de l'œdème pulmonaire aigu, nous pouvons en distinguer trois formes : une forme véritablement foudroyante, tuant le malade en quelques minutes; une forme suraiguë, dont le tableau symptomatique correspond à celui que nous venons de tracer, mais qui se termine par un dénouement fatal au bout de quelques attaques; enfin, une forme simplement aiguë, se manifestant de temps à autre, caractérisée par des crises, et dont le pronostic est relativement bénin.

Quant à la durée de l'accès en lui-même, il est variable de quelques minutes à plusieurs heures, parfois une demi-journée, une journée et plus. Le plus habituellement il dure trois à quatre heures, puis petit à petit ou brusquement, si l'on institue sans retard un traitement convenable, l'orage se calme, la dyspnée s'atténue, les crachats s'espacent, à l'anxiété succède le bien-être. Bientôt, enfin, la respiration reprend son type normal. A ces modifications fonctionnelles correspondent aussi des modifications physiques importantes. La fluxion œdémateuse s'atténue de minute en minute, le niveau des râles baisse, l'emphysème devient moins bruyant; cependant, il n'est pas rare de voir aux bases l'œdème persister pendant quelques jours. Enfin, le malade, si toutefois la cause occasionnelle de l'œdème le permet, ne tarde pas à reprendre ses occupations, ne conservant de son accès que le souvenir d'une épouvantable dyspnée, et la crainte d'une nouvelle crise. Lorsque la maladie se termine par la mort, la dyspnée devient terrible, l'expectoration diminue et le malade meurt véritablement étouffé, par cette masse liquide qui remplit toutes les ramifications bronchiques.

Si on étudie le liquide expectoré, on constate de grandes variations dans la quantité émise, parfois bornée à la contenance d'un crachoir; il peut être plus considérable, il peut être d'un demi-litre, d'un litre, 2 litres même : cela dépend de la durée et de la violence de l'attaque. Ce liquide est généralement citrin, parfois teinté de sang; il est légèrement collant et très mousseux. Si l'on recherche l'albumine soit par la chaleur ou l'acide nitrique, elle se précipite aussitôt en un abondant dépôt floconneux. Le pronostic de l'œdème pulmonaire est variable; on peut dire cependant qu'il est toujours grave. Sa gravité dépend surtout de la violence de l'attaque et de sa durée. Enfin, au point de vue du pronostic, il faut bien faire entrer en ligne de compte les affections au cours desquelles il se développe. S'il s'agit d'un artério-scléreux porteur d'une aortite chronique, une véritable attaque d'asystolie aiguë peut venir compliquer cette affection et entraîner plus sûrement une terminaison fatale.

La thoracentèse et parfois, comme dans l'observation de Jougla, la ponction d'une ascite, peuvent provoquer l'œdème du poumon, selon la théorie invoquée par Hérard. A la fin de l'opération, parfois quelques instants après seulement, le malade est pris d'une quinte de toux en même temps que d'une dyspnée plus ou moins vive; bientôt il rejette par la toux un liquide filant, glaireux, contenant de l'albumine en quantité notable, pouvant atteindre jusqu'à 2 litres. Si on ausculte le thorax, on constate dès les premiers instants, à la base du poumon, des râles sous-crépitants fins qui peuvent envahir le poumon tout entier. Cette expectoration albumineuse et cet état dyspnéique persistent quelquefois pendant plusieurs heures, parfois une journée, puis généralement tout rentre dans l'ordre. Le liquide transsudé se résorbe et est rejeté par les crachats et le malade revient bientôt à la santé. Dans certains cas, cependant, la thoracentèse a pu causer la mort par le fait de l'œdème aigu. L'hyperhémie est si vive, le liquide épanché si abondant, que l'on voit les phénomènes asphyxiques apparaître, les extrémités se cyanoser et se refroidir et le malade succomber rapidement.

VI

Diagnostic. — L'œdème aigu du poumon peut être confondu avec un certain nombre d'affections, dont nous allons essayer de le différencier.

L'embolie pulmonaire peut, par son début brusque, par la dyspnée violente à laquelle elle donne lieu, par sa terminaison souvent fatale, prêter à confusion; mais si les signes fonctionnels de ces deux maladies ont bien des relations communes, les signes physiques diffèrent totalement. Au début, dans l'embolie, les signes physiques sont nuls, pas de râles dans la poitrine, sonorité normale, jamais exagérée; plus tard cependant on peut trouver des traces de congestion et d'œdème, mais alors localisation de cet œdème à un territoire circonscrit du poumon dans le domaine de l'artère embolisée. En tout cas pas d'expectoration albumineuse. En outre, l'embolie pulmonaire survient chez des individus ordinairement porteurs, en un point quelconque du système veineux périphérique, d'un foyer thrombosé (phlegmatia alba dolens, phlébite variqueuse, etc.). Cependant il faut se mettre en garde contre les causes d'erreurs auxquelles pourrait donner lieu cette notion de cause. Rhumatisme et fièvre typhoïde peuvent, nous le savons, donner naissance, d'une part, à l'embolie pulmonaire, par l'intermédiaire de la phlébite, et, d'autre part, à l'œdème aigu, sous l'influence de causes qui nous échappent. Donc, lorsque, chez un typhique ou un rhumatisant présentant une phlegmatia alba dolens, on verra survenir des accidents de dyspnée grave, avant d'admettre, d'une façon définitive, la production d'une embolie, il faudra discuter l'hypothèse de l'accident, dont plus haut nous avons longuement énuméré les symptômes.

Le diagnostic devra être fait avec l'asthme vrai. On peut s'étonner, à la vérité, de voir confondre l'asthme avec l'œdème pulmonaire aigu, tant les symptômes de ces deux affections sont dissemblables. C'est cependant ce qui arrive en général. On applique facilement l'épithète d'asthmatiques à ceux qui ont des crises de dyspnée nocturne. Cette

confusion vient probablement tout d'abord de ce fait que l'œdème aigu surprend souvent le malade la nuit et, en outre, comme l'asthme, apparaît sans phénomènes précurseurs, sous forme d'une dyspnée très vive, pour disparaître après une durée généralement éphémère. L'erreur cependant est facile à éviter. Si on analyse la crise dyspnéique de l'asthmatique, on voit que le chiffre des mouvements respiratoires est normal ou même diminué; l'inspiration est courte, l'expiration longue, difficile. De plus, l'examen de la poitrine révèle la présence de gros râles sibilants et ronflants, disséminés, symptomatiques, d'une bronchite chronique concomitante. Enfin l'expectoration qui a lieu seulement à la fin de la crise est constituée par des crachats de type spécial, crachats perlés, très visqueux, dans lesquels, en cas de doute, le microscope peut mettre en évidence les spirales bronchiques de Curschmann et les cristaux octoédriques de Leyden-Charcot. Rien de tout cela dans l'œdème pulmonaire : respiration courte, précipitée; orthopnée extrême, râles fins disséminés du haut en bas de la poitrine et au début de la crise, émission abondante d'un liquide séreux albumineux très mousseux.

Un autre diagnostic différentiel se présente naturellement à l'esprit, c'est celui de l'asystolie. Lorsque la circulation des veines pulmonaires se trouve ralentie par le fait de l'asthme cardiaque, comme cela s'observe dans les maladies du cœur à la période d'asystolie, il y a stase sanguine dans les capillaires du poumon, d'où hyperhémie et œdème pulmonaire consécutif. Cet œdème pulmonaire est bilatéral, comme dans la maladie qui nous occupe, mais il est localisé surtout aux bases. Il survient rarement isolé. On constate en même temps de l'œdème des membres inférieurs, de la congestion hépatique, parfois de l'ascite ou de la pleurésie et, même s'il se présente à l'état isolé, s'il y a véritablement de l'asystolie pulmonaire et rien que pulmonaire, l'examen du cœur mis à part, le diagnostic est toujours possible. En effet, l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque met un temps considérable pour envahir un grand territoire pulmonaire; il n'y a pas d'expectoration albumineuse, les râles sont plus gros, la percussion est normale, non exagérée, parce qu'il n'y a pas emphysème aigu. Enfin l'examen du cœur révèle un souffle organique ou, si ce souffle est peu perceptible, met en évidence l'arythmie cardiaque et ses symptômes propres.

Nous avons dit que l'œdème pulmonaire aigu pouvait être une des expressions symptomatiques du mal de Bright; or, nous connaissons la multiplicité des types d'urémie respiratoire. Il faudra donc savoir différencier l'œdème aigu de ces divers accidents. Pour ce qui a trait à la forme dyspnéique pur et au type respiratoire de Cheynes-Stokes, il n'y a pas d'erreur possible : dans la première forme, pas de signes stéthoscopiques, c'est une orthopnée essentielle, toxique, *sine materia*; dans le deuxième type, respiration spéciale bien caractéristique, pas d'augmentation des nombres de mouvements respiratoires, simple modification de rythme. La troisième forme se manifeste comme un accès d'asthme en tout semblable à l'asthme cardiaque et caractérisé essentiellement par des accès d'oppression surprenant le malade dans son sommeil : le diagnostic se fait de la même façon que précédemment.

Signalons enfin le diagnostic de l'œdème du poumon post mortem.

Un individu est pris la nuit d'une dyspnée violente; un médecin appelé pratique une injection de morphine, le malade succombe quelques instants après. La famille accuse le médecin d'avoir déterminé la mort en injectant une trop forte dose de morphine et réclame un examen médico-légal. On voit d'ici quelle responsabilité encourt le médecin légiste s'il ne sait rapporter à leur véritable cause les altérations anatomiques qu'il observe (Brouardel).

VII

Traitement. — Grossmann, en Allemagne, dans une série d'expériences, avait vu, chez les animaux auxquels il injectait de la muscarine, le cœur s'arrêter en diastole et une infiltration œdémateuse aiguë envahir le poumon. Or nous savons qu'il y a antagonisme physiologique entre la muscarine et l'atropine. Il était donc assez naturel d'admettre que la médication par l'atropine rendrait quelques services dans les cas d'œdème aigu du poumon. C'est ce qui fut fait. Huchard, notamment, administra de l'atropine à ses malades et n'eut que des insuccès; nous-même, dans le cas qui nous est personnel, avons fait prendre, pendant quatre jours, du sulfate d'atropine à notre malade. Le résultat fut négatif, l'atropine n'empêcha pas l'accès de survenir.

Il y a hypertension dans le domaine de l'artère pulmonaire, le fait est certain. L'indication rationnelle est donc de diminuer cette hypertension par des moyens appropriés. On peut atteindre ce but de deux façons, soit directement en agissant sur le système nerveux, et notamment sur le pneumogastrique, soit indirectement en diminuant la masse sanguine.

Dans le premier cas, il pourra être indiqué d'électriser le nerf vague; on pourra encore pratiquer des cautérisations au niveau de la région pré-aortique, appliquer des ventouses ou même des vésicatoires. On peut encore diminuer l'hypertension pulmonaire en agissant sur la circulation générale. On administrera soit la digitale, soit la caféine, qui, en outre de leur action sur le cœur, facilitent la diurèse.

Mais le traitement de choix de l'œdème aigu du poumon, c'est la saignée générale pratiquée au pli du coude. Tous les auteurs sont unanimes sur ce point. A mesure que le sang coule, les phénomènes dyspnéiques s'atténuent progressivement, de telle sorte qu'une demi-heure, une heure après la saignée, un bien-être relatif a succédé à l'orage et qu'enfin le malade peut goûter un sommeil réparateur.

Dans l'intervalle des crises, le traitement général sera celui de l'artério-sclérose généralisée, c'est-à-dire qu'on pourra administrer l'iodure de potassium ou de sodium à faibles doses.

Si on a des raisons de croire que l'œdème pulmonaire est tributaire de la diathèse rhumatisante, il sera indiqué d'administrer du salicylate de soude, ce qui, dans certains cas, a paru donner de bons résultats.

LES PLEURÉSIES SYPHILITIQUES ESSENTIELLES (1)

Par M. le docteur Rochon.

II

Symptomatologie. — Les symptômes observés diffèrent suffisamment suivant l'époque d'apparition de l'affection, pour qu'une description distincte de la pleurésie précoce et de la pleurésie tardive soit nécessaire.

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1093.

A. La pleurésie syphilitique esssentielle précoce, dans les premiers mois de l'infection, coïncide presque toujours avec un exanthème plus ou moins généralisé; à une époque un peu plus éloignée du chancre, elle s'accompagne soit d'une roséole de retour, soit simplement de quelques papules ou de quelques plaques muqueuses plus ou moins dissimulées; enfin, elle peut être momentanément la seule manifestation de la syphilis.

L'affection débute tout d'abord par une douleur peu vive, avec malaise général et inappétence; quelquefois, céphalée nocturne intense, mais pas ou peu de fièvre le plus souvent.

Les jours suivants, le point de côté augmente et, bien que restant d'ordinaire beaucoup moins fort que dans les pleurésies d'autres natures, il peut néanmoins, dans certains cas, amener une forte dyspnée. La douleur varie parfois avec la position occupée par le malade. M. Chantemesse a rapporté un cas où, en s'asseyant sur son lit et en immobilisant son thorax avec la main, le patient se sentait extrêmement soulagé; cette particularité paraît devoir faire penser à une pleurésie diaphragmatique. A ce moment, la fièvre s'allume et peut monter, mais rarement, à 40 degrés. La toux est sèche et peu fréquente.

Dès le début, l'auscultation ne fait reconnaître que quelques frottements pleuraux à la base avec submatité à la percussion; mais rapidement ces frottements sont sujets à disparaître pour faire place à un souffle doux avec bronchophonie et même égophonie : la percussion donne alors une matité plus ou moins complète, ne dépassant pas en général l'angle inférieur de l'omoplate. D'autres fois, les frottements du début persistent; ils deviennent plus nombreux, s'accompagnent de diminution du murmure vésiculaire, sans que cependant il se produise d'épanchement appréciable.

A côté de cette forme à début brusque, aigu, bien défini, on observe, pour le moins aussi fréquemment, une forme plus torpide, pour ainsi dire, latente, avec malaise général, faiblesse, inappétence, mais sans fièvre, sans point de côté, sans toux ni expectoration. L'auscultation seule fait entendre des frottements pleurétiques, dont le siège de prédilection est en arrière, à la base du thorax; il faut noter, néanmoins, qu'on a pu les entendre à sa partie moyenne. En avant, leur existence est également possible, en particulier au niveau de la cinquième et de la sixième côtes, se perdant de là vers la base du poumon et vers la ligne axillaire. L'épanchement aussi peut se produire. Enfin, les lésions peuvent se localiser ou s'étendre à la plèvre diaphragmatique; aux symptômes précédents s'ajoutent alors, outre le point de côté spécial dont nous avons parlé, une dyspnée très intense, une toux quinteuse et opiniâtre, avec hoquet persistant et douleur localisée aux points extrêmes du nerf phrénique.

Ces deux formes que nous venons de décrire, paraissent être en rapport avec l'intensité de l'infection, le début brusque répondant plutôt à une poussée généralisée de manifestations cutanées et muqueuses; la forme insidieuse allant mieux de pair avec des accidents externes plus discrets.

Quand il y a épanchement, il est unilatéral ou bilatéral, soit d'emblée, soit successivement. Il peut aussi exister une pleurésie avec épanchement d'un côté et une pleurésie sèche de l'autre.

Avec ou sans épanchement, la pleurésie reste unilatérale dans la moitié des cas; la pleurésie double avec épanchement se trouve environ une fois sur quatre.

Le liquide épanché ne devient jamais très considérable; il se fait remarquer par la rapidité avec laquelle il se produit et avec laquelle aussi il se résorbe, surtout si le traitement spécifique intervient.

Cet épanchement est constitué par un liquide clair, limpide et citrin, quelquefois d'un jaune rosé, donnant un dépôt abondant de fibrine; recueilli aseptiquement, il ne donne aucune culture sur les milieux habituels, et n'amène aucune réaction chez le cobaye.

Pour ce qui est des frottements pleuraux, qu'ils soient le reliquat d'un épanchement ou le résultat d'une pleurésie sèche, ils sont lents à disparaître et laissent parfois, pendant des semaines et même des mois, quelque trace de leur existence; malgré tout, chez les malades que l'on a pu suivre, on a constaté un retour constant à l'intégrité absolue.

Les récidives sont fréquentes, sans d'allleurs que les affections pleurales antérieures paraissent jouer un rôle important dans la localisation morbide.

Enfin, la pleurésie essentielle précoce, dans ses deux formes, se trouve fréquemment accompagnée, soit de bronchite ou de péricardite, soit de fluxions séreuses articulaires ou d'ictère.

La bronchite, que l'on trouve dans près de moitié des cas, la péricardite et l'ictère, peuvent être regardés comme dus à l'extension des lésions, soit lymphatiques, soit artérielles de la plèvre, extension possible dans tous les cas, grâce à l'origine commune des vaisseaux de ces différents organes, ou aux anastomoses qui existent entre eux (1). L'extension en sens contraire peut aussi se produire.

Les affections articulaires se réclament pour la plupart d'une localisation indépendante des autres lésions; ce sont des coïncidences et non des complications à proprement parler.

B. Les pleurésies syphilitiques essentielles tardives, varient dans leur époque d'apparition, comme les limites de la période tertiaire elle-même; elles s'accompagnent aussi, le plus souvent, du moins dans les premières années de la période tertiaire, d'autres lésions spécifiques.

A la période intermédiaire, il faudra, pour appeler une pleurésie précoce ou tardive, se régler sur les manifestations coexistantes qui, par leurs caractères, devront être regardées comme accidents secondaires ou tertiaires.

Dans les années plus lointaines de l'infection, la pleurésie peut, il est vrai, être la seule manifestation de la diathèse, mais ici le doute ne peut exister; on est sûrement à la période tertiaire et le diagnostic de la cause peut seul souffrir de l'absence d'éruption.

La forme pleurale tardive appartient donc à tous les moments de l'évolution tertiaire; mais, suivant qu'elle s'accompagne ou non de lésions externes, suivant aussi qu'elle se développe chez des individus ayant suivi un traitement plus ou moins sérieux, ou chez des sujets plus ou moins affaiblis par d'autres maladies, elle présente des caractères particuliers, qui doivent en faire distinguer deux variétés.

Quand la pleurésie essentielle tardive se déclare pendant une poussée de manifestations externes, elle a plus de tendance à présenter des symptômes rappelant ceux de la forme précoce à début franc.

---

(1) Dybkowsky. *Ueber aufraugun6 und absonderung der pleurawand*, Leipzig 1867. — Bizzozero et Salvioli. *Studi sulla struttura e sui linfatici delle serose umane*, 1878. — Sappey, Testut. *Splanchnologie et angéiologie.*

On observe, en effet, le malaise précurseur, le point de côté, la fièvre; la rate elle-même peut redevenir grosse à la percussion, et douloureuse à la palpation.

L'état général est fortement ébranlé; il se produit un amaigrissement considérable; les forces se perdent en même temps que l'appétit diminue ou disparaît.

L'épanchement séreux est également très fibrineux, laissant après lui des traces durables de son existence, mais il peut devenir beaucoup plus abondant que dans la forme précoce et se montre, dans tous les cas, plus lent à se résorber.

Les autres symptômes sont ceux de la pleurésie précoce à début franc.

Si la pleurésie est la seule manifestation de la diathèse, on n'observe ni frisson, ni point de côté, peu ou pas d'épanchement; la fièvre est minime ou même nulle, mais il existe d'habitude des troubles gastriques et intestinaux très marqués et une langueur générale très accusée.

Dès ce moment, la dyspnée peut exister, sans toux ni expectoration, et il faut une auscultation souvent répétée pour reconnaître un jour des frottements pleuraux plus ou moins étendus et plus ou moins rugueux, occupant soit un seul côté, soit les deux côtés du thorax. Ces frottements ont leur maximum de fréquence et d'intensité à la partie moyenne des poumons, mais la base et le sommet peuvent également en être le siège.

La percussion donne de la matité ou seulement de la submatité; au début, la sonorité reste parfois normale.

A l'inspection du thorax, on peut reconnaître une rétraction du côté atteint ou un défaut d'amplitude dans l'excursion respiratoire. Une pression exercée sur la paroi thoracique, au niveau des frottements, peut éveiller une douleur interne très vive; le frottement est quelquefois assez fort pour être perçu à la main.

On a vu l'inflammation s'attaquer tout d'abord à la plèvre interlobaire; la pleurésie alors se limite d'elle-même par des adhérences ou se propage à la grande cavité pleurale. Cette propagation toutefois est souvent lente à se faire et le malade est mal en train : il s'amaigrit, présente de la dyspnée, sans qu'au début il soit possible d'en trouver la cause.

Cette pleurésie atténuée s'observe dans les premières années de la période tertiaire, aussi bien qu'après vingt ou trente ans; l'état de santé général du malade, le traitement suivi depuis l'accident initial, paraissent être les seuls facteurs capables de donner à la maladie son allure spéciale.

L'examen de la rate perd ici de son importance, car le plus souvent, il n'y a ni hypertrophie, ni sensibilité.

Enfin le peu de tendance à la dissémination des accidents tertiaires explique la rareté des complications tout à l'heure si fréquentes. Quelques lésions pulmonaires sont en effet les seules manifestations contemporaines de pleurésies syphilitiques tardives.

Diagnostic. — La fréquence des pleurésies syphilitiques essentielles est assez grande pour imposer une auscultation systématique de tous les syphilitiques et pour faire rechercher, en présence de toute pleurésie, si les antécédents du malade ne cachent rien de spécifique.

Mais il ne suffit pas d'avoir trouvé la syphilis et une pleurésie chez un même sujet pour affirmer qu'il y a entre ces deux maladies une relation de cause à effet.

Si la syphilis est en pleine floraison, le doute n'est pas longtemps permis, mais s'il n'existe, à ce moment, que peu ou pas de manifestations extérieures, l'embarras peut être très grand. Un syphilitique, en effet, peut très bien être atteint de pleurésie simple, de pleurésie rhumatismale ou de pleurésie tuberculeuse [Landouzy (1)].

Chacune de ces affections demande à être éliminée.

La pleurésie simple a un début plus éclatant : l'épanchement est plus abondant et presque toujours unilatéral.

La pleurésie rhumatismale est plus difficile à distinguer, car elle peut être sèche ou avec épanchement, simple ou double; elle apparaît, se modifie et disparaît avec une grande rapidité, mais elle va d'ordinaire avec d'autres manifestations articulaires ou viscérales, dont les antécédents du malade éclairent le plus souvent l'origine.

La pleurésie tuberculeuse, enfin, se reconnaît assez facilement soit par les lésions de même nature, antérieures ou concomitantes, soit par l'inoculation du liquide aux cobayes.

Dans certains cas de pleurésies syphilitiques tardives, le mauvais état général demande aussi l'élimination de la pleurésie cancéreuse [Lancereaux (2)].

La nature du pus souvent hémorragique de l'épanchement, les douleurs irradiant au loin, les antécédents du malade, les noyaux cancéreux situés dans d'autres organes plus accessibles à l'examen, sont ici du plus grand secours.

L'état de la rate doit être reconnu dans toutes les circonstances, car son hypertrophie doit prendre une grande importance pour peu qu'elle se rencontre avec quelque adénopathie inguinale ou cervicale ou la moindre lésion tégumentaire.

En dernier lieu, un diagnostic spécial doit être réservé aux lésions qui peuvent exister du côté des bronches, des poumons, du foie, ou des articulations.

Pronostic. — Pour une pleurésie syphilitique précoce, une guérison rapide et complète peut être affirmée; pour une pleurésie tardive, on pourra faire espérer la guérison, mais en formulant les plus grandes réserves sur le temps nécessaire au rétablissement absolu.

C'est que les lésions spécifiques qui, dans les premières années de la maladie, marchent pour ainsi dire d'elles-mêmes à la résolution, gagnent plus tard une tendance de plus en plus marquée à l'organisation, à la transformation en tissu scléreux.

Le pronostic des lésions concomitantes doit être porté séparément, bien que la plupart du temps l'analogie de nature permette d'en regarder la marche comme intimement liée à celle de la pleurésie.

Enfin un pronostic spécial est nécessaire pour l'avenir de la maladie qui vient ainsi, ou bien de prévenir, par cette sorte de malignité précoce, de la gravité possible des accidents ultérieurs, ou bien de montrer, par cette poussée viscérale, que ses réveils sont encore redoutables.

Traitement. — Les moyens palliatifs sont ceux qui s'appliquent aux pleurésies en général.

Le traitement curatif consiste dans l'administration simultanée du mercure et de l'iodure.

Comme il importe d'agir rapidement, on peut s'adresser aux injections intraveineuses de sublimé ou simplement aux injections mercurielles sous-cutanées.

---

(1) Landouzy. In Th. de Jacquinet, Paris 1895.
(2) Lancereaux. *Union méd.*, 1891.

Enfin puisque l'absence ou l'insuffisance de traitement mérite une place dans l'étiologie de l'affection, au lieu d'attendre l'apparition des accidents secondaires, comme on le fait encore malheureusement trop souvent, il faut traiter la syphilis dès que l'on a porté le diagnostic de chancre induré.

Bibliographie. — Chantemesse et Widal. Soc. méd. des hôp., 1890. — W. Nikulin. *Berl. Klin. Woch.*, 1891. — Ch. Talamon. *Médecine mod.*, 1891. — Preetorius. *Ann. et Bull. de la Soc. de méd. d'Anvers*, septembre 1891. — Chantemesse. *Bull. méd.*, 1891. — E. Rochon. *Des pleurésies syphilitiques*, Paris, 1893. — Lyon. *Ann. de méd.*, 1894. — Chantemesse. *Presse méd.*, 3 juin 1894; — *Journ. des prat.*, 22 août 1894. — Brousse. *Ann. de dermat. et de syphil.*, août-septembre 1894. — Raynaud. *Bull. méd. d'Algérie*, 1894. — Casset. *Journ. des prat.*, août 1894. — Montseret. Thèse de Montpellier, 1894. — Carra. *Pleurésie syphilitique du stade roséolique*, Paris, 1894. — Zeleneff. Scorbut et broncho-pleuro-pneumonie syphilitique, *Med. Oboz*, t. XI, 1894. — Le Damany. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 27 avril 1895, p. 196. — P. Spilmann et G. Etienne. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1896. — G. Richard d'Aulnay. Infection syphilitique avec pleurésie, phlébite et ictère, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1896. — Ciarrocchi. La pleurite essudativa durante lo stato roseolico della sifilide, *Giornale italiano delle malatiet veneree e della pelle*, 1896, fasc. II, p. 165. — Rochon. *Médecine mod.*, juillet 1897.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Badour, médecin principal de première classe en retraite. Cet excellent confrère ne laisse dans le corps de santé de l'armée que des regrets unanimes.

— Le jury de l'internat est constitué provisoirement de la façon suivante :

MM. Chauffard, Lion, Launois, Duguet, Faure, Blum, Demoulin, Quénu, Porak et Guyon.

— Le jury de l'externat est constitué provisoirement de la façon suivante :

MM. Mosny, Renon, Caussade, Claisse, Mauclaire, Thiéry, Guillemain et Demelin.

— Par décret, en date du 24 septembre 1897, les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 1er octobre 1897, et ont reçu les affectations ci-après :

MM. Sacquepée, pour l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; — Job, pour le 2e dragons; — Calais, pour le 8e dragons; — Massoulard, pour le 14e dragons; — Vandenbossche, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; — Danis, pour le 19e d'artillerie; — Capmas, pour le 30e dragons; — Dopter, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; — Langlois, pour l'hôpital militaire de Vincennes; — Finck, pour le 37e d'infanterie; — Scheffler, pour le 16e d'infanterie; — Ardoin, pour l'hôpital militaire de Toulouse; — Masson, pour le 9e cuirassiers.

— Par décret, en date du 29 septembre 1897, la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisée à accepter la donation d'une somme de 10000 francs, faite à son profit par Mme veuve Alexis-Charles Legroux, née Louise-Élisabeth Gaudry, pour la fondation d'un prix quinquennal, sous le nom de « Prix Charles Legroux ».

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 114. — MARDI 5 OCTOBRE 1897. 70e ANNÉE. MARDI 5 OCTOBRE 1897. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 octobre 1897.

Il y a quinze jours, le 18 septembre, un de nos confrères, le docteur Laporte, était appelé près d'une malheureuse pour un accouchement qu'une sage-femme ne pouvait terminer.

La parturiente avait déjà eu d'autres enfants. Chaque fois l'accouchement avait été pénible. Cette fois, les obstacles paraissaient plus grands encore; le travail durait depuis plusieurs heures. Notre confrère, appelé par la sage-femme, tente en vain une application de forceps. Voyant l'état s'aggraver, il songe à une embryotomie, et à défaut d'instruments spéciaux, utilise ce qu'il peut trouver sous sa main, une aiguille à carder les matelas, un ciseau à froid, voire un marteau de menuisier, disent les mêmes reporters, qui sont, on le sait, toujours bien informés.

L'accouchement se termine, mais l'état de la malade s'aggrave; on la transporte à l'hôpital, où elle succombe à des accidents infectieux quarante-huit heures après l'accouchement.

C'est alors, dans la presse politique, un déchaînement de protestations contre ce médecin, ce bourreau, qu'on dépeint sous les couleurs les plus noires, le représentant, sans souci de la vie de ses semblables, fourrageant dans le ventre de la femme à coups d'aiguille, enfonçant le crâne à coups de marteau. Le tableau était émouvant, sinon exact. Ce n'était bruit, dans les feuilles publiques, que de ce nouveau scandale médical.

Le docteur Laporte fut mandé devant le juge d'instruction et écroué à Mazas, sous l'inculpation d'homicide par imprudence.

Vendredi seulement, après deux semaines de détention préventive, et sur les instances répétées du corps médical, notre malheureux confrère a été mis en liberté provisoire.

Or si l'on dégage les faits du langage par trop déclamatoire des journaux politiques, si l'on veut bien mettre au point tout ce qui s'est passé, le peser sans parti pris, on voit combien la magistrature a prêté une oreille trop facile à tous ces racontars qui ont fait le tour de la presse.

Sans aucun doute, notre confrère a été malheureux dans cette intervention; mais est-ce une raison pour le soupçonner, l'arrêter, le punir?

Quel est le mobile qui l'a guidé? Est-ce le lucre? Hélas! ce malheureux, qui n'avait que quelques centimes dans sa poche, qui habitait un logement de 340 francs, à Paris, n'avait pour tout salaire de cette intervention si poignante, de toute cette nuit d'angoisses et de peines, que la misérable somme de 8 à 10 francs que la Préfecture alloue au médecin de nuit.

Notre confrère n'était guidé que par le désir de délivrer cette malheureuse, dont l'accouchement ne se terminait pas. Quelles étaient exactement les indications de son intervention? Nous ne le savons pas. Mais elles paraissent avoir été indiscutables : la difficulté des accouchements antérieurs, la requête de la sage-femme, l'inutilité d'une première application de forceps, tout semble rendre légitime une intervention nouvelle.

Mais cette intervention, avec quoi la faire? Notre confrère n'a pas d'instruments, la malade refuse d'aller à l'hôpital, le temps presse, c'est en pleine nuit, dans un quartier excentrique, loin de tout. Que faire? En cette minute solennelle, notre confrère a jugé qu'il devait intervenir, n'importe comment, et il est intervenu avec ce qu'il a pu trouver de mieux approprié à l'acte qu'il voulait tenter. Mais le malheur a voulu que la femme mourût. De là une accusation, grossie par l'exagération des reporters et accueillie trop facilement par la justice.

Actuellement, après quinze jours, les esprits se sont assagis, l'opinion publique se ressaisit et se calme; et les promoteurs de ce bruit reviennent à des appréciations plus mesurées et plus équitables.

Nous espérons que notre confrère sortira indemne de cette triste affaire et que les experts pourront éclairer la justice sur les difficultés qui viennent assaillir le médecin dans sa pratique. Ils sauront faire ressortir la situation particulièrement pénible de notre confrère dans le cas présent, et nous ne doutons pas qu'un acquittement vienne atténuer le grave préjudice que lui a causé une arrestation, à notre avis, injustifiée.

Si de tels usages s'installaient chez nous, si en face de chaque cas malheureux de notre pratique nous devions subir l'affront de la comparution en justice, c'en serait fait de la médecine en France. La société subirait elle-même les premières atteintes de cet état de choses. Les médecins, rendus forcément abstentionnistes, n'oseraient rien tenter pour arracher à la mort des malheureuses qu'une interven-

tion hardie et légitime eût pu sauver. On leur ferait payer trop cher leur échec.

Nous avons le devoir de répéter qu'un médecin malheureux n'est pas un criminel.

Mais de toute cette fâcheuse affaire retenons ceci, c'est que, dans le public, on accueille aujourd'hui avec trop de facilité les accusations portées contre nous, c'est que nous sommes actuellement dans un état de suspicion dont il importe de sortir au plus vite.

Nous n'en sortirons qu'en établissant entre nous des liens de solidarité confraternelle de jour en jour plus étroits et en répudiant tout ce qui peut, de près ou de loin, porter atteinte à notre dignité professionnelle et en imposant, par là, le respect et l'estime auxquels nous n'avons cessé d'avoir droit.

OBSERVATION D'OSTÉOME

DU VASTE INTERNE DE LA CUISSE GAUCHE, SUIVIE DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES OSTÉOMES MUSCULAIRES EN GÉNÉRAL

Par M. M.-A. Martin, médecin-major de première classe, chef des salles militaires de l'hospice mixte de Toul.

C. V..., deuxième canonnier-conducteur au 39e d'artillerie; neuf mois de service, âgé de vingt-deux ans; profession : cultivateur.

D'une bonne santé habituelle, il n'avait jamais été malade jusqu'au jour où se produisit l'accident qui a motivé son entrée à l'hôpital.

Il raconte que, le 21 juin dernier, au moment où il saisissait le pied de sa monture pour le présenter au maréchal-ferrant, le cheval lui a lancé un coup de pied qui l'a atteint à la cuisse gauche, au point où s'est développée ultérieurement une tumeur. Il ressentit une vive douleur, mais ne tomba pas et put ensuite marcher pour rejoindre son cantonnement, car ceci se passait pendant que le régiment revenait des écoles à feu au camp de Châlons et retournait à Toul.

Le lendemain et les jours suivants, il put remonter à cheval et parcourir les quatre étapes qui lui restaient encore à faire avant de rentrer dans sa garnison. Cependant la région contuse présentait du gonflement et était le siège de douleurs assez vives; une petite ecchymose de la largeur d'une pièce de 50 centimes se dessinait sous la peau; mais cela n'empêchait pas le blessé de continuer son service et il se contentait, pour tout traitement, de se pratiquer lui-même quelques frictions avec de l'alcool camphré.

Il fit ainsi son service sans se présenter à la visite, jusqu'au 7 juillet. Dans l'intervalle, le gonflement, après être resté stationnaire pendant une dizaine de jours, commença à augmenter, tandis que les douleurs, très modérées d'ailleurs, restaient toujours à peu près les mêmes. Enfin le 7 juillet, il se décida à se faire porter malade et fut envoyé à l'infirmerie et de là à l'hôpital, où il entra le surlendemain avec le diagnostic de tumeur de la partie interne et inférieure de la cuisse gauche.

L'examen de la région malade nous permet de constater, en effet, l'existence d'une tumeur siégeant au niveau du tiers inférieur de la cuisse, à grand axe vertical, mesurant environ 10 centimètres de long sur 5 à 6 de large; elle est située en avant du tendon du grand adducteur; son extrémité inférieure s'arrête à un travers de doigt du bord supérieur de la rotule; la peau est mobile à sa surface; elle-même est mobile sur les parties profondes, mais en lui imprimant des mouvements de latéralité, on perçoit des frottements rugueux; elle devient fixe quand le triceps se contracte et il est manifeste qu'elle siège dans l'épaisseur des fibres du vaste interne. Sa surface est irrégulière, sa consistance inégale; à côté de points très durs présentant une résistance osseuse, il en est d'autres moins résistants. Cette tumeur est plutôt gênante que douloureuse; cependant, elle met un obstacle sérieux à la pratique de l'équitation et même à la marche, car les mouvements de flexion du genou sont notablement entravés par suite de sa présence dans l'épaisseur des fibres du triceps qui ne se prête plus à la distension.

Nous portons le diagnostic d'ostéome du vaste interne en voie de formation et, tenant compte de la particularité signalée que la tumeur ne paraît pas ossifiée en totalité, mais seulement en voie de transformation, nous ajournons toute intervention et soumettons le malade au repos au lit et à un traitement par l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour. Il est à remarquer que la présence des frottements signalés précédemment paraît indiquer qu'indépendamment de la tumeur intramusculaire, il a dû se produire des ostéophytes à la surface du fémur.

Sous l'influence du traitement et du repos, la tumeur diminue, ce qui tient sans doute en grande partie à la disparition du gonflement des parties molles périphériques qui ne sont plus soumises à des irritations continuelles.

Au bout d'une quinzaine de jours, ce travail de régression s'arrête. Cependant, le traitement ioduré est continué encore jusqu'au 9 août, date à laquelle nous pratiquons l'extirpation de la tumeur. Précédemment, nous avions confirmé le diagnostic d'ostéome par une ponction pratiquée avec une aiguille flambée.

L'opération ne présente aucune difficulté. Après l'incision de la peau et de l'aponévrose, nous tombons sur les fibres du vaste interne, reconnaissables à leur direction. L'incision, poursuivie au milieu de ces fibres, découvre la tumeur qui est disséquée en suivant de très près la surface osseuse, dont l'irrégularité est extrême et ne permet pas l'emploi de la rugine. La dissection terminée sans hémorragie notable et sans avoir eu besoin de faire une seule ligature, il reste une cavité anfractueuse dont le fond est encore séparé du fémur par une épaisseur notable de parties molles. Nous réunissons la plaie par une double rangée de sutures profondes, accolant exactement les surfaces, et de sutures superficielles; pas de drainage.

Les suites ont été des plus simples; la réunion immédiate a été obtenue et le malade a quitté l'hôpital le 1er septembre, ayant recouvré le plein usage de son membre, où l'on constate encore au palper une légère augmentation de volume de l'extrémité inférieure du fémur.

A propos de cette observation, nous rappellerons quelques particularités de l'histoire générale des ostéomes.

C'est dans le milieu militaire qu'ils ont été rencontrés presque exclusivement et les *Archives de médecine militaire* renferment la relation de la plupart des cas qui ont été publiés en France.

Le mémoire de Favier, paru en 1888, donne une analyse du travail de Josephson basé sur 8 observations, auxquelles il en ajoute une de Thiriar et une autre personnelle.

En 1890, Schmit reprend la question en apportant deux observations nouvelles et esquisse une étude complète des ostéomes de la cuisse.

Depuis, les observations se sont multipliées et nous résumerons ci-après les principales d'entre elles, dues, en totalité, à des médecins militaires. Elles permettront de se faire une idée suffisante des particularités que présentent les ostéomes dans leurs causes, leur évolution, leurs symptômes. L'étude de ces observations nous a permis de formuler quelques conclusions que nous exposerons plus loin.

I. Tartière (*Arch. de méd. mil.*, t. XVII, p. 56). — Chute de cheval accompagnée d'une vive douleur dans la cuisse gauche. Le blessé, âgé de vingt-huit ans, est vu trente-cinq jours après l'accident et l'on constate une tumeur de 6 centimètres de diamètre environ, siégeant au niveau du moyen adducteur gauche et adhérente au fémur; elle a une consistance osseuse et l'on diagnostique un ostéome. L'auteur croit que la tumeur existait avant l'accident et avait une origine professionnelle (cordonnier).

II. Boppe (*Arch. de méd. mil.*, t. XIX, p. 125). — Jeune soldat de vingt et un à vingt-deux ans; rupture musculaire du moyen adducteur droit en sautant à cheval. Six semaines après l'accident, il est envoyé à l'hôpital où l'on constate, au niveau de l'insertion du moyen adducteur et comme faisant corps avec ce muscle, une tumeur ovoïde de consistance osseuse, paraissant adhérer au pubis par sa partie supérieure, tandis que l'inférieure présente une certaine mobilité. Son diamètre vertical a 6 centimètres, l'horizontal en a 3. Ablation; la tumeur qui n'était pas soudée au pubis paraissait composée de deux parties réunies par des liens fibreux.

III. Boppe (*Arch. de méd. mil.*, t. XIX, p. 127). — Jeune soldat de vingt et un à vingt-deux ans; chute à la voltige sur la paume de la main. Tumeur ovoïde de consistance osseuse de 4 centimètres de long sur 2 centimètres et demi de large, développée dans l'épaisseur du brachial antérieur. L'accident est survenu le 8 mars 1891; l'extirpation de la tumeur esi pratiquée le 17 avril suivant.

IV. Schmit (*Arch. de méd. mil.*, t. XIX, p. 131). — Jeune soldat de vingt-deux ans; coup de bas-flanc à la partie interne de la cuisse gauche. Le blessé s'aperçoit du développement de la tumeur au point contus, un mois après l'accident, mais il n'est examiné que deux mois plus tard. Tumeur occupant en haut les insertions du premier adducteur à l'épine du pubis et descendant le long de la région antéro-interne de la cuisse, en suivant la direction de ce muscle jusqu'à ses attaches inférieures où elle se termine en pointe; adhérences au fémur; longueur de 19 centimètres et, dans la partie la plus étalée, largeur de 8 centimètres et demi. Abstention.

V. Demmler (*Arch. de méd. mil.*, t. XX, p. 119). — Jeune Arabe de vingt ans; chute sur la partie antérieure de la cuisse. Le blessé, vu un an après, présente une tumeur de la forme et de la grosseur de la rotule, siégeant dans l'épaisseur du droit antérieur, à 9 centimètres environ de la rotule. Extirpation.

VI. Gazin (*Arch. de méd. mil.*, t. XX, p. 122). — Soldat de vingt-deux à vingt-trois ans; rupture musculaire du moyen adducteur droit en sautant à terre à la voltige. L'ostéome est reconnu une vingtaine de jours après l'accident. Tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon située à quatre travers de doigt du pli génito-crural siégeant dans le moyen adducteur. Abstention.

VII. Labrevoit (*Arch. de méd. mil.*, t. XX, p. 447). — Jeune soldat de vingt et un ans. Pas de contusion ni de déchirure musculaire; la seule cause paraît avoir été la pression des cuisses contre la selle.

Les premières constatations faites par le patient datent du commencement de décembre 1891 pour le côté droit. Il va à la visite le 23 décembre, reprend son service après quelques jours de repos, retourne le 14 janvier à la visite, où l'on constate un empâtement de la partie supéro-interne des deux cuisses. Après cinq jours de repos, il reprend son service jusqu'au 30 janvier. Entre alors à l'infirmerie où l'on reconnaît : à droite, une induration ligneuse au niveau des adducteurs; à gauche, dans le pli génito-crural, une tumeur fluctuante, du volume d'un petit œuf, qui est ponctionnée et laisse écouler du pus.

Envoyé à l'hôpital le 2 février. On trouve à gauche une tumeur de la grosseur d'une mandarine, appendue à la moitié interne de la branche horizontale du pubis, arrondie inférieurement, intimement soudée au squelette par sa base; elle occupe les insertions supérieures du pectiné et des deux premiers adducteurs. Plus bas, une deuxième tumeur, de 8 centimètres de long sur 4 à 5 de large, paraît siéger dans la partie moyenne du premier et deuxième adducteur.

A droite, on trouve deux noyaux d'ossification occupant le premier adducteur; l'un forme en haut un cordon de 7 à 8 centimètres de long sur 2 de large; l'autre occupe en bas la partie inférieure du muscle. Cette observation présente comme particularités : la cause, paraissant résider dans une action lente de la pression des cuisses sur la selle, la bilatéralité des lésions et enfin la suppuration survenue autour d'une des tumeurs. Intervention partielle du côté gauche seulement.

VIII. Ramonet (*Arch. de méd. mil.*, t. XXI, p. 456). — Rupture musculaire survenue sur un sujet de quarante-huit ans à l'occasion de violents efforts pour résister à un écart d'un cheval. L'accident étant arrivé le 4 avril, dès le 18, on porte le diagnostic d'hémato-ostéome siégeant sur le trajet du moyen adducteur droit où l'on trouve une tumeur du volume d'un œuf d'oie. L'intervention pratiquée permet de découvrir sous l'aponévrose du moyen adducteur une collection renfermant 100 grammes d'un liquide séreux, transparent et citrin, dont l'issue laisse apercevoir, au fond de la poche, un caillot sanguin et trois noyaux ossifiés, rugueux, irréguliers de contours, incrustés dans le tendon, dans la gaine musculaire et dans le muscle. Ablation.

IX. Oriou (*Arch. de méd. mil.*, t. XXV, p. 137). — Jeune, soldat de vingt et un à vingt-deux ans. Coup de pied de cheval à la face externe de la cuisse gauche. Le blessé est vu onze jours après l'accident et, déjà, l'on porte le diagnostic d'ostéome du vaste externe gauche. Tumeur dure fusiforme, de 7 centimètres de haut sur 4 de large, descendant à 7 centimètres du bord supérieur de la rotule et remontant à 32 centimètres de l'épine iliaque, développée dans l'épaisseur des fibres du vaste externe. Extirpation.

X. Tricot (*Arch. de méd. mil.*, t. XXV, p. 311). — Rupture musculaire survenue sur un sujet de vingt-six ans à l'occasion d'une violente contraction des adducteurs, étant à cheval. Le blessé n'est examiné que six mois après l'accident. On trouve, au niveau du moyen adducteur droit, une tumeur fusiforme de 11 centimètres de long environ sur 3 de large et d'épaisseur, dans sa partie la plus grosse, se terminant en pointe par en bas, mobile, sans adhérences aux os. Ablation.

XI. Tricot (*Arch. de méd. mil.*, t. XXV, p. 315). — Jeune soldat de vingt-deux ans. Rupture musculaire survenue pendant qu'il franchissait un obstacle à cheval. Visité deux mois après l'accident, on trouve à droite, dans le corps charnu du premier adducteur, une tumeur dure, ligneuse,

de 11 centimètres de long sur 4 de large, renflée au milieu, amincie aux extrémités, commençant en haut à trois travers de doigt de l'insertion supérieure du muscle. Pas d'intervention.

XII. Cordillot (*Arch. de méd. mil.*, t. XXVI, p. 427).—Jeune soldat de vingt et un ans. Pas de traumatisme ni de rupture musculaire, est monté une quinzaine de fois à cheval. Il présente au côté gauche une tumeur occupant toute l'étendue du moyen adducteur, de 17 centimètres de long sur 8 de large dans sa plus grande largeur; elle est immobile et adhérente aux parties sous-jacentes. A droite, une autre tumeur de même nature occupe aussi le moyen adducteur et s'insère à l'épine du pubis par le tendon ossifié du muscle; sa longueur est de 17 centimètres, mais elle n'occupe pas toute la masse musculaire. On sent, faisant suite au tendon ossifié, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule de 6 centimètres de long sur 3 de large, reliée par un cordon osseux de 4 centimètres à un autre renflement de même volume occupant toute la masse musculaire et adhérant à la ligne âpre du fémur. Pas d'intervention.

De l'examen des observations qui précèdent découle la donnée que nous allons maintenant exposer succinctement sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement des ostéomes.

Étiologie. — Tous ceux qui se sont occupés de cette question ont remarqué que les cavaliers et parmi ceux-ci les recrues fournissent la plupart des cas : l'exercice du cheval et le jeune âge constituent donc deux causes prédisposantes. Il ne faudrait pas cependant ériger ce fait en règle absolue et les exceptions ne manquent pas. Dans un cas de Billroth, l'ostéome est découvert à l'autopsie d'un ancien officier de cavalerie; rien ne prouve, il est vrai, qu'il ne s'était pas développé dans le jeune âge et avait passé inaperçu. Graf rapporte le fait d'un capitaine d'artillerie, atteint d'ostéome à la suite d'une rupture musculaire consécutive à de violents efforts pour se maintenir en selle. Dans une observation de Thiriar, le sujet avait trente-six ans; dans une autre de Salesque, trente-cinq ans; dans celle de Tartière, vingt-huit ans, dans celle de Ramonet, quarante-huit ans.

L'ostéome se montre dans trois circonstances : 1° à la suite d'une contraction musculaire exagérée, quand il s'agit d'un cavalier; le côté droit semble être le plus souvent atteint, ce qui s'explique naturellement par l'énergie plus considérable de la contraction musculaire de ce côté. De plus, la rupture initiale siège toujours alors dans un lieu d'élection qui est le voisinage de l'insertion pubienne des adducteurs.

2° A la suite d'une contusion, tel est le cas de Schmit, celui de Demmler, celui d'Oriou, celui que nous rapportons, il n'y a pas alors de lieu d'élection.

3° A la suite de frottements répétés. C'est ce qui a été observé dans le cas de Labrevoit et dans celui de Cordillot, où l'ostéome était bilatéral; le frottement s'exerçant également à la partie interne des deux cuisses, rien de surprenant à ce que les deux côtés soient intéressés. Schmit a rapporté un troisième cas d'ostéome bilatéral, mais dans celui-ci, il y avait eu comme lésion initiale une double rupture musculaire.

L'ostéome se rencontre toujours dans le segment supérieur des membres, bras, épaule, cuisse; jamais nous ne l'avons trouvé signalé à la jambe ou à l'avant-bras.

Pathogénie. — Nous touchons ici à une question des plus délicates, qui attend encore une solution définitive. Trois opinions ont été formulées pour expliquer le développement de ces tumeurs :

1° On a supposé que l'épanchement sanguin consécutif au traumatisme pouvait s'organiser et donner naissance à du tissu osseux.

2° On a admis l'intervention d'une myosite ossifiante, dans laquelle le tissu cellulaire intra et périmusculaire jouait le principal rôle et subissait la transformation cartilagineuse puis osseuse.

3° On a fait intervenir le périoste et la moelle périostique, attribuant le processus d'ossification à la migration au milieu des parties molles de parcelles du périoste détachées par le traumatisme.

Sans prendre parti pour l'une quelconque de ces théories, voyons si les faits peuvent nous fournir à cet égard quelques indications. Une observation de Ramonet, citée plus haut, semble plaider en faveur de la première. Nous voyons, en effet, que l'intervention pratiquée, dans ce cas, permet d'arriver dans une poche qui paraissait avoir contenu un épanchement sanguin et dans laquelle on trouva, au milieu d'un liquide séreux, trois noyaux osseux et un caillot. Mais nous ne saurions rien conclure de ce fait, en contradiction avec les données de l'histogenèse, qui se refuse à admettre la transformation directe du sang en tissu osseux (Lyot).

La théorie qui fait jouer un rôle au périoste a en sa faveur cette particularité que les tumeurs siègent en général au voisinage des os et y adhèrent dans quelques cas. Dans l'observation que nous avons rapportée, la formation de l'ostéome a coïncidé manifestement avec un travail du côté du périoste, ainsi que le démontraient les frottements rugueux que l'on percevait en mobilisant la tumeur sur les parties profondes. Mais cette théorie ne saurait tout expliquer. Il est certain que, dans un certain nombre de cas, il faut admettre l'intervention d'une inflammation chronique d'une nature particulière succédant à des frottements répétés. C'est la seule explication admissible dans les observations de Labrevoit et de Cordillot, la seule également que l'on puisse accepter dans les cas d'ostéome du deltoïde rencontrés chez les fantassins.

Il résulte donc des considérations précédentes qu'il ne semble pas actuellement possible de formuler une théorie s'appliquant à l'ensemble des faits. En tout cas, il est bien remarquable de voir avec quelle rapidité l'ossification survient quelquefois. Dans notre observation, le diagnostic put être porté avec certitude, le dix-neuvième jour après le traumatisme; dans celle d'Oriou, l'ossification est constatée dès le onzième jour; les deux opérés de Boppe l'ont été six semaines après l'accident, etc.

Traitement. — Sur les dix observations rapportées par Favier, il n'y a eu que deux interventions. Schmit dans son mémoire n'en relate que quatre. Dans les treize cas que nous rapportons, on est intervenu huit fois. L'intervention, en effet, sera pratiquée de plus en plus à l'avenir; faite antiseptiquement, elle est inoffensive et facile. En ayant soin de se tenir constamment contre l'os pendant la dissection de la tumeur, on n'a rien à craindre dans la plupart des cas et en affrontant ensuite très exactement les

surfaces cruentées, la réunion immédiate est de règle. On peut donc poser en principe que l'extirpation de ces tumeurs devra presque toujours être pratiquée.

REVUE DE LA PRESSE

Tabes d'origine traumatique. — Le docteur Richard Lammers (d'Erfurt) attire notre attention sur un nouveau cas de tabes, dû au traumatisme. Hitzig, en 1894, en avait déjà rassemblé 59 cas, sur lesquels il n'en voulait retenir que 11.

Le cas dont il s'agit concerne un bûcheron âgé de quarante-neuf ans, père de plusieurs enfants sains. L'homme n'a jamais eu la syphilis, il n'est ni alcoolique, ni fumeur. Le 20 juin 1894, il portait une souche volumineuse; il tombe et ressent immédiatement une douleur vive au niveau de l'épaule gauche. Depuis cette époque, il n'a cessé de ressentir des douleurs dans l'épaule et n'a pu reprendre son travail. Le 15 janvier 1895, le médecin constate, à la face dorsale de l'épaule gauche, une surface indurée, douloureuse à la pression, longue de 10 centimètres, sur 3 ou 4 de large.

En avril 1895, il vient à l'hôpital. On constate un amoindrissement des muscles de l'épaule gauche, qui sont animés de contractions fibrillaires. Le réflexe rotulien est conservé bien que faible.

En mai l'ouïe s'affaiblit, le malade entend des bruits anormaux, ses pupilles ne réagissent plus à la lumière, mais seulement à l'accommodation. Il présente manifestement le signe de Romberg. Les mesures prises sur le membre blessé sont inférieures de 1 centimètre à 5 millimètres, aux mesures prises en avril. Le réflexe rotulien est faible, mais encore conservé.

Vers le milieu de juin, les réflexes rotuliens disparaissent complètement; le malade a l'attitude et la démarche d'un ataxique. Dans l'intervalle étaient apparus des troubles de la sensibilité. Du mois de juin 1895 au mois de juin 1897, les symptômes de la maladie n'ont fait que s'accentuer.

L'auteur fait remarquer que cette observation doit être comptée au nombre de celles qui démontrent la possibilité d'un tabes d'origine traumatique, car il satisfait aux conditions exigées par Morton Prince, pour rendre acceptable l'étiologie du traumatisme en pareil cas. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1897, p. 777.)

Du meilleur mode d'estimation de la tension artérielle. — Kauffmann (de Birmingham) préconise dans la recherche de la tension sanguine, au moyen du doigt, une méthode qui rappelle le principe du sphygmographe. On exerce avec le doigt, sur la paroi artérielle, une pression strictement suffisante pour sentir les battements du pouls au maximum; la pression du doigt nécessaire pour arriver à ce résultat mesure la tension. Les résultats fournis par cette méthode seraient plus exacts et plus faciles à obtenir qu'avec la méthode habituelle. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, p. 835, 1897.)

Un cas d'invagination intestinale chez un enfant. Mort en vingt-quatre heures. — Le docteur Chevey (de New-York) rapporte l'histoire d'un enfant âgé de six mois, habituellement bien portant, qui, tout d'un coup, fut pris de douleurs vives dans le ventre, et de vomissements accompagnés de plusieurs selles peu abondantes muco-sanguinolentes. Le pouls bat à 140.

Malgré tous les soins, l'enfant meurt le lendemain avec une température élevée. A aucun moment, l'auteur ne put sentir de tumeur abdominale.

A l'autopsie, invagination de l'iléon qui, franchissant la valvule iléo-cæcale, vient faire hernie dans le cæcum, sur une longueur de 9 centimètres environ. Au-dessus du point obstrué se trouve une certaine quantité de liquide clair, mélangé de caséine coagulée.

L'auteur estime qu'en pareil cas, la gravité du mal autorise l'emploi de grandes irrigations, administrées à l'enfant tenu par les jambes la tête en bas, et endormi sous le chloroforme; et la laparotomie, si ces grands lavements ne suffisent pas. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1897, n° 34.)

Méthode de diagnostic du diabète par l'examen du sang. — Le principe de la méthode repose sur la propriété qu'a le sang d'un individu diabétique de prendre une coloration spéciale par l'addition d'une certaine quantité d'une solution chaude de bleu de méthylène alcalinisée.

La méthode du docteur Williamson consiste à mélanger, dans un tube à essai, 40 centimètres cubes d'eau et 20 centimètres cubes du sang à examiner, en y ajoutant 1 centimètre cube d'une solution aqueuse de bleu de méthyle à 1/6000 et 40 centimètres cubes d'une lessive de potasse d'une densité de 1058, équivalent d'une solution à 6/100.

Dans un autre tube, l'auteur fait, avec un sang ne contenant pas de sucre, une préparation analogue devant servir de point de comparaison; il met les deux tubes au bain-marie pendant trois ou quatre minutes. Le tube qui contient le sang diabétique prend une coloration jaune, tandis que la teinte du tube témoin ne se modifie pas.

L'auteur a examiné le sang de 111 individus, dont 11 diabétiques. Le sang de ces derniers a seul donné un résultat positif et il l'a donné chaque fois. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, n° 33, p. 850, 1897.)

Cas rare d'auscultation obstétricale. — Meyer (de Zurich), cherchant à ausculter les bruits du cœur du fœtus chez une parturiente secondipare, au cours d'un travail qui s'effectuait sans incident, entendit au-dessus de la symphyse une série de battements de coups frappés au nombre de 250 à 300 par minute. Ces bruits étaient plus faibles que ceux du cœur de l'enfant et relativement très superficiels; ils étaient distincts les uns des autres. A une série de dix à quinze coups, succédait une pause d'une seconde environ. Les bruits du cœur réguliers étaient au nombre de 128 par minute. Il n'y avait pas d'illusion possible au dire de Meyer.

L'enfant vint au monde en parfait état; il pesait 3700 grammes, mais il eut pendant quelques secondes un mouvement rapide de va-et-vient du maxillaire inférieur, interrompu tous les dix ou quinze coups par une courte pause.

L'auteur conclut de cette observation que les signes d'auscultation entendus par lui à travers les tissus maternels avant l'accouchement devaient être provoqués par un mouvement du maxillaire, analogue à celui qu'il venait de constater sur l'enfant après la naissance. (*Wien. Klin. Woch.*, n° 34, p. 772, 1897.)

P. VIOLLET.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Traitement de la néphrite interstitielle (HUCHARD).

De temps en temps un purgatif: 15 grammes d'eau-de-vie allemande ou 1 à 2 verres d'Hunyadi-Janos.

Régime: lait, légumes, quelques œufs, presque pas de viande, toujours bien cuite, pas faisandée. Éviter les bouillons, poissons surtout de mer, conserves, charcuterie sauf le jambon, salaison, gibier, fromages forts, boissons alcooliques.

Donner 3 à 4 cachets de:

Benzo-naphtol. . . . . 1 gramme.

Pendant vingt jours, chaque mois prendre :

Iodure de sodium ou de calcium. 30 à 50 centigr.

Guérison des brûlures par le permanganate de potasse.

Nous avons relaté récemment l'usage qui pourrait être fait de l'acide picrique pour la guérison des brûlures. Mais cet acide a des inconvénients chimiques. M. Albert Nodon, dans la *Revue internationale de l'électricité*, indique comment on peut le remplacer avec avantage par une dissolution concentrée de permanganate de potasse. L'auteur a eu occasion d'employer souvent ce remède, dans des cas de brûlures produites, par exemple, par des circuits électriques fortement chauffés, et il a pu constater chaque fois les heureux résultats produits par son application. Il est nécessaire d'appliquer la solution de permanganate le plus rapidement possible, après l'instant de la brûlure; cette application doit être faite pendant plusieurs minutes. La partie malade prend alors une coloration noire, produite par le peroxyde de manganèse, la sensation vive de cuisson cesse presque aussitôt et, un jour ou deux après le traitement, les tissus détruits se sont reconstitués et toute trace de l'accident a disparu. (*Progr. méd.*)

Contre les hémorroïdes (Kossoberdckji).

1° Chrysarobine	75 centigr.
Iodoforme	30 —
Extrait de belladone.	60 —
Vaseline	15 grammes.

Appliquer cette pommade, à l'extérieur, deux ou trois fois par jour.

2° Chrysarobine	8 centigr.
Iodoforme.	2 —
Extrait de belladone	1 —
Beurre de cacao.	1gr80

Pour un suppositoire. (*Gaz. hebd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — MM. Chauffard, Launois, Duguet, Faure, Blum, Quénu et Demoulin ont accepté de faire partie du jury.

MM. Guyon, Lebreton et Porak n'ont pas encore fait connaître leur décision.

— *Concours de l'externat.* — Le jury est définitivement constitué de la façon suivante :

MM. Mosny, Renon, Caussade, Claisse, Mauclaire, Thiéry, Guillemain et Demelin.

— Par décret, en date du 24 septembre 1897, les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 1er octobre 1897, et ont reçu les affectations ci-après :

MM. Costa, pour l'hôpital militaire de Marseille ; — Brun, pour le 58e d'infanterie ; — Bertelé, pour le 9e chasseurs à cheval ; — Conte, pour l'hôpital militaire de Versailles ; — Dejouany, pour le 97e d'infanterie ; — Jacquemin, pour le 4e chasseurs à cheval ; — Grall, pour le 19e d'infanterie ; — Camus, pour le 27e bataillon de chasseurs à pied ; — Trutié de Vaucresson, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; — Perrin, pour le 23e d'infanterie ; — Gauthier, pour le 4e bataillon de chasseurs à pied ; — Séguinaud, pour l'hôpital militaire de Versailles ; — David de Drézigué, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; — Cassan, pour le 7e d'infanterie ; — Fadeuilhe, pour le 17e d'artillerie ; — Bourcier, pour l'hôpital militaire de Versailles ; — Boudriot, pour le 45e d'infanterie ; — Guignot, pour le 39e d'artillerie ; — Théaulon, pour le 30e d'infanterie ; — Rabuson, pour l'hôpital militaire de Toulouse ; — Thollon, pour le 12e chasseurs à cheval ; — Duffau, pour le 1er d'infanterie ; — Baills, pour le 94e d'infanterie ; — Mendy, pour le 23e dragons ; — Brisard, pour le 2e d'infanterie ; — Duméry, pour l'hôpital militaire de Lille ; — Faideau, pour le 114e d'infanterie ; — Biérer, pour le 15e bataillon de chasseurs à pied ; — Martin, pour le 22e d'infanterie ; — Folly, pour le 77e d'infanterie ; — Pinet, pour le 136e d'infanterie ; — Paul, pour l'hôpital militaire de Rennes ; — Navas, pour le 139e d'infanterie ; — Taste, pour l'hôpital militaire de Rennes ; — Roufflandis, pour l'hôpital militaire de Marseille ; — Le Bihan, pour l'hôpital militaire de Bourges ; — Baron, pour le 96e d'infanterie ; — Ehrmann, pour le 154e d'infanterie ; — Vignal, pour l'hôpital militaire de Bourges ; — Picon, pour le 133e d'infanterie ; — Julia, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons ; — David, pour l'hôpital militaire de Nancy ; — Thiébaut, pour l'hôpital militaire de Nancy ; — Dickson, pour le 73e d'infanterie ; — Pélissié, pour l'hôpital militaire de Lille ; — Wagon, pour le 147e d'infanterie ; — Angué, pour le 138e d'infanterie ; — Fache, pour le 9e bataillon de chasseurs à pied ; — Gabrielle, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied.

— Par décision ministérielle, en date du 28 septembre 1897, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Favier, pour le 14e bataillon de chasseurs à pied ; — Campos-Hugueney, pour le 28e bataillon de chasseurs à pied.

M. le médecin aide-major de première classe Duron est maintenu au 158e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Consignations pour examens qui se passent en sessions. — I. *Ancien régime.* — *Premier examen de doctorat.* — 1° Session d'octobre 1897 : Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 11 et 12 octobre 1897. La session aura lieu du 25 au 30 octobre 1897.

2° Session de janvier 1898 : Seront seuls admis les élèves-docteurs ayant échoué en juillet et en octobre 1897. La cinquième et la sixième inscriptions seront délivrées en janvier 1898, aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1897, et acquitté les droits réglementaires (40 francs). Les consignations seront reçues les 20 et 21 décembre 1897. La session aura lieu du 3 au 8 janvier 1898.

3° Session de juillet 1898 : Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 20 et 21 juin 1898. La session aura lieu du 4 au 9 juillet 1898.

Deuxième examen (*première partie*). — Session de mars à mai 1898 : Seront admis tous les candidats pourvus de dix inscriptions au moins, non périmées, ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 7 et 8 mars 1898. La session commencera le 16 mars 1898.

Deuxième examen (*deuxième partie*). — Session de novembre 1897 à janvier 1898 : Seront admis les candidats pourvus de douze inscriptions. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 4 octobre 1897 au 11 janvier 1898. Les candidats seront appelés quinze à vingt jour après la date de leur consignation. La quatorzième inscription (ancien régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus à la deuxième partie du deuxième examen.

Examens de fin d'année (*Officiat*). — 1° Session d'octobre 1897 : Seront seuls admis les élèves officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1897 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté. Les consignations seront reçues les 11 et 12 octobre 1897. La session aura lieu du 25 au 30 octobre 1897.

2° Session de juillet 1898 : Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, quatre, huit ou douze inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 13 et 14 juin 1898. La session commencera le 27 juin 1898.

N.-B. — MM. les élèves officiers de santé sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

II. *Nouveau régime.* — *Premier examen de doctorat.* — Session de mars à mai 1898 : Seront admis les candidats pourvus de six inscriptions, ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 3, 4 et 5 mars 1898. La session commencera le 16 mars 1898.

Deuxième examen de doctorat. — Session de novembre 1897 à janvier 1898 : Seront admis les candidats pourvus de huit inscriptions. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 4 octobre 1897 au 11 janvier 1898. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La dixième inscription (nouveau régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus au deuxième examen.

III. *Avis aux candidats ajournés.* — Les candidats au deuxième examen de doctorat (deuxième partie), ancien régime, et au deuxième examen de doctorat, nouveau régime, ajournés avant le 13 février 1898, pourront se présenter de nouveau pendant la session qui aura lieu du 9 au 28 mai 1898. Ils devront consigner les 25 et 26 avril 1898. En cas de nouvel échec, ils pourront bénéficier de la session indiquée ci-dessous (§ 2) pour les candidats ajournés au deuxième examen (première partie), ancien régime, et au premier examen, nouveau régime.

Pour les candidats ajournés au deuxième examen de doctorat (première partie), ancien régime, et au premier examen de doctorat, nouveau régime : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 13 juin); 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 13 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai; à partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 15 mai et avant le 29 mai.

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront les 23, 24 et 31 mai inclusivement, dernier délai. Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 29 mai, consigneront les 13 et 14 juin inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec.

N.-B. — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3), pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jacquet (de Saint-Julien, Savoie); Maheut (de Caen); Rizet, ancien médecin de l'armée.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


BENZOATE DE NAPHTOL
GRANULÉ
FRAUDIN


CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE-ROYA
Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
Pre LACHARTRE
19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORROÏDES
HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

N° 115. — JEUDI 7 OCTOBRE 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 7 OCTOBRE 1897. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question du rôle pathogénique des poussières dans les appartements, et surtout dans les locaux habités par des collectivités, tels que les casernes, les hôpitaux, les écoles, les ateliers, prend chaque jour plus d'importance, et les observations de maladies infectieuses transmises par ces poussières se multiplient. Il appartenait aux médecins de l'armée d'étudier cette question si importante dans les casernes. M. Kelsch a lu, sur ce sujet, un mémoire qu'il a fait en collaboration avec M. Simonnin. Les faits bien observés qui servent de base à ce travail montrent, une fois de plus, qu'en dehors de la fièvre typhoïde et du choléra, qui se transmettent le plus souvent par l'eau de boisson, la plupart des autres maladies infectieuses, telles que les fièvres éruptives, la diphtérie, la pneumonie, et surtout la tuberculose, naissent très fréquemment de germes contenus dans les poussières.

Pour ce qui est des casernes, le commandement s'est vivement préoccupé de cette question et, après maintes recherches, on a choisi, comme remède à ce danger, la coaltarisation des planchers pour en obtenir l'imperméabilité. Mais, au dire de M. Laveran et de M. Kelsch lui-même, ce moyen serait encore insuffisant. Il faudrait faire plus. Il faudrait supprimer les planchers. M. Laveran a demandé que l'Académie émît un vœu dans ce sens. La question est assez importante pour mériter d'être étudiée très sérieusement.

M. Busquet a communiqué à l'Académie une note fort intéressante sur la transmissibilité des oreillons de l'homme au chien.

M. Olaya Laverde a lu un travail sur le traitement de la lèpre par la sérothérapie. Ce travail, renvoyé à l'examen de MM. Besnier et Hallopeau, sera sans doute l'objet d'un rapport.

HOPITAL SAINT-LOUIS

Rupture traumatique de l'artère axillaire; ligature des deux bouts; sphacèle consécutif du membre; désarticulation de l'épaule; guérison.

Par M. DEROCQUE, interne des hôpitaux.

Les observations de déchirures de l'artère axillaire sont relativement rares, surtout maintenant qu'il n'est plus question, pour réduire des luxations de l'épaule, de faire opérer des tractions par quinze ou seize personnes, comme dans le cas de Calender, et il nous a paru intéressant de publier l'observation suivante, recueillie dans le service de notre maître, M. le docteur Richelot :

Le 13 février 1897, à huit heures du matin, on amène à l'hôpital Saint-Louis le cocher G..., âgé de vingt-deux ans, qui venait de tomber de son siège et avait eu l'épaule écrasée par un camion.

A son entrée à l'hôpital, on constate que l'épaule gauche est extrêmement tuméfiée, les téguments du moignon de l'épaule, de toute la région mammaire et de la région scapulaire sont fortement contus, ecchymotiques. La partie antérieure de l'aisselle bombe, soulevée par un volumineux épanchement, le mamelon gauche est projeté en bas et en avant, l'avant-bras et la main du même côté sont froids et légèrement violacés, le pouls radial n'est perceptible sur aucune artère du bras, ni de l'avant-bras, tandis que, du côté opposé, on le sent nettement très fréquent et un peu faible.

Pas le moindre œdème du membre; insensibilité à peu près absolue de tout le bras, l'avant-bras et la main gauche, sans qu'aucune zone paraisse plus spécialement atteinte.

Le membre est complètement inerte, l'axe du bras est dirigé en haut et en dedans, l'épitrochlée regarde en arrière, le coude étant un peu éloigné du tronc.

Les mouvements provoqués sont extrêmement douloureux. Par la palpation du creux et de la paroi antérieure de l'aisselle, il est impossible, en raison de l'épanchement, de sentir la tête, mais la palpation profonde permet de sentir, à travers une collection fluctuante, la cavité glénoïde qui est vide.

Immédiatement après l'entrée du malade, MM. Bouset et Mantoux, externes du service, ont nettement entendu un bruit de souffle au niveau de la saillie pectorale. Une demi-heure après, il était impossible de percevoir de nouveau ce souffle.

M. Richelot, qui voit le malade à ce moment, est d'avis d'immobiliser simplement le membre en faisant une compression douce, tout en surveillant le malade, et nous donne

le conseil d'intervenir le soir ou le lendemain matin, si l'épanchement paraît augmenter.

A quatre heures un quart, nous voyons le malade, dont l'épanchement a considérablement augmenté; le sein est projeté en bas et en avant, le creux sus-claviculaire est remplacé par une saillie. En arrière, l'épanchement s'étend en nappe dans les deux tiers de la région thoracique. Du côté du bras, il paraît s'étendre jusqu'au tiers moyen.

En présence de ces symptômes, nous pensons devoir intervenir et chercher à lier les deux bouts de l'artère. Comme il n'y avait pas de plaie et que, d'autre part, nous ne savions pas où avait eu lieu la rupture, il nous a semblé indiqué de fendre la paroi antérieure de l'aisselle par une incision analogue à celle de Delpech, de façon à nous rendre compte absolument des dégâts, et lier, si besoin en était, une collatérale lésée. Sachant que notre maître M. Nélaton, pour une plaie de l'axillaire par balle de revolver, avait pratiqué cette opération après soulèvement de la sous-clavière, nous avons procédé d'une façon analogue.

Aidé de nos collègnes, Zeimet et Lesné, nous recherchons, non sans peine, la sous-clavière, l'épanchement sanguin ne permettant même pas de sentir la clavicule. Après avoir trouvé l'artère (qui est peu volumineuse), nous plaçons un fil de soie dont les deux bouts sont maintenus dans les mors d'une pince à crémaillère.

Un peu en dedans de l'interstice pectoro-deltoïdien (apprécié par à peu près), nous faisons une incision analogue à celle de M. Nélaton, fendant la paroi antérieure de l'aisselle. Il y a une attrition assez considérable du grand pectoral et du deltoïde qui se montre dans la plaie. A ce moment, la sous-clavière est soulevée et nous incisons successivement le grand pectoral et l'aponévrose coraco-clavi-axillaire. Aussitôt après la section de cette aponévrose, on aperçoit le bout supérieur de l'axillaire, dont la rupture siège à la partie tout à fait inférieure de l'artère, bien au-dessous du bord inférieur du petit pectoral, auquel nous n'avons pas été obligé de toucher. L'artère est dénudée sur une étendue de 4 à 5 centimètres et baigne dans le sang. Évacuation de nombreux caillots et d'une faible quantité de sang épanché, la plus grande partie étant infiltrée de tous côtés. Une ligature est mise sur le bout supérieur et le bout inférieur est recherché. Après l'avoir trouvé, il est lié et, à ce moment, le fil qui soulevait la sous-clavière est enlevé. Aussitôt on voit le bout supérieur de l'axillaire animé de battements. Quelques gouttes de sang viennent sourdre de la tranche de section des muscles, mais il semble qu'il n'y ait eu aucune artériole d'ouverte. La paroi est reconstituée rapidement, au catgut pour les aponévroses et les muscles et au crin pour la peau. Du côté de l'aisselle, une large ouverture est laissée, par laquelle passe un très gros drain.

La plaie résultant de la recherche de la sous-clavière est suturée, puis la tête humérale remise en place. Pansement.

L'opération ayant duré assez longtemps (cinquante minutes de narcose) et le blessé ayant perdu beaucoup de sang avant l'intervention, une injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum est pratiquée immédiatement.

Le 14. Le membre supérieur est froid, bleuâtre, il y a quelques mouvements convulsifs de la face et du bras droit. Le malade, très indocile, a dérangé un pansement qui est refait. Depuis la veille une quantité assez notable de sang, infiltré dans les tissus, s'est vidée dans le pansement. Douleur très forte dans l'épaule gauche. Dans le courant de la journée, injection intraveineuse de 800 grammes de sérum.

Le 16. L'avant-bras, la main et les doigts du côté gauche sont de couleur ardoisée, on voit une phlyctène sur la face dorsale de l'annulaire. Il existe une sensibilité appréciable au niveau du bras et obtuse au niveau de l'avant-bras et de la main.

La température du membre gauche semble plus élevée que le premier jour, mais paraît de beaucoup inférieure à celle du membre du côté opposé. Les plaies sus-claviculaire et axillaire sont en très bon état, l'état général bon. Le membre, saupoudré de poudre Championnière, est entouré d'ouate.

Le 19. Le sphacèle qui, hier, ne remontait que jusqu'à quatre travers de doigt du pli du coude, arrive aujourd'hui au pli du coude. La température qui, jusqu'ici, n'avait pas dépassé 37°5, est montée hier soir à 39°5, et ce matin est restée à 39°2. Pouls (radiale droite), 110. Langue couverte. État général beaucoup moins bon que la veille.

Une nouvelle intervention est refusée avec énergie par le malade.

Le 20. La température reste toujours élevée, la main, l'avant-bras et la partie inférieure du bras sont couverts de phlyctènes, la plaie axillaire commence à suppurer et prend une teinte livide, les fils sont enlevés.

Le 21. Le malade se décide à l'intervention et à neuf heures du soir nous pratiquons la désarticulation, nous servant de la plaie de la paroi antérieure de l'aisselle, sur l'extrémité inférieure de laquelle vient tomber une incision circulaire horizontale.

La plaie, qui a très mauvais aspect, est touchée à l'eau phéniquée forte et les lèvres sont simplement maintenues par trois fils, le reste de la plaie restant largement ouvert et drainé par des compresses bouillies.

Dans les jours suivants la température s'abaisse progressivement, malgré une suppuration abondante et un peu de sphacèle des bords de la plaie.

Le 30 avril. Le malade sort de l'hôpital complètement guéri depuis quelque temps déjà, et n'attendant que son appareil prothétique pour s'en aller.

Ce cas nous a paru devoir être publié pour plusieurs raisons:

D'abord nous pensons que c'est le second blessé chez lequel, pour rupture de l'axillaire, on a employé le procédé de Dolbeau-Ch. Nélaton, ensuite à cause du sphacèle qui a suivi la ligature des deux bouts.

Quelle que soit la cause de la rupture de l'axillaire (traumatisme, plaie, anévrysme), les moyens dont le chirurgien dispose sont :

I. La compression.

II. La ligature au-dessus de la rupture, suivant la méthode d'Axel.

III. La ligature des deux bouts de l'artère — méthode rationnelle.

De toutes ces méthodes, la compression est celle qui est à la portée de tous les praticiens, et qui est de beaucoup la plus facile à exécuter, mais c'est un moyen très infidèle, qui échoue la plupart du temps. On devra toujours y avoir recours pour tâcher d'éviter au blessé les risques d'une intervention assez grave, mais le malade devra être surveillé attentivement, et pour peu que le sang continue à s'épancher, il faudra se décider pour l'opération.

La ligature de la sous-clavière exécutée par Dupuytren, Adams, pour des anévrysmes anciens, a été surtout préconisée par Le Fort (1), qui la préférait à la ligature des deux bouts, à laquelle il a fait les reproches suivants :

1° La recherche des deux bouts de l'artère divisée peut s'accompagner d'hémorragie considérable (hémorragie mortelle dans les cas de Roux et de Desault).

2° Pour lier les deux bouts de l'artère dans la plaie qu'on agrandit (ou en créant une plaie s'il n'en existe pas), on fend une partie de la paroi antérieure de l'aisselle et on va

(1) Le Fort. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, vol. VII, p. 841, art. AXILLAIRE.

ainsi au-devant de la gangrène, en coupant l'acromio-thoracique, les branches du grand et du petit pectoral. A l'appui de cette objection, Le Fort publie des statistiques qui semblent la corroborer.

A propos d'une observation de plaie de l'axillaire, M. Nélaton (1) a défendu la ligature des deux bouts de l'artère rompue, et nous nous permettrons seulement de résumer ses arguments :

1° On peut se mettre à l'abri de l'hémorragie en commençant par soulever la sous-clavière, comme l'avait déjà entrevu Dolbeau (2).

2° La fente de la paroi antérieure de l'aisselle n'expose pas à la section de vaisseaux pouvant servir à la circulation collatérale.

α. Lorsqu'on fait sur le cadavre une incision commençant à 2 centimètres de la clavicule et à 7 centimètres de l'articulation sterno-claviculaire, et se dirigeant en bas et en dehors, on arrive sur le paquet vasculo-nerveux sans avoir rencontré aucun vaisseau de calibre. Seule l'acromio-thoracique naît de la face antérieure au-dessus du bord supérieur du petit pectoral. Il suffit de la récliner en haut pour éviter sa blessure.

A ceci je me permettrai d'ajouter que, ni dans le cas de M. Nélaton ni dans le mien, il n'y eut d'écoulement sanguin notable, ayant nécessité une ligature sur les tranches de section.

β. Sur le cadavre, si on pratique d'un côté une ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes et si, du côté opposé, après avoir fendu la paroi antérieure de l'aisselle, on lie l'axillaire à sa partie moyenne au-dessous de l'acromio-thoracique, l'injection passe dans l'humérale de ce côté par les anastomoses de la sus-scapulaire avec la sous-scapulaire, tandis qu'elle ne passe point du côté où la sous-clavière a été liée.

γ. Reprenant les statistiques de Le Fort, M. Nélaton a montré que la plupart des cas de sphacèle après ligature de l'axillaire étaient dus à l'infection (cas de Desault, de Larrey, chez le blessé duquel le pouls radial avait reparu, de Bœckel, de Maunoir) et que, dans un cas de Bickersteth, non seulement on avait lié l'axillaire, mais plusieurs autres vaisseaux de l'aisselle.

Depuis la période antiseptique, 6 observations ont été publiées avec 5 guérisons et 1 mort (cas de Poncet).

Nous ajouterons que le diagnostic des ruptures de l'axillaire est quelquefois très difficile : il est impossible de préciser le siège exact de la lésion et d'affirmer qu'il n'y a pas de rupture d'une collatérale. Dans tous ces cas, on peut avoir continuation de l'hémorragie, soit par le bout inférieur, soit par une branche collatérale. Ce n'est pas là une simple considération théorique et, dans la statistique même de Le Fort, nous voyons deux observations (XXXIV et XXXVII), dues à Hutin et à Lohmeyer, où la continuation de l'hémorragie est expressément notée.

Par conséquent, ligature sûre du ou des vaisseaux (cas de Nélaton) lésés, absence d'hémorragies secondaires, conditions favorables de rétablissement de la circulation collatérale, tels sont les avantages de la ligature des deux bouts, et bien que, dans notre cas, il y ait eu gangrène du membre, nous serions prêt, dans un cas analogue, à tenir la même conduite.

(1) Nélaton. *Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 9 mai 1888.
(2) Dolbeau. *Dict. encycl. des sc. méd.*, vol. II, p. 348, art. aisselle.

Nous avons recherché chez notre malade les causes du sphacèle et nous croyons pouvoir affirmer que, pour plusieurs raisons, il était inévitable, quel que soit le traitement employé.

1° Il y avait attrition des muscles et de la paroi antérieure de l'aisselle et de la région scapulaire, par conséquent les vaisseaux pouvant servir au rétablissement de la circulation du membre devaient être plus ou moins lésés, ce qui était déjà une mauvaise condition ;

2° Et surtout le siège de la rupture artérielle était tel, qu'il ne pouvait y avoir de circulation collatérale entre le bout supérieur et le bout inférieur.

A ce propos, nous rappellerons quelques détails sur la circulation collatérale du membre supérieur.

L'artère axillaire fournit cinq branches collatérales :

1° L'acromio-thoracique qui naît sur son côté antérieur et dans sa première portion. Elle s'anastomose avec la première intercostale et avec les rameaux antérieurs de la mammaire interne (ces anastomoses existent surtout à la partie moyenne du grand pectoral) ;

2° L'artère thoracique inférieure qui s'anastomose avec les divisions antérieures des intercostales ;

3° L'artère scapulaire inférieure, la plus volumineuse des branches collatérales de l'axillaire, dont la branche externe s'anastomose largement avec la scapulaire postérieure et la scapulaire supérieure ;

4° et 5° Les circonflexes qui s'anastomosent entre elles, mais qui n'ont aucune relation avec les divisions de la sous-clavière et de ses branches.

Quant aux branches de l'artère humérale, elles ne s'anastomosent pour ainsi dire pas avec celles de l'axillaire. A peine voit-on quelques très grêles rameaux unissant la sous-scapulaire à l'humérale profonde.

Pour nous rendre compte de l'importance de la circulation collatérale par la voie des scapulaires, avec notre collègue et ami Veau, nous avons fait des injections au plâtre après avoir placé une ligature au-dessus de la scapulaire inférieure et voici ce que nous avons trouvé :

La *thoracique inférieure* est bien injectée (ce qui doit être *a priori*).

La *scapulaire inférieure* est injectée en partie ; sa branche *thoracique* n'est généralement pas injectée, tandis qu'au contraire, *sa branche scapulaire*, et plus spécialement la branche postérieure qui contourne le bord externe de l'omoplate entre les insertions des ronds, est généralement bien injectée. Les artères du sous-scapulaire et du petit rond sont bien injectées, ainsi que celles de la face superficielle du sous-épineux ; les anastomoses entre la sus-scapulaire et la sous-scapulaire sont assez nombreuses et volumineuses.

Les *circonflexes* sont très peu injectées.

C'est donc surtout par la branche scapulaire de la sous-scapulaire que se rétablit la circulation collatérale en cas de ligature de l'axillaire au-dessus de l'origine de la scapulaire inférieure.

Nous avons cherché également avec notre ami Veau à injecter des sujets, après avoir lié l'axillaire d'un côté au-dessus de la scapulaire inférieure, et de l'autre au-dessous de cette même artère. Malheureusement, les sujets que nous avions à notre disposition avaient reçu une injection conservatrice, et il y avait dans les vaisseaux un magma formé par le sang et le liquide d'injection, magma dont des fragments venaient obstruer les artères même d'un volume con-

sidérable. C'est ainsi que chez un de ces sujets nous avons trouvé une embolie de ce genre dans l'artère fémorale. Dans de telles conditions et avec de telles causes d'erreur, bien que d'une façon générale nous ayons vu la circulation se rétablir plutôt du côté où la ligature était jetée au-dessus de la scapulaire inférieure, nous n'avons pas voulu faire entrer en ligne de compte ces expériences.

Néanmoins, il nous paraît bien évident que le pronostic des ruptures de l'axillaire varie avec le siège de la lésion. A ce point de vue on peut diviser le trajet de ce vaisseau en deux zones.

La première s'étend de la clavicule jusqu'à quelques millimètres au-dessus de l'origine de la scapulaire inférieure. Toute lésion de l'artère dans cette zone est relativement bénigne. On peut lier les deux bouts de l'artère divisée et la circulation collatérale se rétablit avec une facilité relative par les anastomoses périscapulaires (et thoraciques, si la lésion existe à la partie tout à fait supérieure du vaisseau).

La deuxième zone dangereuse, située au-dessous de l'origine de la scapulaire inférieure. Tout arrêt de circulation dans cette zone sera presque fatalement suivi de sphacèle du membre supérieur, étant donné l'absence à peu près absolue d'anastomoses entre le système artériel situé au-dessus de la lésion et le système artériel sous-jacent à celle-ci.

Nous aurions voulu rechercher si la clinique venait à l'appui de ce que nous avançons et si le pronostic des lésions de l'axillaire s'est montré plus sombre lorsque ces lésions étaient situées à la partie inférieure du vaisseau. Malheureusement, la plupart des observations sont incomplètes sur ce sujet, et bien rarement le siège exact de la blessure a été noté; c'est une lacune que nous ne pouvons combler.

REVUE DE LA PRESSE

Anesthésie par le protoxyde d'azote pendant l'accouchement. — M. A. Rakhmanoff rapporte, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Moscou, 13 observations d'anesthésie au gaz hilarant, d'après le procédé de Klikowitch. Le protoxyde d'azote présente sur les autres anesthésiques cet avantage que le malade reprend connaissance dès qu'il cesse de l'aspirer. Cependant, à l'état pur, ce gaz est assez dangereux; d'autre part, inhalé avec de l'air, il ne provoque pas l'anesthésie; mais si on fait respirer ce mélange sous une pression telle que la quantité de protoxyde pur qui arrive dans le poumon soit la même qu'avec l'aspiration de ce gaz seul sous pression normale, on obtient une anesthésie complète sans que pour cela la parturiente coure le moindre danger. On peut également employer le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène.

L'auteur a recouru avec succès à cette anesthésie, proposée en obstétrique pour la première fois par Klikowitch, dans 13 cas; la durée de l'anesthésie était de deux à sept heures; la quantité de gaz absorbé était de 180 à 700 litres, suivant les cas; jamais il n'a eu le moindre accident à déplorer. D'après Klikowitch, non seulement ce gaz n'entrave pas les contractions utérines, mais il les rend encore plus régulières.

Infection généralisée par des cysticerques. — Il s'agit, dans le cas intéressant rapporté par M. Hagen-Torn, d'un ouvrier de quarante-deux ans, soigné il y a cinq ans pour une épistaxis grave ayant nécessité le tamponnement. Il y a un an, il était soigné pour une affection fébrile mal déterminée, avec diarrhée, sueurs et hypertrophie de la rate; pendant les cinq premiers jours, la fièvre atteignait le soir 39 degrés, puis était revenue peu à peu à la normale.

Depuis cette époque, le malade, qui était d'ailleurs alcoolique, avait souvent des accès épileptiformes, avec perte de connaissance, revenant à des intervalles irréguliers. Il fut de nouveau amené à l'hôpital en 1896, à l'occasion d'un de ces accès; lorsqu'il reprit connaissance après l'accès, il ne se plaignait d'aucun trouble, notamment il ne semblait pas avoir eu des troubles de vue; sur sa demande il sortit le lendemain. Dix jours après, il tomba dans le coma et succomba quelques heures plus tard, sans avoir repris connaissance. Voici ce que l'on constata à l'autopsie :

La dure-mère adhérait par place à la pie-mère hyperhémiée.

Le long des vaisseaux cérébraux on voyait un nombre infini de vésicules de cysticerques, de dimensions variables (du volume d'un pois à celui d'une fève). D'autres se trouvaient dans la substance grise du cerveau et faisaient parfois saillie à la surface. Dans les ventricules et sous la pie-mère cérébelleuse, il y avait de la sérosité sanginolente. A la surface inférieure du cerveau, il y avait jusqu'à quarante vésicules; on en trouvait aussi à la face antéro-interne des corps striés, où elles faisaient saillie dans la cavité des ventricules. Quelques vésicules se trouvaient également dans les muscles pectoraux, dans le diaphragme et dans le poumon gauche; leur nombre était beaucoup plus élevé à la surface extérieure du cœur, où à leur niveau existaient des lésions de réaction inflammatoire, et surtout dans l'épaisseur du muscle cardiaque. La rate, très augmentée de volume, ne contenait qu'une seule vésicule à sa surface.

Ainsi donc, il y avait chez ce malade un véritable envahissement du cerveau et du cœur par les cysticerques, et cependant ils n'avaient presque pas donné lieu à des troubles caractéristiques, car les accès épileptiformes pouvaient aussi bien être dus à l'alcoolisme. (*Ejenedelnik*, 1896, n° 42.)

S. BROÏDO.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des principaux accidents de l'urémie.

M. Le Gendre, dans une communication à la Société de médecine pratique, donne les conseils suivants :

A. — *Aux accidents éclamptiques*, qui paraissent liés à l'excitation anormale des cellules cérébrales, on oppose les médicaments antispasmodiques et sédatifs : les inhalations de chloroforme, le chloral et les bromures administrés en lavement. Nous n'oserions employer l'antipyrine, comme Lecorché et Talamon, à cause de la propriété que cette substance paraît avoir de diminuer l'excrétion urinaire. La compression des carotides a joui, vous le savez, d'une certaine vogue. Les bains chauds et les emmaillotements chauds sont usités.

B. — *Au coma* on oppose les injections sous-cutanées de caféine et d'éther, les inhalations d'oxygène.

C. — *La dyspnée* doit être combattue par des moyens différents suivant sa cause. Avec Gaucher et Gallois on peut distinguer :

La dyspnée foudroyante de l'œdème aigu du poumon : ventouses sèches multipliées sur le thorax, saignée, oxygène, nitrite d'amyle, iodure d'éthyle, trinitrine, et surtout injection de morphine, qui agit en calmant l'affolement nerveux du malade et dont il ne faut pas trop redouter dans ce cas l'effet d'ordinaire fâcheux sur la sécrétion rénale;

La dyspnée chronique à paroxysmes vespéraux de l'urémie lente, où la saignée n'est plus indiquée, mais où la morphine peut encore rendre des services si on l'emploie avec prudence et surtout quand tout espoir de guérison est perdu, et qu'il n'y a plus qu'à adoucir les derniers jours du malade.

La dyspnée asystolique, quand le cœur fléchit : — toniques du cœur, digitale, caféine, théobromine :

La dyspnée mécanique résultant de l'hydrothorax ou de l'hydropéricarde, qu'on s'efforce de combattre par les diurétiques, les drastiques ou les ponctions aspiratrices.

D. — *Les accidents gastro-intestinaux.* Aux vomissements on oppose la glace, la potion de Rivière, l'eau de Seltz, le champagne frappé, etc. Une ou deux gouttes de créosote (Brault) ou de teinture d'iode (Bartels) dans une cuillerée d'eau, l'eau oxygénée, l'eau chloroformée, l'acide lactique (2 à 6 grammes, Lecorché et Talamon), ou les boissons chaudes abondantes, le lavage de l'estomac (Hayem). Dans les cas où la fermentation d'urée dans l'estomac était attestée par l'odeur de l'haleine et la présence d'ammoniaque dans l'air expiré, Frerichs a employé l'eau chlorée ou l'acide benzoïque.

La diarrhée incocercible est combattue par les hautes doses de bismuth et de craie, l'acide lactique, le nitrate d'argent en pilules.

Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.

M. le docteur J. Chéron indique, dans la *Revue de thérapeutique des maladies des femmes*, l'usage de l'acide picrique en lavements, qui doit être employé de la manière suivante :

Le matin à jeun, la malade prendra un lavement d'un litre d'eau boriquée (une demi-cuillerée à soupe d'acide borique représente la quantité d'acide borique suffisante pour un litre), qui entraînera les matières ovillées et détachera de la paroi intestinale les concrétions membraneuses adhérentes. Après avoir été à la selle, la malade prendra un quart de lavement contenant une cuillerée à café de la solution suivante :

Acide picrique.	1 gramme.
Eau distillée.	120 grammes.

Ce dernier lavement doit être gardé.

L'acide picrique ainsi employé combat directement la lésion en modifiant promptement les épithéliums altérés, ce qui explique son efficacité toute particulière.

THÉRAPEUTIQUE

Contre les sueurs des phtisiques.

Acétate de plomb cristallisé . . .	5 centigr.
Extrait de gentiane.	Q. S.

Pour 1 pilule.

On peut prescrire, sans inconvénient, jusqu'à 4 ou 5 pilules par vingt-quatre heures. (*Presse méd.*)

Note sur la préparation de la pommade à l'aristol (F. Paucier).

La préparation de la pommade à l'aristol présente quelque difficulté à cause de l'état moléculaire de ce corps, qui s'agglomère sous le pilon et forme des grumeaux lorsqu'on l'incorpore directement avec la vaseline.

La préparation se fait au contraire régulièrement, et le mélange est intime lorsqu'on a la précaution de triturer l'aristol avec de l'huile de vaseline.

L'emploi de l'huile de vaseline, qui est un produit neutre, devrait se généraliser dans les préparations où l'on doit incorporer une substance pulvérulente. (*Gaz. méd. de Picardie.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 octobre 1897. — Présidence de M. Caventou.

RAPPORT

De la transmissibilité des oreillons de l'homme au chien. — M. Laveran fait un rapport sur une note adressée par M. Busquet et dont voici le résumé :

Au commencement de juillet dernier, M. Busquet fut atteint des oreillons. Le 28 du même mois, son chien, grand levrier russe, âgé de quatre ans, animal robuste et qui n'avait jamais été malade, devient triste et abattu. Le lendemain, même état général, mais en plus la pression est très douloureuse au niveau de l'articulation temporo-maxillaire et il existe une légère tuméfaction de la région parotidienne. Ces accidents s'affirmèrent les jours suivants et M. Boudeaud, vétérinaire à Bordeaux, porta le diagnostic d'oreillons.

Le 5 août la guérison était complète.

Des ensemencements faits sur gélose et sur sérums gélatinisés avec de la salive recueillie le 1er août à l'orifice du canal de Sténon, donnèrent des cultures de diplo-streptocoques. L'examen direct de la salive montra, en outre, que la salive buccale était très riche en diplocoques, en streptocoques et en leptothrix.

M. Busquet pense que son chien, qui a la mauvaise habitude de lécher les crachats, a été contagionné par eux et qu'il a eu, comme son maître, les oreillons.

M. Busquet rappelle que dans un travail antérieur, fait en collaboration avec M. Ferré, de Bordeaux, il avait donné l'observation d'un chien qui, inoculé avec le diplo-streptocoque des oreillons de l'homme, fut atteint d'une tuméfaction de la région parotidienne qui suppura. Mais cette parotidite paraît devoir être récusée comme argument à l'appui de la transmissibilité des oreillons au chien, précisément parce qu'elle fut suppurée.

Plusieurs autres observateurs affirment avoir constaté cette transmissibilité. Toutefois, beaucoup de vétérinaires, des plus autorisés, déclarent ne l'avoir jamais constatée. M. Busquet a entrepris, en 1875, avec le docteur Catrin, des recherches sur ce sujet, mais les résultats ont toujours été négatifs. Le diplo-streptocoque trouvé par M. Busquet dans la salive du chien diffère du diplocoque qu'il a décrit en 1893 avec M. Catrin et qui a été retrouvé par Antony, Mecray et Wolsh, Lemoine, Michaëlis et Bein; c'est un diplo-streptocoque voisin du streptocoque banal de la salive, et non pathognomonique des oreillons.

Quoi qu'il en soit, les conclusions de M. Busquet appellent des travaux nouveaux sur la question si intéressante de la transmissibilité d'une affection qui a paru jusqu'à présent spéciale à l'homme.

Du rôle pathogénique des poussières. — M. Kelsch, en son nom et au nom de M. Simonnin, lit un travail sur ce sujet dont voici la conclusion :

Les observations et les recherches expérimentales qui font l'objet de cette note viennent s'ajouter à celles déjà nombreuses du même genre, qui ont été publiées dans ces dernières années. Elles contribuent à montrer que le sol de nos habitations recèle des causes d'infection aussi puissantes que l'eau de boisson. En réalité, en dehors de la fièvre typhoïde et du choléra, qui se transmettent si souvent par ce dernier véhicule, la plupart des autres maladies

communes, telles que les fièvres éruptives, la diphtérie, la pneumonie et surtout la tuberculose, naissent presque toujours de germes conservés dans les poussières quand elles ne reconnaissent pas pour origine la contagion directe.

Cette proposition est surtout applicable aux habitations des collectivités, aux établissements d'instruction publique, aux ateliers des grandes villes, aux hôpitaux, aux casernes. Le danger d'explosion des maladies infectieuses est permanent dans ces milieux; ce n'est pas une exagération d'avancer qu'on s'y meut sur un vaste champ de culture microbienne qui s'ensemence incessamment de tous les germes qu'y dépose le mouvement des masses, et que ce foyer de pullulation d'infiniment petits, qu'on appelle l'entrevous, est toujours prêt à rendre au centuple ce qu'il a reçu des groupes qui se pressent à sa surface. Nous estimons que nombre de maladies infectieuses qui se développent dans les casernes sans y avoir été importées toutes faites par la contagion, naissent des poussières où sommeillent des germes déposés par des épidémies antérieures ou par les chaussures qui portent avec elles les traces de leur contact avec les souillures des écuries et des latrines.

Cette notion est devenue banale en épidémiologie militaire. Partout la sollicitude vigilante du commandement, éclairée par la science et incitée par les tendances progressistes du médecin de l'armée, poursuit parallèlement le double problème de la pureté des eaux de consommation et de l'asepsie des surfaces sur lesquelles vivent les groupes. En même temps qu'elle réduisait à son minimum le danger des maladies d'origine hydrique, en soumettant à des procédés d'épuration artificiels les eaux de provenance impure ou suspecte, elle s'efforçait de supprimer, par les moyens les plus rationnels, les souillures de l'atmosphère non moins dangereuses que celles de l'eau de consommation.

Les préoccupations du service de santé à l'égard des surfaces habitées se sont traduites par des mesures multiples qui, sans doute, n'ont pas atteint la perfection, mais qui dépassent du moins ce qui a été tenté ailleurs dans cet ordre de choses. Réfection des planchers que leur vétusté et leur longue imprégnation microbienne rendent plus particulièrement dangereux, remplacement de ceux-ci sur de nombreux points par des systèmes spéciaux qui en facilitent le traitement aseptique, suppression ou du moins désinfection fréquente et radicale des entrevous, enfin imperméabilisation des planchers par des substances qui sont à la fois oblitérantes et désinfectantes par rapport aux souillures qu'ils reçoivent; tels sont les actes par lesquels l'hygiène militaire lutte avec une inébranlable conviction, et non sans de réels succès, contre les causes morbigènes qui naissent pour ainsi dire sous les pas des habitants de nos casernes.

L'imperméabilité des planchers, réalisée dans un grand nombre d'habitations militaires, compte déjà plusieurs années d'application, et on pourrait apporter maintes preuves de la préservation qu'elle confère à l'égard des chances d'infection dans les chambrées.

Pratiquement, elle a traversé des périodes d'hésitation, de tâtonnement, d'étude, pour aboutir, en définitive, au procédé de la coaltarisation, d'un usage aujourd'hui très répandu dans l'armée. C'est de tous celui qui concilie le mieux les exigences de l'hygiène avec celles de la stricte économie.

La coaltarisation a soulevé çà et là des critiques, mais les inconvénients qu'on lui a reprochés sont moins imputables à elle-même qu'à des fautes commises dans son exécution par des mains inexpérimentées, fautes qui en compromettent parfois le résultat, mais dont les conséquences ne sauraient, en bonne justice, être mises à sa charge. Peu importe d'ailleurs le procédé : l'essentiel est que le but et la portée de l'opération soient compris et reconnus de tous. Sous ce rapport, l'expérience de ces dix dernières années n'a fait que fortifier la croyance des médecins militaires au rôle pathogénique des poussières recelées par les planchers, et leur foi dans l'action de toute mesure capable de protéger ceux-ci contre la pénétration de celles-là.

M. LAVERAN s'est, comme M. Kelsch, occupé de cette question des dangers présentés par les souillures des planchers dans les casernes. Il estime qu'il importe d'y apporter un remède efficace. L'imperméabilisation au coaltar n'est pas suffisante. Le plancher coaltarisé reste encore un danger. En outre, ce moyen est souvent mal appliqué et ne l'est même pas du tout dans certaines casernes. Il serait à désirer que l'Académie émît un vœu pour demander un remède plus radical, c'est-à-dire la suppression des planchers dans les casernes et dans tous les locaux habités par des collectivités.

M. KELSCH fait observer qu'il n'a voulu traiter que la question de principe relative aux dangers des souillures du plancher des casernes. Chemin faisant, il a parlé du remède actuellement employé, c'est-à-dire de la coaltarisation avec oblitération des fissures du plancher. Mais M. Kelsch se rallie au vœu exprimé par M. Laveran.

LECTURE

Traitement de la lèpre par la sérothérapie. — M. OLAYA LAVERDE lit un travail dont voici le résumé :

On sait que la lèpre ne peut être transmise aux animaux au moins à l'état de maladie ayant ses caractères ordinaires.

Nous avons choisi comme animaux d'expérience l'âne, la chèvre et le mouton. Aux uns, nous avons injecté 80 grammes de sang lépreux frais, le lendemain 100 grammes de sérum d'un lépreux robuste. La réaction fut nulle chez les animaux.

A une autre série d'animaux, nous inoculâmes 15 grammes de sang provenant de l'extirpation de lépromes et 25 grammes de lépromes triturés dans de l'eau passée ensuite sur un linge.

L'expérience fut d'abord faite sur un bouc. L'animal eut une réaction violente. Six à huit jours après, nous saignâmes l'animal et son sérum frais fut injecté aux malades. Ce sérum semble beaucoup plus actif que le premier. L'animal a pu en fournir pendant trois mois.

Injecté comparativement aux malades, le sérum d'âne non vacciné ne donne presque aucun résultat, au contraire celui du bouc inoculé donna des effets très marqués. Ce sérum fut injecté frais aux lépreux à la dose de 5 à 20 centimètres cubes tous les deux jours.

Quatre à six heures après l'injection, réaction fébrile extrêmement marquée durant quelques heures, parfois sueurs profuses et éruptions ortiées.

Soixante malades ont reçu de trente-cinq à quarante injections. Les symptômes lépreux se sont toujours considérablement amendés, les infiltrations se sont résorbées, les indurations ont diminué, la pigmentation s'atténue, les tubercules se résorbent ou fondent rapidement; après suppuration, la cicatrisation se fait très vite.

Les ulcères étendus se détergent. L'anesthésie cutanée disparaît, la peau reprend son aspect ordinaire, les douleurs disparaissent. Les parésies musculaires s'amendent rapidement, les articulations reprennent leur jeu normal.

Les muqueuses se détergent. Le changement est tel que les malades perdent leur aspect typique et semblent guéris. Ces faits se rapportent surtout aux malades qui sont à la deuxième période de la lèpre.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 18 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

— Par décret, en date du 29 septembre 1897, sont promus dans le corps de santé militaire, au grade de médecin aide-major de première classe, pour prendre rang du 1er octobre 1897, et maintenus à leur poste actuel, les cinquante-deux médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent :

MM. Schneider, à l'hôpital militaire d'Oran; — Richon, au 28e d'infanterie; — Sallet, au 131e d'infanterie; — Masure, au 25e dragons; — Mainguy, au 10e d'artillerie; — Legrand, au 54e d'infanterie; — Bory, au 18e dragons; — Oui, au 43e d'infanterie; — Peyroux, au 110e d'infanterie; — L'Homme, au 18e d'infanterie; — Coullaud, au 7e chasseurs à cheval; — Lamoureux, au 1er chasseurs à cheval; — Léon, au 24e dragons; — Couraud, au 6e d'infanterie; — Gault, au 60e d'artillerie; — Carrey, au 11e chasseurs à cheval; — Collet, au 4e hussards; — Ponsot, au 1er d'artillerie; — Mauviez, au 113e d'infanterie; — Caziot, au 95e d'infanterie; — Renard, au 12e dragons; — De Lauwereyns de Roosendaele, au 15e chasseurs à cheval; — Guichard, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Viallet, au 12e bataillon de chasseurs à pied; — Douzans, au 17e d'infanterie; — Mélot, au 8e chasseurs à cheval; — Ligouzat, aux hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Pignet, au 35e d'artillerie; — Dehoey, au 10e dragons; — Bonthoux, au 23e bataillon de chasseurs à pied; — Defoug, au 55e d'infanterie; — Boucarut, au 122e d'infanterie; — Léniez, au 4e cuirassiers; — Gautrand, au 116e d'infanterie; — Denis, au 6e cuirassiers; — Stéfani, au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Picqué, au 148e d'infanterie; — Poullain, au 17e chasseurs à cheval; — Opin, au 2e chasseurs à cheval; — Bar, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Challiol, au 152e d'infanterie; — Miramond, au 91e d'infanterie; — Ravé, au 150e d'infanterie; — Paul, au 2e bataillon de chasseurs à pied; — Gras, au 31e dragons; — Gerbaux, au 1er dragons; — Bontemps, au 11e cuirassiers; — Lascoutx, au 26e bataillon de chasseurs à pied; — Saint-Martin, au 17e bataillon de chasseurs à pied; — Gallot, au 20e bataillon de chasseurs à pied; — Bailby, au 44e d'infanterie; — Augarde, au 28e bataillon de chasseurs à pied.

— Les écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières ouvriront leurs cours : 1° pour les infirmières, à la Salpêtrière, le mercredi 6 octobre, à huit heures du soir; 2° pour les infirmiers et infirmières, à l'hôpital de la Pitié, le jeudi 7 octobre, à huit heures du soir; 3° pour les infirmiers et infirmières, à l'hôpital Lariboisière, le vendredi 8 octobre, à huit heures du soir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Cystocèles herniaires.

Par le docteur DE BOVIS, professeur suppléant à l'École de médecine de Reims.

Définition. — Nous n'entendons décrire que les hernies de la vessie dans les régions herniaires et nous laissons de côté les cystocèles vaginales.

La cure radicale des hernies s'est tellement vulgarisée que tout opérateur doit être prévenu des incidents qui la peuvent marquer. La rencontre de la vessie en est un et les nombreuses observations publiées depuis peu montrent qu'elle n'est point exceptionnelle.

Historique. — L'histoire des cystocèles date de Verdier (1) qui en fit une étude très complète basée sur 20 observations. Mais l'honneur de leur première mention remonte à J.-D. Sala (1520).

Pendant un siècle, la cystocèle ne suscite aucun travail nouveau. Les classiques ou les dictionnaires reproduisent simplement les traits principaux de la description de Verdier. Cependant, à partir de 1853, les *Bulletins de la Société anatomique* signalent de temps à autre quelques cystocèles (Duchaussoy, Perrin, Piedvache, Gérard-Marchant).

En 1880, Ch. Leroux leur consacre une nouvelle étude, surtout pathogénique. Puis, paraissent les thèses inaugurales ou de concours de de La Barrière (1881), Duret (1883).

A partir du remarquable mémoire de MM. Ch. Monod et Delagénière (1889), les travaux se multiplient : citons spécialement ceux de Lejars, Demoulin, Lardy, Jaboulay et Villard, la thèse de Piquet, en France ; ceux de Gueterbock, Aüe, Postemsky, Curling, Holländer et Monari, à l'étranger. M. P. Berger leur consacre une assez longue étude dans le *Traité de chirurgie* et M. Imbert en fait l'étude la plus complète que nous possédions dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1896).

La cystocèle crurale, presque oubliée depuis Verdier, a revu le jour avec les recherches de Schoonen, Guépin, U. Guinard, Legrand.

(1) VERDIER. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, t. II, Paris 1753.

Nous nous bornons à cette simple énumération, car nous retrouverons en pathogénie ou en anatomie pathologique les phases principales de cet historique.

I

CYSTOCÈLES INGUINALES

Étiologie. — FRÉQUENCE. — Nous en avons recueilli près de 80 observations, auxquelles nous pouvons en joindre 6 autres tirées de la pratique de notre maître, M. le professeur Decès. Mais ce chiffre ne nous renseigne pas sur la fréquence relative de ces hernies. Sur 275 cures radicales, M. J. Lucas-Championnière en a rencontré 2 cas. M. le professeur Decès en a vu 5 sur un total d'environ 150 kélotomies et une sixième au cours d'une opération d'Alexander (1). Sur 143 opérations, M. le médecin principal Delorme trouve 3 cystocèles. Enfin Monari (2) en rencontre 6 sur 227.

AGE. — Exceptionnelle dans l'enfance ; nous ne connaissons en effet que les cas de P. Pott, Kummer, Félizet. Chez les jeunes gens de vingt à vingt-cinq ans, elle est encore très rare ; M. Delorme ne l'a vue qu'une fois dans 133 opérations. La statistique que nous avons dressée ne comprend que ce cas et un autre : deux au total.

A partir de quarante ans, elle devient de plus en plus commune : dans la proportion des cinq sixièmes. Et cette fréquence semble augmenter avec l'âge, car nous trouvons à peu près les mêmes chiffres dans les trois périodes décadaires comprises entre quarante et soixante-dix ans.

SEXE. — Notre statistique ne comprend que sept femmes.

CÔTÉ. — Contrairement à l'opinion de M. Imbert, qui admet une égale fréquence, nous trouvons que le côté droit est le plus souvent atteint : 3 fois sur 5. Dans les cas de Jaboulay (3) et Sébileau (4), la cystocèle est double.

HERNIES. — La cystocèle est simple ou combinée à une hernie.

La cystocèle simple paraît la plus fréquente. Dans 30 cas sur 54, il n'y avait pas de hernie ou le sac péritonéal n'en contenait pas (5).

(1) Kümmer a fait pareille rencontre (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1893, p. 483).

(2) MONARI. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1896, n° 2.

(3) JABOULAY. *Lyon méd.*, 1895, t. LXXVIII, p. 288.

(4) SEBILEAU. In Th. Picquet, Paris 1893-94, p. 40.

(5) Il est vrai d'ajouter que, si l'intestin est absent au moment de l'opération, cela ne veut pas dire qu'il n'y en ait jamais eu. Cependant, la cystocèle paraît avoir été absolument pure dans 18 cas.

Dans la cystocèle compliquée de hernie, il s'agit presque toujours de hernies acquises et très rarement de hernies congénitales. Ces hernies sont, en même temps, anciennes, volumineuses et irréductibles, dans la majorité des cas.

CYSTOCÈLES OPÉRATOIRES. — Demoulin (1), Lardy et Kocher (2) pensent que la cystocèle est souvent le résultat des tractions opérées sur le sac, lors de la cure radicale. Il y aurait cependant quelque exagération à vouloir généraliser beaucoup cette remarque.

AFFECTIONS DIVERSES DU PETIT BASSIN. — Dans l'étiologie de la cystocèle, il faut encore signaler les catarrhes vésicaux chroniques, le prostatisme [Jaboulay (3)], le rétrécissement de l'urèthre [Hedrich (4)], les calculs (?). Chez la femme, on incrimine plus spécialement la grossesse, les tumeurs pelviennes : fibrome, par exemple (Lejars).

Nous laissons de côté les conditions étiologiques des hernies en général, qu'on rencontre ici comme dans les hernies simples.

Anatomie pathologique. — Nous étudierons successivement la vessie, les rapports de la cystocèle, l'état des tissus ambiants.

1° LA VESSIE. — a. *Le corps.* — La vessie est assez souvent épaissie ou à colonnes (E. Bœckel, Jaboulay, Pilz, Duchaussoy, Imbert). Plus généralement, elle est amincie, offrant des cellules ou diverticules. Holländer (5) insiste à nouveau et tout particulièrement sur ce fait.

Le corps de la vessie occupe sa place habituelle : ce n'est que dans quelques cas vraiment monstrueux qu'elle est presque entièrement prolabée dans la région inguinale. Le col de la vessie, l'urèthre sont alors tiraillés et remontés au-dessus du niveau du détroit supérieur ou bien se coudent sur la branche pubienne (Leroux). Les uretères sont également tiraillés; dans le cas de M. Jaboulay, ils faisaient partie de la hernie vésicale, ainsi que la prostate.

b. *La cystocèle* est la portion herniée de la vessie. Tantôt, il s'agit d'un diverticule en doigt de gant à peine marqué : c'est la « pointe de hernie vésicale » (Ch. Monod et Delagénière). Tantôt il s'agit d'une tumeur aussi grosse qu'une orange ou même qu'une tête d'enfant (Krönlein). Elle est séparée du corps de la vessie par un étranglement, correspondant à l'anneau inguinal, et qui est d'autant plus apparent que la cystocèle est plus longue et plus volumineuse. Vessie et cystocèle constituent alors une tumeur bilobée. La zone étranglée est parfois si rétrécie qu'une sonde recourbée ou une injection, poussées par l'urèthre, ne peuvent arriver jusque dans le diverticule vésical (Ch. Monod, Postemsky).

Le diverticule vésical occupe le trajet inguinal ou les bourses, descendant plus ou moins bas, selon le cas. Sa face antérieure est souvent recouverte par un sac péritonéal, avec ou sans intestin ; sa face postérieure repose sur les tissus pelviens. Sa base est à l'anneau et son sommet s'avance plus ou moins loin dans le trajet inguinal ou les bourses.

(1) DEMOULIN. *Union méd.*, 1893, n° 19.
(2) Cité par Lardy, *Rev. de chir.*, 1896.
(3) On incrimine ce facteur un peu de confiance. Il n'est que rarement signalé, et il y aurait lieu de le rechercher à l'avenir. Mais l'âge avancé du plus grand nombre des malades et quelques constatations anatomiques légitiment assez cette opinion.
(4) HEDRICH. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1890.
(5) HOLLÆNDER. *Berlin. klin. Wochens.*, 1896, n° 42.

c. *Structure de la cystocèle.* — Les parois sont amincies et friables, rarement épaissies [Schwartz (1), Duchaussoy, Whalter (2), Imbert].

d. *Contenu de la cystocèle.* — On y trouve de l'urine en plus ou moins grande abondance, normale ou altérée, et quelquefois des calculs.

2° RAPPORTS. — a. *Avec le péritoine.* — Jaboulay et Villard distinguent, à ce point de vue, trois groupes :

α. *Cystocèles rétropéritonéales* (3). — Ce sont celles qui plongent dans le tissu cellulaire prévésical ou rétropéritonéal et qui ne sont pas en relations directes avec le péritoine. Elles sont en général simples (19 fois sur 23) et peu volumineuses. Il y a cependant des exceptions ; dans le cas de de Larrabrie, les trois quarts de la vessie avaient passé dans le canal inguinal.

β. *Cystocèles parapéritonéales* (4). — Elles sont recouvertes par le péritoine, mais sur leur face antérieure et externe seulement. Sortant de l'abdomen en même temps que la vessie, le péritoine se réfléchit sur son extrémité inférieure, pour remonter en face d'elle et rentrer dans le ventre. Il y a donc, à côté de la vessie, un sac péritonéal, vide ou habité. Tantôt, sac et vessie sont simplement accolés; tantôt la soudure est si intime — et c'est le cas le plus commun — que les deux organes ne peuvent être séparés sans que l'un ou l'autre ne soit déchiré. C'est la vessie qui l'est le plus souvent. Dans ces cas d'adhérences, la cystocèle fait relief sur la face postérieure et interne du sac, en sorte que la première impression est qu'il existe un second sac péritonéal.

γ. *Cystocèles intrapéritonéales.* — Le diverticule vésical plonge ici tout entier dans une poche péritonéale et la cystocèle possède ainsi un sac complet. Elles sont très rares et assez volumineuses (Krönlein, Leroux, Whalter).

b. *Avec les hernies.* — Nous avons dit qu'il existe des cystocèles pures. Le plus souvent, il y a à la fois hernie et cystocèle. La hernie est ancienne, volumineuse, irréductible, et, comme telle, contient assez souvent du gros intestin : S iliaque, cæcum et appendice, côlon ascendant [Leroux, P. Broca, Thiriar (5), E. Bœckel (6)]. L'observation de Lejars est remarquable par la présence de la trompe utérine. D'après Ch. Leroux et Imbert, la cystocèle semble protéger jusqu'à un certain point l'intestin contre l'étranglement.

Le sac herniaire, c'est le péritoine qui tapisse en même temps les cystocèles para ou intrapéritonéales. Il est exceptionnel de trouver deux sacs [Sébileau (7)].

L'épiploon, quand il en existe, adhère souvent à la vessie.

c. *Avec les anneaux.* — Les observations ne sont pas très explicites sur ce point. Dans le cas de Justo, il est noté que la vessie sortait par un orifice distinct de celui de la hernie. Dans ceux de Delorme, la cystocèle était *directe*. Il en était ainsi dans un cas par nous observé. Jaboulay et Villard ont trouvé l'artère épigastrique *en dehors* de la cystocèle. Malgré cette pénurie de documents, on peut penser que la vessie

(1) SCHWARTZ. In Th. Privat, Paris 1896, n° 359, p. 100.
(2) WHALTER. Cité par Bourbon, Th. de Paris, 1892.
(3) Nous en avons trouvé 23 cas sur 55, pour ceux où ce classement a été à peu près possible.
(4) 29 fois sur 55.
On peut y joindre 3 nouveaux cas analysés dans les *Ann. des mal. des org. gén.-urin.* de cette année.
(5) THIRIAR. *Gaz. hebd.*, n° 35, p. 411.
(6) E. BŒCKEL. Cité par Hedrich, loc. cit.
(7) SEBILEAU. In Th. Piquet, p. 61.

sort par le même anneau que la hernie, dans les cas de grosses et anciennes hernies : la hernie frayant la route à la cystocèle. Les cystocèles petites ou primitives sortiraient par le chemin le plus court (cas de Delorme et personnel), c'est-à-dire par les fossettes inguinales interne ou moyenne.

3° État des tissus ambiants. — Nous avons déjà signalé les rapports de la cystocèle avec le péritoine. Elle adhère encore, surtout par sa face et son extrémité antérieures, au tissu cellulo-graisseux prévésical qui l'a précédée ou suivie dans son ectopie. Verdier l'avait déjà vu. MM. Monod et Delagénière, Ostermayer (1), Monari ont insisté à nouveau sur cette « lipocèle prévésicale ». M. Lejars ne la trouve signalée que 11 fois sur 18 et dans une observation de Reymond (2), elle manquait complètement. Cependant, depuis le mémoire de Ch. Monod et Delagénière. elle est presque toujours mentionnée. Il ne s'agit pas constamment d'un véritable lipome, comme l'avaient vu ces auteurs et quelques autres [Schwartz (3), Sébileau (4), Delorme (5), Rabineau (6)]. Le plus souvent, on la rencontre à l'état de masse jaunâtre, jaune citron (Ostermayer), lobulée, enveloppée d'une toile celluleuse ressemblant à un sac herniaire, parcourue par de petits tractus vasculaires et fibreux qui lui donnent une certaine densité.

Cette condensation et cette hypergenèse de la graisse, en avant de la vessie, s'explique par l'irritation mécanique que crée la cystocèle et par la péricystite chronique qui existe plus ou moins chez les sujets en puissance de prostatisme.

Le fascia transversalis est refoulé par la hernie vésicale. Généralement atrophié, il peut cependant s'épaissir et se souder à la vessie au point d'en empêcher la réduction (de Larrabrie).

Évolution. — Le diverticule vésical peut-il s'étrangler? Dans une observation de Pilz, il offrait un petit point gangrené. Mais son étranglement aigu doit être cependant assez rare. Le plus souvent, en effet, il n'a pas de sac complet et partant pas de collet, qui est, on le sait, le principal facteur de l'étranglement inguinal.

Pathogénie et physiologie pathologique. — Elle est assez embrouillée, chaque auteur ayant émis la sienne.

Méry en faisait une lésion congénitale. C'est de nos jours l'opinion de Lucas-Championnière (7) : elle trouverait quelque appui dans une observation de Félizet (8), où l'anneau inguinal était malformé. Mais cette pathogénie est sans doute aussi exceptionnelle que la hernie vésicale chez l'enfant.

Verdier distinguait les cystocèles primitives et les cystocèles secondaires. Dans les primitives, la vessie s'insinuait seule dans la couche graisseuse rétropéritonéale; dans les secondaires, elle était entraînée, *par glissement*, grâce aux tractions exercées sur elle par le sac herniaire préexistant.

A ces deux mécanismes, Ch. Leroux est venu joindre celui de la *bascule*. Le sommet de la vessie s'infléchirait en avant, grâce sans doute à des adhérences épiplo-vésicales, et s'engagerait en bloc dans un anneau dilaté, en refoulant devant lui le péritoine qui lui constitue alors un sac complet.

MM. Ch. Monod et Delagénière font jouer un rôle capital au lipome prévésical qui entraîne après lui la vessie, comme le lipome préherniaire entraîne le péritoine.

Pour MM. Jaboulay et Villard le phénomène est presque inverse. Le rôle de la lipocèle se borne à décoller l'une de l'autre vessie et séreuse et à faciliter ainsi la hernie vésicale.

Enfin Nélaton, Duret, Holländer insistent sur le relâchement du muscle vésical et le rôle des diverticules normaux ou pathologiques de la vessie.

Voici, à un point de vue éclectique, avec quelques considérations nouvelles, comment nous comprenons la cystocèle. Elle est le résultat de deux ordres de facteurs : mécaniques et physiologiques.

a. Facteurs mécaniques. — Au point de vue mécanique, on peut distinguer : les cystocèles par reptation, par traction, par intussusception.

1° *Cystocèles par reptation* (1). — Ici, la vessie fait hernie pour son compte, qu'il y ait ou non coexistence de hernie intestinale. Elle rampe en quelque sorte dans l'atmosphère cellulo-graisseuse qui la sépare des orifices inguinaux. On peut, si l'on veut, admettre comme condition adjuvante l'hypothèse de Jaboulay et Villard.

Cette variété répond à la cystocèle primitive de Verdier. Mais rien n'empêche qu'elle soit secondaire (chronologiquement parlant) à une hernie, ou qu'elle ait un revêtement péritonéal partiel. Pour réaliser ce dernier cas, il suffit que le segment vésical hernié soit assez voisin de la portion péritonéale de la vessie pour l'entraîner à sa suite (2).

2° *Cystocèle par traction.* — Dans ce groupe rentre la cystocèle par glissement de Verdier. D'après lui, le sac herniaire tiraille le péritoine pelvien; celui-ci glisse et entraîne à sa suite les organes adhérents, et entre autres la vessie. MM. Monod et Delagénière objectent l'adhérence du collet aux anneaux; c'est vrai pour les petites hernies, mais pour les grosses l'objection est probablement moins fondée; sinon, comment expliquer les hernies par glissement du gros intestin?

M. Gérard-Marchant, notant les adhérences entre la vessie et l'épiploon, se demandait si là n'était pas la cause de la cystocèle. Holländer (3) vient de reprendre cette théorie; les inflammations si communes du péritoine pelvien établiraient des adhérences entre la vessie et les viscères voisins qui l'entraîneraient dans leur déplacement. Mais alors pourquoi la cystocèle est-elle si rare chez la femme? Quant aux adhérences observées, ne sont-elles pas secondaires? On ne les rencontre qu'entre la vessie et le péritoine d'une part, la vessie et l'épiploon d'autre part. Les premières sont normales : c'est la face péritonéale de la vessie qui a rampé

(1) Ostermayer. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1894, 1-2, anal. in *Semaine méd.*, 1894, p. 136.
(2) Reymond. *Bull. de la Soc. anat.*, 1894.
(3) Schwartz. In Th. Privat, Paris 1896, Obs. I.
(4) Sébileau. In Th. Piquet, Paris 1894, p. 61.
(5) Delorme. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, juin 1895, p. 478.
(6) Rabineau. Th. de Paris, 1896, n° 153.
(7) Lucas-Championnière. In Th. Bourbon, Paris 1892.
(8) Félizet. *Hernies inguinales de l'enfance*, Paris 1895.

(1) Le terme « par glissement » serait plus simple et plus juste. Mais, employé par Verdier dans un sens différent du nôtre, il pourrait prêter à confusion.
(2) Jaboulay et Villard ont étudié la *zone décollable* de la vessie et, d'après eux, l'ouraque seul offrirait une résistance marquée. Mais, quand on veut décoller une vessie, on la crève le plus souvent. Delbet (Th. de Paris, 1894) nous enseigne toutes les précautions minutieuses qu'il faut prendre pour opérer sans encombre ce décollement. Nous pensons donc que bien des cystocèles parapéritonéales résultent du mécanisme que nous indiquons.
(3) Hollænder. *Berlin. klin. Wochens.*, 1896, n° 42.

ou qui a été entraîné jusqu'aux anneaux; quant aux secondes, elles n'ont rien de singulier pour qui sait la facilité avec laquelle se greffe l'épiploon ectopié.

Reste enfin la théorie de MM. Ch. Monod et Delagénière, qui pourra trouver son application dans les cas de lipomatose marquée (1).

Qu'il s'agisse d'une cystocèle par traction ou par reptation, le sac est toujours incomplet, quand il existe; il n'en est plus de même dans notre dernière variété.

3° *Cystocèle par intussusception.* — C'est la cystocèle par *bascule* (Ch. Leroux), par *intussusception* (Duret). Pour Ch. Leroux, cette bascule pourrait bien être la conséquence d'une adhérence vésico-viscérale ou épiploïque. En somme, ce serait encore une cystocèle par traction. La seule différence serait qu'ici la vessie, s'engageant par son sommet, refoulerait devant elle le péritoine ou tomberait dans un sac préformé, en sorte qu'elle serait tout entière contenue dans une cavité séreuse.

Ce mécanisme nous paraît douteux. D'abord, rien ne prouve ces adhérences primitives, qui manquent ou ne sont pas signalées dans plusieurs cas de cystocèles par bascule (Krönlein, Whalter, Jaboulay). En second lieu, pour admettre que la vessie se soit engagée *tête baissée et première* dans le trajet inguinal, il faudrait retrouver au fond du sac « l'ombilic ouracal »; on parle bien quelquefois de l'ouraque, mais nullement de la place qu'il occupe. Enfin, la théorie de la bascule paraît peu conforme à la physique : un réservoir ne peut que difficilement basculer sur une base aussi large que l'est la ligne d'insertion du péritoine sur la vessie ; or, c'est là la véritable base de la vessie. De plus, en admettant cette bascule, pense-t-on que la surface tendue, sphérique, de la vessie trouverait à s'engager dans l'anneau inguinal ?

Il faut, en effet, autre chose pour expliquer ces hernies par intussusception : il faut que la vessie devienne diverticulaire. C'est ce segment vésical qui, rompant avec l'harmonie de la surface du réservoir urinaire, peut s'engager dans le trajet inguinal et amener progressivement l'intussusception de l'organe.

b. Facteurs physiologiques. — La vessie, malgré ses alternatives de réplétion et de vacuité, est, en somme, peu mobile. Il ne faut pas croire qu'elle soit en équilibre instable sur sa pointe, c'est-à-dire sur son col. Sa base, au point de vue qui nous occupe, et comme nous venons de le dire, est située beaucoup plus haut, presque au niveau de la réflexion du péritoine sur ses différentes faces. Il faut qu'elle soit fortement distendue pour venir affleurer l'orifice interne du canal inguinal : il est vrai que dans les hernies anciennes, l'orifice interne tend à se rapprocher et à se confondre avec l'externe. Mais une vessie normale et normalement distendue offre, en tous ses points, une surface sphérique supportant des pressions régulières, soit du côté abdominal (intestin), soit du côté de sa cavité (urine). Aussi, ne voyons-nous pas trop comment cette tumeur, régulièrement globuleuse, pourrait se glisser, se *faufiler*, dans un trajet herniaire.

Il n'en est plus de même si sa paroi est amincie, si le tonus élastique de sa musculature est diminué, si son évacuation incomplète laisse d'une manière permanente, en arrière ou au-dessus de la symphyse, une poche flasque et dépressible. Si la paroi est inégalement atrophiée, s'il existe des cellules, il se formera encore plus facilement des « auricules ». Que ces « auricules » viennent se faire pincer entre la paroi et l'intestin, au niveau d'un orifice herniaire, nous en serons au premier stade d'une hernie vésicale (Holländer). Aussi pensons-nous que la cystocèle débute le plus souvent par une *amorce diverticulaire*. La bascule de Ch. Leroux, pour nous, ne commence pas autrement. Mais un facteur qui joue, nous semble-t-il, un rôle capital et que personne ne signale (à notre connaissance), c'est la *pression hydrostatique*. La pression intra-abdominale, dans l'expiration, l'effort, etc., se transmet à la vessie, qui, en vertu du principe de Pascal, la transmet à l'urine. Celle-ci la restitue aux parois vésicales : sont-elles dystrophiées ou amincies, elles se « gauffrent », constituent une cellule, puis un diverticule. C'est encore la pression urinaire qui va maintenir ce diverticule ou auricule contre la paroi inguinale, va en user la résistance, fera progresser la hernie vésicale et constituera finalement, en étirant et en attirant de plus en plus la vessie, ces énormes cystocèles, véritables vessies bilobées.

Ces considérations pratiques et physiologiques expliquent encore pourquoi les malades vident leur cystocèle par la pression manuelle, et dans un second temps mictionnel. Si leur urèthre ne peut plus *siphoner* cette poche, c'est que l'effort vésical et abdominal de la miction se transmet au liquide de la cystocèle, en utilisant la seule voie par laquelle il pourrait sortir, c'est-à-dire le collet du diverticule vésical.

Symptômes. — *a.* Symptômes objectifs. — La région inguinale présente, au niveau de l'orifice externe, une tumeur dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une tête d'enfant ou d'adulte. Mais, dans ce dernier cas, la cystocèle n'est pas seule en cause. Il s'agit, nous le répétons, de sujets mûrs ou âgés, souvent porteurs et depuis longtemps d'une hernie inguinale, qui offre les caractères physiques habituels aux hernies anciennes : volume, irréductibilité ou réductibilité partielle, douleurs, etc. Les cystocèles pures ne dépassent pas, en général, le volume d'un gros œuf (cas de Ch. Monod).

Quand hernie et cystocèle coexistent, quelle est la première en date? à quel moment se fait la descente de la vessie? Les documents cliniques, et pour cause, ne permettent pas de répondre avec précision. Ils semblent cependant en faveur de l'antériorité de la hernie et de la descente relativement tardive de la vessie ; les symptômes urinaires ne se montrent, en effet, qu'assez longtemps après le début de la hernie : plusieurs années quelquefois.

Étudions le cas le plus typique, celui de la hernie compliquée de cystocèle. La peau n'offre aucune modification spéciale en dehors de la distension. Au palper, on trouve les signes habituels de toute grosse hernie : tumeur inguino-scrotale, dilatation des anneaux, réduction difficile et difficilement contentible, sac épaissi contenant des anses à gargouillement sonore, de l'épiploon généralement adhérent. Mais, si la réduction est possible, on constate qu'il reste cependant quelque chose de mollasse, de pâteux, comme un gâteau épais (Lejars), ne présentant pas d'impulsion et occupant la partie la plus interne de l'anneau, dont elle empêche le doigt de sentir nettement le contour (Ch. Monod).

Dans des cas plus typiques, que la hernie soit ou non réductible, on trouve une tumeur lisse, tendue, rénitente

(1) Les cystocèles opératoires sont de véritables cystocèles par traction, les doigts ou les pinces du chirurgien en étant les agents.

comme un kyste, mate à la percussion et subissant dans la journée des variations de volume bien dignes d'attirer l'attention.

Enfin, dans les cystocèles volumineuses, la fluctuation est évidente (Gérard-Marchant, Whalter, Demoulin).

La transparence, rarement cherchée, existait dans le cas de Petit, mais faisait défaut dans celui d'Imbert.

Le toucher rectal, dans les grosses cystocèles, pourra montrer l'ascension ou l'absence de la prostate (Jaboulay). A la vue, on devrait trouver une rétraction du périnée (Ch. Leroux).

b. Troubles fonctionnels. — Ils sont généralement en rapport avec le volume de la cystocèle.

Dans plusieurs cas de cystocèles pures, légères, les troubles fonctionnels sont nuls. Le malade, interrogé, après comme avant l'opération, n'avoue aucun passé urinaire. D'autres fois, on trouve signalé un peu de pollakiurie, quelques douleurs ou tiraillements, voire même de l'hématurie (Ch. Monod et Delagénière).

L'émission des urines n'est vraiment troublée que dans les cystocèles d'assez gros volume. La miction est plus lente : elle se fait en *deux temps*. Il est facile d'en comprendre la raison; la vessie vidée une première fois, et dès que l'effort se suspend, siphone en quelque sorte la poche inguinale et se remplit à nouveau : nouveau besoin et nouvelle miction. C'est une véritable rumination urinaire. Mais quand la cystocèle devient trop grosse ou descend trop bas, l'aspiration vésicale devient insuffisante, et le malade a quelquefois l'heureuse idée de presser sa tumeur de bas en haut pour la vider; celui de Brodier (1) devait même se faire aider par une tierce personne! Dans d'autres circonstances, c'est à l'attitude que s'adressent les malades : ils prennent instinctivement la position horizontale, car le besoin se réveille souvent après une miction, quand ils viennent à se coucher. Leur ingéniosité est parfois sans bornes: tel le malade de Justo qui, pour se débarrasser de ses urines, avait successivement passé par tous les plans de la verticale à l'horizon, pour les parcourir ensuite en sens inverse, et finir par se pendre par les pieds!

Dans les cas extrêmes, il y a de la rétention, soit que le malade ignore ces grandes ou petites manœuvres, soit que la procidence de plus en plus marquée de la vessie détermine le tiraillement et la coudure du col vésical et de l'urèthre (de Larabrie). Le cathétérisme lui-même est alors fort difficile, ou bien il faut enfoncer la sonde très profondément (Gérard-Marchant).

On comprend maintenant pourquoi la tumeur change de volume pendant la journée : elle diminue après la miction, pour augmenter dans l'intervalle. La pression exercée sur elle fait naître le besoin d'uriner ou sourdre quelques gouttes au méat (Gérard-Marchant).

c. Symptômes subjectifs. — Il est difficile de dire s'il en existe. Les douleurs qu'accuse le malade peuvent être aussi bien dues à la hernie qu'à la cystocèle ou à une complication. Cependant, dans une observation de Sébileau (citée par Piquet), le malade vit apparaître une tumeur inguinale, accompagnée de douleurs aiguës, à la suite d'une purgation ; et à l'opération, à côté de la cystocèle, on ne trouva qu'un vieux sac herniaire, deshabité et oblitéré.

(1) Brodier. In Th. Bourbon, Paris 1892.

Marche. — La cystocèle croît progressivement. La hernie, quand elle coexiste, en fait généralement autant. Le bandage herniaire, si le malade en portait, devient insuffisant et douloureux, il est mis de côté.

Au bout d'un certain temps, la cystocèle devient irréductible. L'augmentation de volume de la poche, l'étroitesse du collet diverticulaire, les adhérences sont les facteurs de cette iréductibilité, qui fait partie du tableau clinique de l'affection, beaucoup plus qu'elle ne la complique (Imbert). Nous ne connaissons que l'observation de Piedvache, où le taxis, pratiqué par le malade lui-même, ait pu la réduire.

Complications. Terminaisons. — *a.* Voies urinaires supérieures. — Pendant la vie, les malades accusent parfois des symptômes de cystite, quelques douleurs rénales : on n'y prête pas toujours attention, et à l'autopsie on trouve des lésions de pyélonéphrite avec distension des uretères, du bassinet et hydronéphrose (Gérard-Marchant, de Larabrie, Ch. Leroux, Pilz, Imbert). Dans les cas de Roux et E. Bœckel, les opérés succombèrent à l'anurie, et avec M. Lejars, il est beaucoup plus naturel de mettre ces morts à l'actif d'une pyélo-néphrite, qu'au passif des blessures opératoires vésicales : il s'agissait, en effet, de sujets âgés (soixante et un et soixante-neuf ans). Ces accidents se comprennent aisément : la cystocèle se vide mal et dès qu'elle atteint un certain volume, tiraille les uretères et l'urèthre : la gêne mécanique est souvent aggravée par le prostatisme, si commun chez les sujets âgés, et l'on sait avec quelle facilité se greffent les infections toutes les fois qu'il y a stase ou rétention des sécrétions physiologiques.

b. Calculs vésicaux. — On les trouve dans le diverticule (J. D. Sala, Petit, Buckston, Browne (1), Imbert). Dans le cas de Verdier, il y en avait quatre dans le diverticule et un cinquième dans la vessie. Peut-être s'agit-il souvent de calculs secondaires à l'infection urinaire.

c. L'étranglement. — L'étranglement de la vessie peut se produire, puisqu'elle offrait une petite zone sphacélique dans le cas de Pilz. Mais nous ignorons par quels symptômes il se révèle : nous avons même quelques raisons de penser qu'il n'est pas commun (2). J.-L. Petit prétend que les hoquets et les vomissements seraient plus tardifs. Mais quand une hernie vraie coexiste, comment faire le départ de ce qui revient à chacun?

d. Du côté de la hernie. — Dans la plupart des observations recueillies, les symptômes généraux font penser à l'étranglement herniaire ou à ces pseudo-étranglements, si communs dans les grosses hernies. Il est difficile de dire si la cystocèle joue le rôle de cause prédisposante : on serait tenté de le penser en voyant que beaucoup de ces cystocèles ont été rencontrées dans des opérations d'urgence, où l'on avait d'abord pour but de parer à des accidents d'incarcération. Cependant, sur cinq cystocèles observées par M. le professeur Decès et par nous, la hernie n'était étranglée dans aucun cas.

Diagnostic. — Quand le malade présente des symptômes d'étranglement ou le faisant craindre, il est rare qu'on puisse analyser de près la tumeur. La prudence, qui a

(1) B. Browne. *Clin. Soc. of London*, 24 janv. 1890.
(2) Cf. Anat. path.

éloigné le taxis, ne permet pas davantage des manœuvres exploratrices prolongées. Il ne reste plus, si l'on y pense, que les données commémoratives.

S'il n'y a pas de symptômes d'étranglement, trois cas peuvent se présenter :

1° Rien ne fait supposer une cystocèle. L'interrogatoire du malade est négatif. La tumeur est légère, à peine marquée ; la réductiblité peut faire défaut et ce fait seul, dans un bubonocèle, pourrait éveiller le doute ; mais elle peut être parfaite. Chez un de nos malades, il fallut interrompre la chloroformisation pour le faire tousser et voir la hernie vésicale se reproduire.

2° La cystocèle est possible. Le malade accuse, en effet, des mictions plus fréquentes, un peu de cystalgie et de la lenteur pour uriner. Ces signes sont ordinairement négligés ou on les impute à la hernie existante ou supposée. Mais il est bon de savoir aussi que ces symptômes fonctionnels peuvent égarer le diagnostic en sens inverse (1), sans grand inconvénient d'ailleurs.

Du côté de la tumeur, on trouve une masse pâteuse, irréductible ou réductible en partie. Le diagnostic porté est généralement : entérocèle avec épiplocèle adhérente. L'erreur est difficile à éviter : on se basera surtout sur le siège très interne de la cystocèle, qui fait que, la hernie réduite, il reste un empâtement du pilier interne qu'on ne sent plus aisément (Ch. Monod). En ce point, comme dit M. Lejars, « le palper n'est pas franc. » Kümmer a observé que les éléments du cordon demeuraient unis et disparaissaient en bloc derrière la tumeur, au lieu de s'éparpiller autour d'elle comme dans les hernies. Quand on le peut, on recourra à la cystoscopie [malade de Le Dentu (2)]. M. Piquet conseille la ponction exploratrice ; mais ce procédé doit être ici complètement abandonné.

3° La cystocèle est reconnaissable. Le diagnostic est parfois si évident que le malade lui-même le fait (Justo). La tumeur est fluctuante, diminue après la miction, laquelle se fait en deux temps; la malaxation produit le besoin d'uriner, etc. Rien ne manque au tableau.

Dans d'autres circonstances, les signes existent, mais avec une évidence moindre, et la cystocèle est parfois méconnue. Il faudra donc toujours diriger l'interrogatoire sur le passé urinaire du malade et ne pas attribuer à une hernie ou négliger les différents symptômes qu'il accuse.

L'examen du périnée, le toucher rectal viendront en aide quelquefois pour compléter le diagnostic anatomique. On recherchera aussi s'il n'existe pas quelques calculs, de l'infection urinaire ou une complication herniaire.

Les erreurs de Plater, Guyon (de Carpentras), P. Pott, où la cystocèle fut prise pour une simple tumeur, un abcès ou un kyste, se commettraient de nos jours plutôt en sens inverse.

La transparence de la tumeur, assez malaisée à chercher, ne sera sans doute que rarement observée.

Pronostic. — La cystocèle est à tout prendre une affection bénigne.

Elle expose cependant le malade à des accidents urinaires : rétention, cystite, infection ascendante, calculs secondaires, etc. C'est à eux que sont dues peut-être la plupart des terminaisons fatales. Mais dans bien des cas, la cystocèle n'est pour rien dans l'évolution de ces accidents qui préexistaient.

La blessure de la vessie, très commune à la suite des cures opératoires, n'est grave qu'en raison du « terrain » sur lequel elle évolue. Si le terrain est bon, comme l'a démontré M. Lejars, le pronostic en est singulièrement bénin. Mais elle n'est pas sans conséquences : il se produit une fistule urinaire, plus ou moins lente à se fermer, et quelquefois la cystocèle récidive.

Traitement. — Indications opératoires. — Deux cas se présentent : tantôt il s'agit d'une cystocèle confirmée, tantôt on croit être en présence d'une hernie. Dans ce dernier cas, on accepte généralement les indications telles qu'on les pose de nos jours. Dans le premier, l'intervention nous paraît formelle : les bandages sont insuffisants ou douloureux, l'évacuation vésicale peut devenir imparfaite et l'infection urinaire en être la conséquence ; la tumeur n'a aucune tendance à rétrocéder ou à se réduire par le taxis. La seule précaution à prendre, avant d'opérer, est, s'il y a lieu, d'aseptiser de son mieux malade et urines. Le lavage de la vessie au nitrate d'argent (Guyon), le biborate de soude à l'intérieur, le cathétérisme associé à la compression méthodique de la poche inguinale, seront les principaux éléments de ce traitement pré-opératoire.

Opération. — a. *Cystocèles pures.* — La conduite idéale sera, la vessie une fois reconnue, de la refouler dans le ventre après excision de la « lipocèle prévésicale ». Les anneaux ou le trajet inguinal seront ensuite refaits pour parer à une nouvelle issue de la vessie. M. Schwartz a eu recours avec succès à son procédé myoplastique.

Faut-il réséquer le diverticule vésical de *parti pris?* Delorme, Schwartz (in th. Privat) l'ont fait, et l'on pourra imiter la conduite de ces chirurgiens, si le diverticule est long, friable, adhérent, difficilement réductible. Comme Delorme, il faudrait s'assurer, avant l'excision, que la portion intra-abdominale de la vessie est suffisamment spacieuse.

b. *Cystocèles compliquées.* — Ici on intervient bien souvent avec un diagnostic incomplet. Quel que soit le moment ou le moyen de la reconnaissance de la vessie, on cherchera à la libérer du sac herniaire. Celui-ci sera disséqué, lié et réséqué comme d'habitude. La réfection de l'anneau est aussi nécessaire que dans le premier cas : l'intestin est bien retenu par le moignon sacculaire; mais la vessie, à moins qu'elle ne soit intrapéritonéale, n'a que l'anneau ou le trajet inguinal pour obstacle.

Les adhérences entre le sac herniaire et la vessie sont de deux sortes : fibro-adipeuses ou péritonéales. Les premières se libèrent assez facilement; les secondes ne se détachent, en général, qu'aux dépens de la vessie. Celles-ci doivent donc être en partie respectées, si la cystocèle est petite : le sac libéré aussi haut que possible, et détaché de l'anneau inguinal, entraînera après lui la vessie en rentrant dans le péritoine. Si la cystocèle est volumineuse, les adhérences étendues, il faudrait, ou bien réduire purement et simplement (1), ou bien réséquer la vessie, après que le sac aurait été libéré à ses dépens, c'est-à-dire après la déchirure de la cystocèle.

(1) In Th. de Privat, Paris 1896, n° 359, p. 36.
(2) Cité par Imbert.

(1) Ce qui expose aux récidives (Delorme).

Accident et suites opératoires. — La blessure de la vessie peut être intentionnelle; mais elle est le plus souvent involontaire. Comment l'éviter? comment la traiter, si elle se produit?

a. *Reconnaissance de la vessie.* — L'attention du chirurgien peut être éveillée par plusieurs particularités.

La première est celle qui montre un second sac ou kyste au-dessous ou à l'intérieur du premier. Cette nouvelle tumeur est lisse, fluctuante, parfois bosselée (Berger).

La seconde est la présence de la « lipocèle » avec ses caractères, tels que nous les avons décrits à l'Anatomie pathologique. En la discisant, on tombe sur une poche membraneuse dans laquelle on croit découvrir le sac cherché.

La vessie ectopiée diffère-t-elle d'un sac herniaire? En théorie, la réponse n'est pas douteuse, mais en fait, il en est tout autrement. Sans cela, comment expliquer les méprises des chirurgiens les plus autorisés : Reverdin, P. Berger, Israël, E. Bœckel, etc.? Dans quelques cas, on trouve une masse globuleuse, rougeâtre, molle, ou une grosse tumeur fluctuante, dont la nature ne fait pas doute; mais c'est l'exception. Le plus souvent, on trouve un diverticule aplati, blanchâtre, à parois minces, se perdant dans la graisse qui l'entoure. C'est l'identité de ce diverticule qu'il faut établir. Une sonde uréthrale, une injection vésicale peuvent arriver jusque dans sa cavité; mais si l'orifice de communication avec la vessie est étroit, les deux procédés peuvent échouer. MM. Monod et Delagénière conseillent alors d'ouvrir la cystocèle. Avec M. Lejars, il nous paraît plus logique et moins dangereux d'agrandir l'anneau et d'explorer à la vue et au toucher les connexions de la poche dont on ignore la nature. Le toucher digital par l'anneau, sans débridement, peut être, comme nous l'avons vu deux fois, très suffisant.

Parfois le chirurgien s'arrête à temps en voyant, à travers une boutonnière de l'enveloppe séreuse ou fibreuse de la vessie, les fibres musculaires, reconnaissables à leur coloration rose pâle et à leur disposition plexiforme (Krönlein, Lardy).

b. *Blessure de la vessie.* — Mais il s'en faut que la vessie, même ouverte, soit facilement reconnue. Si le diverticule vésical ne contient pas d'urine, la dissection en est poursuivie, la base liée, comme s'il s'agissait d'un véritable sac. Ce n'est que les jours suivants (du deuxième au dixième, vers le troisième en général) que le pansement trempé d'urine ou l'hématurie révèlent la méprise (1).

Mais le plus souvent, c'est en essayant de la libérer du sac herniaire ou de la lipocèle qu'on ouvre la vessie.

Comment traiter ces blessures opératoires? Le traitement idéal est la suture à étages : c'est le seul moyen qui permette d'éviter les fistules (Lucas-Championnière, Justo, Thiriar, Delorme, etc.). Mais, en pratique, on se heurte à des difficultés considérables : parois amincies, friables, supportant mal la suture. Il faut alors imiter la conduite de Lejars, Delorme, Schwartz, c'est-à-dire réséquer le diverticule et placer les sutures en tissu sain, à la condition que la vessie conserve une capacité suffisante.

MM. Jaboulay, Demoulin, Sébileau se sont bornés quelquefois à suturer les lèvres de la plaie à celles de la vessie. Cette « cystostomie herniaire » nous paraîtrait recommandable, surtout dans les cas de lésions vésicales ou rénales, faisant craindre des accidents urinaires.

c. *Suites opératoires.* — Si la vessie n'a pas été blessée, elles sont généralement fort simples. La récidive (Kümmer, Delorme) est la seule chose à craindre si l'opération, pour une cause ou une autre, n'a pas été méthodique ou complète. L'opération, en tout cas, ne présente pas plus de danger que la cure radicale de la hernie en général.

Si la vessie est blessée, les suites opératoires, comme l'a montré M. Lejars, sont remarquablement bénignes. Il y a eu des morts, mais à y regarder de près, la blessure vésicale n'en est pas cause. Dans les cas de Gérard-Marchant, de Larabrie, Leroux, Pilz, Postemsky, c'est le mauvais état des voies urinaires qu'il faut incriminer. Dans le cas de Jaboulay, l'opération a bien été suivie d'infiltration urineuse et de gangrène, mais le malade avait soixante ans passés et cette gangrène n'est-elle pas l'effet de quelque tare urinaire ou dyscrasique? Si la blessure vésicale en elle-même est bénigne, cela ne veut pas dire cependant que l'opération le soit, et c'est pour cette raison que nous insistions sur l'examen des voies urinaires et le traitement pré-opératoire.

De même que dans toute blessure de la vessie, on maintiendra une sonde à demeure. Imbert insiste avec raison sur ce principe.

Les blessures vésicales non suturées ont une fistule pour conséquence. Il en est de même pour beaucoup de sutures vésicales, même à étages. L'explication de ces échecs réside sans doute dans la minceur et la friabilité extrêmes de la poche urinaire. Si l'on veut que les fils tiennent, il faut tailler et coudre en tissu sain. Quant à la fistule, elle s'oblitère en deux ou trois mois au plus; le fait de Plater est le seul où elle ait persisté.

La récidive de la cystocèle peut s'observer. Nous avons dit déjà pourquoi. Mais une intervention secondaire peut en avoir raison (Delorme).

II

Cystocèles crurales

Étiologie. — Les cystocèles crurales sont rares. Legrand (1) en cite 13 cas, empruntés aux mémoires de Verdier, Aüe, Schoonen, etc. Nous pouvons y ajouter six nouveaux faits (2).

Comme pour la région inguinale, elle est l'apanage de l'âge mur ou avancé : 5 malades seulement, sur 19, ont moins de quarante ans.

Il n'y a que 2 hommes sur ces 19 cystocèles.

Le côté atteint a toujours été le droit, sauf une fois (Petit et Imbert).

L'action de la grossesse est plus probable que prouvée (Legrand).

Les affections du petit bassin se rencontrent dans quatre cas : « hydropysie du bas-ventre » (Verdier), abcès stercoral (Güterbock), fibrome utérin (U. Guinard), kyste de

(1) Ce qui démontre l'insuffisance de ce procédé pour oblitérer la vessie; la ligature n'a tenu que dans un seul cas (Jaboulay).

(1) Legrand. Th. de Paris, 1896, n° 393. — C'est un résumé complet de la question.

(2) Verneuil. Soc. belge de chir., 25 avril 1896. — Petit et Imbert. *Gaz. hebd.*, 1896, n° 97, p. 1153. — Frœhlich. Soc. de méd. de Nancy, in *Gaz. hebd.*, 1896, p, 321. — Hollænder. *Berlin. klin. Woch.*, 1896, n° 42 : deux cas.— Cas personnel : Femme, trente-huit ans, hernie étranglée crurale droite, grosse comme un œuf : hernie récente, d'après la malade. Absence de symptômes urinaires. Kélotomie : la vessie, sous forme de prolongement long de 6 à 7 centimètres, adhère au sac qui contient de l'intestin grêle étranglé. Libération. Cure radicale. Guérison. — Fargues. *Étude sur la cystocèle crurale*, Th. de Nancy, 1897.

l'ovaire (Holländer), rétention d'urine chez une médullaire (Aüe).

La pathogénie nous paraît en tout semblable à celle de la cystocèle inguinale. Avec Legrand, on peut expliquer la prédominance droite par l'asymétrie et l'inclinaison de la vessie à droite, quand elle se remplit [Guyon, Delbet (1)]. Les petites dimensions des hernies crurales expliquent sans peine la rareté de la hernie vésicale.

Anatomie pathologique. — La division des cystocèles en rétro, para et intrapéritonéales est applicable; mais jusqu'ici on ne connaît pas d'exemple des dernières.

Sur 16 observations, nous trouvons 6 rétro et 10 parapéritonéales.

Le volume de la cystocèle atteint en moyenne celui d'une noix ou d'un marron.

Tantôt la vessie se présente avec ses caractères normaux; tantôt, et le plus souvent, semble-t-il, elle est amincie et friable.

Elle occupe la partie postéro-interne de l'anneau crural. Quand il y a un sac péritonéal, celui-ci la recouvre en avant et en dehors. Les adhérences entre les deux organes sont parfois telles qu'on ne peut les séparer sans les déchirer (Gütterbock, O. Lanz, U. Guinard).

Dans le sac, on a trouvé de l'intestin grêle, de l'épiploon, l'ovaire (U. Guinard).

La cystocèle a l'aspect d'un diverticule, d'une sorte de digitation vésicale; cet aspect était des plus nets dans un cas que nous avons observé.

Au-devant de la vessie, on trouve encore cette graisse rétropéritonéale, constituant parfois un véritable petit lipome (O. Lanz, U. Guinard). Elle ne manque que rarement (Gütterbock, Petit et Imbert).

L'étranglement vésical semble ici plus commun; plusieurs fois la vessie se montre noirâtre ou congestionnée. Et ceci paraît assez naturel, puisque l'anneau herniaire crural semble jouer un rôle important dans les phénomènes d'incarcération.

L'ectopie vésicale étant légère, il ne faut guère s'attendre à trouver le corps de la vessie, l'urèthre ou les uretères déplacés. Cependant la sonde déviait du côté de la hernie, pendant le cathétérisme, chez une malade de Verdier.

Au cours des autopsies, on a rencontré quelques autres particularités, déjà signalées ou à signaler, mais certaines n'ont aucun rapport avec la cystocèle.

Symptômes et diagnostic. — L'étude clinique de ces cystocèles a été très bien faite par M. Guépin. Le tableau rappelle celui de la cystocèle inguinale, avec cette différence que le diagnostic est peut-être encore plus malaisé, en raison des faibles dimensions de la tumeur et de l'absence fréquente de troubles fonctionnels.

L'étranglement vésical est peut-être moins rare, puisque son agent est ici l'anneau crural. Petit, Verdier, Imbert, Guépin ont tenté d'en esquisser les traits. Les vomissements sont alimentaires ou bilieux, mais peuvent être *fécaloïdes* (Aüe). La constipation est absolue, mais l'émission des gaz est possible. Les symptômes généraux ou nerveux sont les mêmes que dans l'étranglement herniaire. Faut-il penser à une auto-intoxication par résorption du contenu vésical (Guépin)? En somme, il n'y a rien de pathognomonique dans cet ensemble clinique. Aussi le diagnostic n'a été que rarement entrevu (U. Guinard) ou porté (Verdier). M. Legrand dit qu'en face de symptômes incomplets d'étranglement, il faut songer à la cystocèle. Cette remarque, nous avons eu l'occasion de la vérifier sur une malade de M. le professeur Decès, et il y aurait lieu d'en tenir compte, étant donné que les pseudo-étranglements sont rares avec les petites hernies crurales.

(1) Delbet. Th. de Paris, 1894.

Traitement. — La levée de l'étranglement, la cure radicale et le traitement de la cystocèle se feront d'après les mêmes principes que pour la cystocèle inguinale. On est exposé aux mêmes dangers et aux mêmes accidents. On les évitera en pensant, comme dit M. Bourbon, qu'on PEUT rencontrer la vessie. L'opération sera donc méthodique et le champ opératoire bien éclairé : « Toutes les fois que la vessie a été blessée, c'est qu'on y voyait mal » (Lejars). Le précepte est bon si la déduction en est un peu forcée.

A la suite de l'opération, notre malade, bien que la vessie fût intacte, présenta une légère hématurie et un peu de parésie vésicale pendant cinq ou six jours.

La blessure de la vessie qui a été faite neuf fois n'a été mortelle qu'une fois : il s'agissait d'une femme âgée dont les reins étaient malades (Escat et Guinard).

III

CYSTOCÈLES OBTURATRICES

Le remarquable mémoire de MM. Picqué et Poirier (1) sur la hernie obturatrice ne cite que 3 cas de cystocèles dus à R. Fischer. Dans la thèse de Pimbet (2), on en trouve un quatrième attribué par Günz à Albinus et dans lequel la hernie était formée par la vessie.

Ce sont les seuls cas que nous ayons pu rassembler.

Cystocèle ischiatique. — Richter (3) déclare avoir lu, il ne sait plus où, un cas de hernie de la vessie dans une hernie ischiatique. C'est à cet exemple peu probant que se bornent les hernies vésicales dans cette direction.

Bibliographie. — Nous nous bornerons ici à l'indication des principaux travaux qui permettront, avec ceux déjà cités, de retrouver facilement tous les autres :

Verdier, loc. cit. — Ch. Leroux. *Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1881. — Duret. Th. d'agrég., 1883. — Monod et Delagénière. *Rev. de chir.*, 1889. — Guelliot. Congr. de chir., 1889. — Bourbon. Th. de Paris, 1892. — Lejars. *Rev. de chir.*, 1893. — Piquet. Th. de Paris, 1893, n° 74. — Delorme. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, juin 1895. — Jaboulay et Villard. *Lyon méd.*, février et mars 1895. — Curling. *Ann. of Surg.*, 1895, et *Med. Rec.*, 1897. — Bard. Th. de Lyon, 1896, n° 1184. — Lardy. *Rev. de chir.*, 1896. — Privat. Th. de Paris, 1896, n° 359. — Imbert. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896. — Legrand. Th. de Paris 1896, n° 393. — Salitscheff. *Arch. f. Klin. chir.*, 1897.

(1) Picqué et Poirier. *Rev. de chir.*, 1891, p. 976.
(2) Pimbet. Th. de Paris, 1882, p. 48.
(3) Cité par Wassilieff. *Rev. de chir.*, 1891.

THÉRAPEUTIQUE

Gerçures des mamelons.

Dans les gerçures du sein, l'allaitement produit de vives souffrances. Le chlorhydrate de cocaïne supprime la douleur. L'enfant prend sans difficulté le mamelon cocaïné qu'on peut essuyer d'ailleurs avec un linge fin. Pour le traitement des gerçures, on emploiera la pommade suivante :

Beurre de cacao.	20	grammes.
Huile d'amandes douces . . .	4	—
Extrait de ratanhia	1	—

F. S. A. une pommade. (*Médecine mod.*)

Crayons mentholés.

Chloral hydraté	ââ 1	gramme.
Menthol.		
Beurre de cacao	2	—
Spermacéti	4	—

Commencez par fondre les deux dernières substances, ajoutez ensuite le chloral et le menthol et versez le tout dans un moule. (*Gaz. hebd.*)

Brûlures.

Aristol	10	grammes.
Huile d'amandes douces. . .	30	—
Lanoline.	200	—

Appliquer, sur les lésions, une couche de ce topique et appliquer, par-dessus, une couche d'ouate hydrophile soigneusement aseptisée. (*Presse méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 octobre 1897. — Présidence de M. Delens.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'OCCLUSION INTESTINALE

M. Quénu rappelle que, dans sa communication, M. Broca a combattu l'anus contre nature dans les occlusions intestinales d'origine paralytique. Il estime qu'il y a lieu de garder l'anus contre nature comme moyen de remédier aux occlusions intestinales paralytiques, chez des vieillards qui ont un cancer sur un point quelconque du tube digestif. Dans ces cas, en effet, il y a des occlusions par paralysie intestinale réflexe et non pas simplement mécaniques. C'est ainsi que M. Quénu a rencontré plusieurs fois des vomissements fécaloïdes chez des malades atteints d'un cancer de l'estomac. Dans tous les cas d'occlusion intestinale par paralysie réflexe ou autre, l'établissement d'un anus contre nature peut rendre de grands services. Dans un cas d'occlusion dont il n'avait pu déterminer la cause, M. Quénu a fait un anus contre nature en choisissant le cæcum. Il ne trouva aucun néoplasme. Une simple petite ouverture, faite sur le cæcum de façon à créer une cheminée pour les gaz, a suffi pour débarrasser le malade qui le soir même rendait des gaz et des matières par l'anus.

M. Kirmisson a été très étonné d'entendre dire, dans cette discussion, que le traitement le plus rationnel de l'occlusion intestinale était la laparotomie, celle-ci étant non seulement un moyen de traitement mais aussi un moyen de diagnostic. Selon M. Kirmisson, le diagnostic de l'obstruction intestinale, ou mieux des causes de cette obstruction, n'est pas aussi difficile qu'on l'a dit. Il cite, comme exemple, l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, qui avait une occlusion intestinale à marche très lente, déterminant un énorme tympanisme. Si, dans ce cas, on avait fait la laparotomie, on se serait trouvé en présence de difficultés considérables pour manœuvrer dans l'abdomen, pour y rentrer l'intestin. Un examen attentif de la malade avait montré que le siège de l'obstacle était dans l'S iliaque. Il s'agissait d'un volumineux sarcome. M. Kirmisson fit un anus contre nature dans la fosse iliaque gauche. La malade fut guérie de son occlusion intestinale sans avoir couru le moindre péril, sans qu'il soit survenu la moindre complication. Dans les cas de ce genre, l'anus contre nature rend les plus grands services aux malades sans leur faire courir de dangers. Il ne faut donc pas laisser croire que la laparotomie soit le traitement de choix applicable à tous les cas d'occlusion intestinale.

M. Reclus rappelle à M. Broca une observation qu'il connaît et dans laquelle il s'agit d'un malade, d'un vieillard qui, il y a treize ans, a été atteint d'une occlusion intestinale paralytique. M. Reclus n'avait pu arriver à un diagnostic précis. Il fit un anus artificiel. Le soir même, le malade rendait des gaz et des matières par l'anus. Le résultat de l'opération a été très bon et s'est maintenu tel, puisque le malade vit encore et est âgé aujourd'hui de quatre-vingt-sept ans.

M. Berger estime que, dans beaucoup de cas, le diagnostic de l'occlusion intestinale est bien difficile. La laparotomie elle-même ne renseigne pas toujours. Dans ces cas, l'établissement d'un anus artificiel rend de grands services, au moins temporairement. M. Berger cite l'exemple d'un homme jeune qui avait été atteint d'occlusion intestinale à répétitions. On avait pu éviter jusqu'alors une intervention chirurgicale. Cependant, les accidents prirent un jour une telle importance qu'il fallut intervenir. L'obstacle se sentait assez manifestement au niveau de l'union du côlon transverse avec le côlon descendant. M. Berger fit un anus artificiel sur le cæcum, afin d'établir une soupape de sûreté pour les gaz. Depuis, il s'est passé un an sans le moindre accident et l'occlusion a disparu spontanément. La cause mécanique de l'occlusion a disparu quand l'intervention, par l'établissement d'un anus sur le cæcum, eût fait disparaître la distension de l'intestin.

M. Segond a eu maintes fois l'occasion de constater que, dans les cas d'occlusion intestinale, l'anus contre nature empêche les gens de mourir et constitue le minimum de traumatisme. En effet, l'établissement d'un anus contre nature ne tue jamais et souvent empêche de mourir et permet d'intervenir plus tard d'une façon plus radicale. M. Segond rappelle l'observation d'une jeune femme qui était atteinte d'un cancer du côlon transverse. Cette malade étant prise d'occlusion intestinale, il lui fit un anus contre nature qui la guérit de son occlusion et qui certainement l'empêcha de mourir à ce moment. Trois mois après, la malade étant bien remontée, M. Segond lui fit la résection du côlon transverse, et elle a vécu encore un an après cette opération.

M. Segond appelle l'attention sur certains cas d'occlusion intestinale survenant chez des malades ayant récemment subi l'hystérectomie vaginale. Ces faits ne sont pas très rares. Il faut faire, dans ces cas, un anus contre nature qui donne plus de chances de guérison. M. Segond possède deux observations dans lesquelles l'anus contre nature a ainsi sauvé de récentes hystérectomisées. Il ne saurait assez dire le bien qu'il pense de l'anus contre nature dans ces cas. C'est de la part du chirurgien une conduite sage et tutélaire pour les malades. Cette opération les empêche souvent de mourir et ne les tue jamais.

M. Nélaton déclare que, dans la majorité des cas qui ont été soumis à son observation, il lui a été impossible de porter un diagnostic précis. Le plus souvent, en effet, on est en présence d'une occlusion intestinale dont on ignore la cause. Il y a des cas où le malade est saisi brusquement, à

tel point qu'on croit avoir affaire à une appendicite. L'erreur a été commise. D'autres fois, on est en présence d'un seul signe, un énorme météorisme, et c'est tout. Tel est le cas de M. Berger.

En présence de ces cas d'occlusion de cause inconnue, la laparotomie est généralement néfaste. Le plus souvent, la mort s'ensuit. Par contre, un anus contre nature ne tue pas et permet ultérieurement d'instituer un traitement rationnel. M. Nélaton cite, à ce point de vue, un cas analogue à celui de M. Segond. Il fait un anus contre nature à un malade atteint d'occlusion intestinale. Le malade guéri de son occlusion, on reconnaît l'existence d'une tumeur cæcale, et M. Nélaton pratique ultérieurement la résection du cæcum et guérit définitivement son malade. Dans d'autres cas, l'anus contre nature seul a suffi pour guérir définitivement les malades. M. Nélaton, dans la plupart des cas, fait donc de parti pris l'anus contre nature. Son père avait d'ailleurs signalé ces guérisons spontanées d'occlusion après l'entérotomie. Celle-ci doit donc être comme la méthode de choix dans les occlusions intestinales. On ne risque d'échouer que dans les cas, d'ailleurs exceptionnels, où l'occlusion est due à une bride.

M. KIRMISSON considère comme funeste l'opinion que vient d'exprimer M. Nélaton. On ne doit pas dire, suivant lui, que le diagnostic de l'occlusion intestinale est impossible. Dire cela, c'est porter les praticiens à pratiquer la laparotomie pour faire le diagnostic. M. Kirmisson professe, au contraire, qu'il faut faire le diagnostic et arriver à poser nettement les indications de telle ou telle intervention. On est en possession d'un certain nombre de signes permettant de reconnaître non seulement l'occlusion, mais encore la cause, le siège et la nature de l'obstacle.

M. Kirmisson cite comme exemple l'observation d'une jeune femme prise brusquement de phénomènes d'occlusion intestinale. Après l'avoir mise à la diète et à l'opium, il reconnaît un point douloureux sans siège déterminé. Il fait la laparotomie et trouve une bride. La malade a bien guéri. Chez les enfants, le diagnostic de l'invagination, par exemple, peut très bien se faire. En somme, M. Kirmisson prétend que, dans l'immense majorité des cas, on peut faire un diagnostic suffisant pour les indications d'un anus contre nature ou d'une laparotomie. Les progrès de la chirurgie doivent permettre aujourd'hui de choisir entre ces deux modes d'intervention.

M. MICHAUX dit qu'il faut distinguer des cas très différents dans l'occlusion intestinale. Il y a des cas d'occlusion chronique dans lesquels l'anus contre nature est l'opération de choix. Il y a des occlusions suraiguës dans lesquelles on ignore la nature de l'obstacle. Ici l'anus contre nature n'est plus la méthode de choix. La laparotomie est préférable en ce qu'elle permet d'arriver au diagnostic. M. Michaux ponctionne ou incise l'intestin dilaté, évacue ainsi les gaz et les matières. La recherche de l'obstacle par la laparotomie devient alors très facile. Cette manière de faire lui a donné de très bons résultats. C'est ainsi que la laparotomie peut rendre de grand services en permettant un traitement rationnel et définitif de l'occlusion. Dans les cas où elle ne donne pas ce résultat, on est toujours à même d'établir un anus contre nature.

M. BAZY estime que, dans la plupart des cas, on peut arriver à déterminer au moins le siège de la lésion qui est la cause de l'obstruction. Quand on reconnaît l'existence d'un cancer, il faut se rappeler que la laparotomie est bien dangereuse chez les cancéreux. M. Bazy cite plusieurs cas dans lesquels, cependant, la laparotomie lui a donné de bons résultats. Dans un de ces cas, il s'agissait d'une bride qu'il a coupée et le malade a guéri. Dans un autre cas d'occlusion du gros intestin, il a fait la laparotomie médiane, il a trouvé un néoplasme de l'S iliaque, et a fait un anus iliaque. Après une quinzaine de jours, les gaz et les matières ont passé par l'anus. Même dans les cas de tumeurs, on peut obtenir la guérison, par l'anus contre nature.

M. ROUTIER rappelle le mémoire qu'il a présenté en 1890 à la Société de chirurgie sur l'occlusion intestinale. Il déclare que, dans la grande majorité des cas aigus d'occlusion, il n'arrive pas à faire un diagnostic. Or, dans ces cas, pour peu que le malade offre encore une certaine résistance, la laparotomie vaut mieux que l'anus contre nature. D'après les statistiques que M. Routier a publiées dans son mémoire, il est certain que la laparotomie est plus meurtrière que l'anus contre nature. Mais il n'est pas exact de dire que celui-ci ne tue jamais. D'abord il est des cas où l'on fait l'anus contre nature trop haut. Le malade se vide alors et meurt d'inanition. Donc, dans l'occlusion intestinale aiguë sans diagnostic précis, M. Routier n'hésite pas à faire la laparotomie, pour peu que le malade présente encore quelque résistance.

M. HARTMANN rappelle que dans son travail M. Broca n'avait en vue que l'occlusion intestinale aiguë : or, dans ces cas, il paraît indiscutable que la laparotomie est préférable à l'anus contre nature; et M. Hartmann s'étonne d'entendre plusieurs de ses collègues soutenir le contraire. On a dit que l'anus contre nature n'était jamais mortel. Cela est vrai quand il est fait sur le gros intestin. Mais si on le fait sur l'intestin grêle, comme l'a très bien dit M. Routier, le malade se vide jusqu'à la mort. En outre, l'anus contre nature donne de mauvais résultats ou des résultats nuls dans certains cas; dans le cas de volvulus, par exemple, il laisse l'étranglement persister. Dans tous ces cas la laparotomie vaut mieux, à condition qu'elle soit précoce.

M. CHAPUT admet, avec plusieurs de ses collègues, que l'occlusion intestinale présente souvent de grandes difficultés de diagnostic. Il fait ressortir les inconvénients de la laparotomie dans certains cas d'occlusion intestinale. La longueur de l'incision, l'importance du traumatisme sont des causes de danger. Dans les occlusions d'origine paralytique, elle est inutile. Lorsqu'on fait la laparotomie, dans certains cas, c'est dans le but de faire une résection ou une anastomose. Mais, dans la plupart des cas, ces interventions n'étant pas indiquées, la laparotomie n'offre pas d'avantages sur l'anus contre nature et elle présente de très sérieux inconvénients.

L'anus contre nature offre, au contraire, de grands avantages; même dans certains cas de brides, il permet de lever l'occlusion, alors même que la bride persiste. M. Chaput préfère donc l'anus contre nature, tout en déclarant, cependant, qu'il ne condamne pas la laparotomie d'une façon absolue. Celle-ci peut être faite avec avantages dans les cas où le ventre est plat et où l'état général est encore très satisfaisant.

M. QUÉNU, dans sa première communication, a eu surtout pour but de marquer la place que doit occuper l'anus contre nature dans le traitement de certaines occlusions. Mais il est bien certain que, suivant les cas, la laparotomie et l'anus contre nature ont chacun leurs indications. Le désaccord entre M. Nélaton et M. Hartmann est donc plus apparent que réel. Ces messieurs ont parlé de choses différentes. Dans la période avancée de l'occlusion, toutes les interventions deviennent mauvaises; il est donc naturellement indiqué de choisir la moins dangereuse; dans les cas moyens, avec peu de ballonnement, le pouls bon, un diagnostic approximatif, M. Quénu devient alors laparotomiste. La laparotomie offre tout d'abord cet avantage de permettre un diagnostic précis.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 octobre 1897, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, pour prendre rang à compter de la même date, savoir :

Au grade de médecin inspecteur de deuxième classe. — M. le médecin en chef de première classe Grall.

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Primet.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Gallay.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Hébrard, Capus, Fontaine et Lemoine.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Nogué, Burdin, Hazard, Lairac, Lefel, Ozanam et Maclaud.

— Le concours de l'internat de médecine des hôpitaux de Lyon s'est ouvert lundi 4 octobre, à l'Hôtel-Dieu. Le jury est composé de MM. Albertin, Courmont, Josserand, Nové-Josserand, Rollet, Roque et Vinay. — Les candidats sont au nombre de 90.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Carrière, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Albert (de Paris), Gaumé, médecin-major de première classe en retraite; Largeau (de Niort); et Rougier (de Lussac-les-Églises).

— M. le professeur H. Filhol fera son cours d'anatomie comparée, pendant le semestre d'hiver, les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle. — Le professeur traitera des appareils de nutrition dans la série animale.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 117. — MARDI 12 OCTOBRE 1897. 70e ANNÉE. MARDI 12 OCTOBRE 1897. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 octobre 1897.

Séance de rentrée à la Société médicale des hôpitaux, le 8 octobre.

MM. Achard et Léopold Lévi présentent un travail sur les **paralysies passagères des cardiaques asystoliques**. Dans deux cas, ils ont observé des paralysies d'une durée de quelques jours : paralysie faciale, hémiplégie, hémiplégie alterne. A l'autopsie, faite quelques jours plus tard, malgré la disparition de ces paralysies, on pouvait constater dans les régions du cerveau, correspondant à la localisation des centres moteurs, des lésions représentées par un peu d'œdème et de congestion de la substance nerveuse. Ces lésions peuvent permettre d'expliquer ces paralysies passagères. Comme des accidents semblables peuvent se rencontrer dans le cours des auto-intoxications, comme l'urémie et la toxémie hépatique, on peut penser que, dans l'asystolie, l'auto-intoxication peut également jouer un rôle dans la genèse des paralysies passagères et combiner son action à celle de l'œdème et de la congestion.

MM. Edgard Hirtz et G. Luys rapportent un cas d'**ascite chyleuse vraie survenue au cours d'un cancer de l'estomac**. Il s'agissait d'une ascite chyleuse vraie et non d'une ascite chyliforme, car l'analyse a démontré, dans le liquide extrait par la ponction, une proportion de matière grasse beaucoup plus élevée que celle que l'on trouve dans l'ascite chyliforme. A l'autopsie, outre des lésions cancéreuses étendues au pancréas et aux ganglions lymphatiques de la région, on constata, le long de la colonne vertébrale, l'existence d'un cylindre induré allongé, qui paraissait être le canal thoracique infiltré par le carcinome ; on apercevait sur un point une déchirure qui expliquerait la production de l'ascite chyleuse : c'est par elle que le chyle se serait déversé dans la cavité abdominale et mélangé au liquide ascitique.

M. Troisier se montre sceptique ; il fait remarquer, avec raison, que l'oblitération du canal thoracique ne suscite pas forcément une ascite chyleuse due à la stase du chyle en deçà du canal thoracique. En second lieu, il déclare ne pas se représenter comment le canal thoracique, envahi par la lésion cancéreuse, pourrait présenter une déchirure capable de laisser le chyle s'écouler ; en effet, dans ces conditions, les parois du canal sont infiltrées, indurées, et sa lumière est oblitérée. Si la lésion secondaire de ce conduit joue un rôle dans la production de l'ascite chyleuse, c'est non à son niveau, mais au-dessous, du côté des lymphatiques, qu'il faudrait chercher l'issue du liquide chyleux.

A la fin de la séance, la Société, constituée en comité secret, a procédé à la nomination d'une commission chargée d'étudier les réformes qu'il conviendrait d'introduire dans le règlement des épreuves du concours des hôpitaux. Cette commission compte 21 membres; elle aura de la marge pour se diviser en sous-commissions !

SUR LES CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

Extrait du rapport de M. A. DEMONS (de Bordeaux) sur la 1re question mise à l'ordre du jour du prochain Congrès français de chirurgie.

Il peut exister, à la suite du traumatisme, trois ordres de faits : ou bien les parois seules ont été touchées : ou bien, derrière et avec elles, un ou plusieurs organes ont été atteints; ou bien enfin, ceux-ci ont été blessés, à l'exclusion des parois qui ont fui sans dommage devant l'agression. A tous les points de vue les lésions viscérales retiennent et accaparent l'attention du chirurgien.

En conséquence, la première question à résoudre est la suivante :

Y a-t-il ou n'y a-t-il pas de lésion des viscères abdominaux?

Étiologie. — Nous n'avons guère, pour nous instruire, que les commémoratifs, les renseignements plus ou moins fidèles donnés par le blessé ou par les témoins de l'accident. D'ordinaire, cela suffit. Et nous pouvons promptement conclure que le traumatisme a été certainement léger, ou qu'il a été modéré, ou qu'au contraire il a été incontestablement violent. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Notre jugement est arrêté, faussé par l'absence, le petit nombre, le vague des détails fournis. [M. Demons cite quelques observations à l'appui de cette assertion.]

Il faut donc faire une enquête attentive, volontiers minutieuse. Les résultats acquis, clairs ou obscurs, rapidement obtenus ou péniblement trouvés, constituent la première base de la solution du problème qui nous occupe.

La résistance des parois n'est pas identique chez tous les sujets : elle varie selon l'âge, la force, l'embonpoint, etc. Sur le même sujet, elle diffère considérablement suivant le point frappé et aussi suivant l'état de relâchement ou d'énergique contraction des muscles. Dans mes expériences cadavériques, j'ai été surpris de la force énorme qu'il fallait

déployer pour obtenir des lésions viscérales, en frappant sur les parois rendues rigides par la mort. On comprend les difficultés qui, dans la pratique, nous empêchent de déterminer exactement la défense que les parois ont pu opposer au choc. Certes, l'embarras n'est pas grand, quand ce choc était assez puissant pour se jouer de tous les obstacles (corps pris entre deux wagons ou écrasé par une charrette pesamment chargée, etc.). Notre hésitation dure peu, si le sujet a été surpris dans le sommeil ou dans une profonde ivresse. La conviction n'est pas longue à se former, quand nous savons que le blessé a été atteint au moment d'un effort énergique. Il n'en est pas moins vrai que trop fréquemment nous restons dans une incertitude qui peut s'aggraver d'une première incertitude sur la force réelle de l'agent contondant.

Le point d'appui est constitué par les parois elles-mêmes, généralement par la paroi postérieure, plus épaisse, plus ferme, plus tendue que les autres dans ses parties molles et, de plus, fortifiée par la colonne vertébrale, par les côtes inférieures et par une portion solide de la ceinture pelvienne. Par surcroît, cette paroi se trouve, en plus d'un cas, adossée, fixée momentanément contre des objets doués d'une résistance considérable : le sol, un mur, un arbre, etc.

La direction de l'action traumatique n'est pas dépourvue d'influence sur ses effets. Perpendiculaire aux plans profonds, elle aura toute chance d'être plus nocive; parallèle, elle pourra glisser au-devant des viscères; oblique, sa force sera plus ou moins amoindrie selon le degré de cette obliquité. Il y a donc encore ici des notes intéressantes à enregistrer.

Il convient enfin de considérer la fragilité des viscères, variable non seulement d'un organe à l'autre, mais encore pour le même organe, selon les conditions anatomiques, physiologiques ou pathologiques dans lesquelles il se trouve au moment de l'accident. Un viscère creux, s'il est distendu et dans la mesure même de cette distension, est plus vulnérable qu'à l'état de vacuité. Il présente une plus grande surface, il devient plus superficiel, plus accessible, plus tangible, plus tendu, moins mobile, ses parois sont amincies ou ramollies et toutes prêtes à éclater sous un choc (estomac, intestin, vésicule biliaire, vessie, utérus). C'est même là quelquefois une condition indispensable pour la rupture (vessie, utérus). L'altération des parois en facilite encore la solution de continuité. Il n'est pas jusqu'à la nature du contenu qui ne soit susceptible de jouer un rôle (calculs de la vésicule, fœtus, etc.). Un organe plein, hypertrophié (foie, rate, etc.), peut être devenu plus friable ; en même temps, il offre aux coups une plus grande prise, d'autant mieux qu'il déborde sa ligne de défense. La chose est pire s'il est plus malade encore (cancer du foie, kystes du foie, kystes de l'ovaire, calculs du rein, etc.).

Certains viscères, échappés de leur place naturelle où ils avaient quelque protection, se trouvent moins bien défendus contre l'agression (hernies diverses). D'autres, retenus par des adhérences, ont perdu la mobilité qui les pouvait sauver.

J'ajoute qu'il n'est pas indifférent d'apprendre si le sujet a subi un choc direct et rapide ou bien la pression plus ou moins durable d'un corps contondant. Il est également utile de ne point oublier que certains viscères (foie, etc.) sont quelquefois refoulés sur des tissus résistants, colonne vertébrale, côtes, diaphragme, etc., par un contre-coup résultant d'un choc sur une partie plus ou moins éloignée du thorax ou de l'abdomen, ou bien d'une chute d'un lieu élevé sur le tronc, la tête ou les membres inférieurs.

Ainsi, pour évaluer l'importance de la contusion, pour estimer les chances qu'elle possède d'avoir intéressé ou ménagé les viscères, on doit accumuler déjà un grand nombre de données.

Symptômes. — Dès les premiers moments, le tableau clinique se présente avec des symptômes immédiats, variables dans leur nature, dans leur nombre, dans leurs modalités, dans leur intensité. Tantôt il est à peine esquissé, tantôt il est chargé de couleurs vives, voire criardes. Entre ces deux extrêmes, on rencontre tous les intermédiaires imaginables.

La *douleur* manque rarement, quelquefois très légère et fugace, d'autres fois plus vive et persistante, d'autres fois encore assez violente pour arracher des cris aux plus courageux; elle peut être limitée à un point restreint ou s'étaler sur une large surface, et même s'étendre à des parties éloignées du corps; elle est superficielle ou profonde; elle est spontanée ou seulement provoquée par la pression, par les mouvements, par la respiration ou plus souvent encore elle est à la fois spontanée et provoquée. Une douleur profonde, limitée à un point précis, exagérée par les mouvements respiratoires, appartiendra plutôt à la blessure d'un viscère qu'à la simple atteinte de la paroi. Son irradiation loin du point contus, dans certaines directions, aura la même signification probable. Mais des observations sans nombre nous ont appris aussi deux choses : la douleur est souvent plus intense, plus expressive dans les contusions bornées à la paroi; secondement, des lésions graves des viscères peuvent ne déterminer qu'une douleur insignifiante ou passagère.

L'*ecchymose* et la *tuméfaction superficielle* appartenant en propre aux contusions pariétales n'ont aucune valeur, puisqu'elles ne sauraient en rien nous dire ce qui s'est passé plus profondément. Ce qu'il y a de commun, c'est ce fait, devenu classique et banal, que l'intégrité absolue (au sens clinique du mot) de la paroi peut exister avec des désordres considérables dans la cavité abdominale. Mettez qu'avec cela vous ayez une absence de douleur, et vous serez trahi, si vous n'y prenez pas garde.

Un ou deux *vomissements* alimentaires, un *ballonnement* du ventre léger ou discutable ne nous apprennent rien. Un ballonnement considérable, exceptionnel comme symptôme immédiat, indique évidemment que la paroi n'a pas seule souffert.

Il est un symptôme plus fréquemment rencontré, bien qu'il soit loin d'être constant, dont l'importance est autrement décisive. Je veux parler de la *rigidité du ventre*, ressemblant assez à la rigidité cadavérique, de cette tension marquée de la paroi, s'accompagnant parfois d'un gonflement médiocre, parfois au contraire d'un aplatissement et même d'une excavation du ventre, qui fait que la main exploratrice du chirurgien ne saurait réussir à la vaincre. Sous la palpation cette tension s'exagère plutôt et devient plus douloureuse encore. Le ventre est « comme en bois ». Ce symptôme, doué de caractères si tranchés, dénote une lésion viscérale certaine. J'oserais même avancer qu'il appartient en propre aux ruptures des organes creux. A un degré moindre, on voit, en d'autres cas, cette raideur, cette contraction de la paroi, ne se manifester que sous l'influence de la pression. Le ventre « se défend », comme on dit.

Les *symptômes généraux* immédiats sont quelquefois nuls, d'autres fois peu accentués et fugaces; mais, dans bon nombre de faits, ils sont très prononcés et constituent cet ensemble de phénomènes que nous connaissons sous le nom de shock. Pâleur de la face, perte de connaissance, refroidissement, dissociation du pouls et de la température, etc., toutes ces manifestations du trouble profond subi brusquement par l'économie décèlent la violence de l'attaque sur le système nerveux splanchnique. Il ne saurait y avoir de doute sérieux sur l'interprétation que s'il existe concurremment d'autres blessures graves dont le shock pourrait être également la conséquence. Mais des lésions

profondes, des lésions viscérales, même très importantes, peuvent n'être suivies d'aucun shock. Conséquemment, si la présence dn shock prouve beaucoup, son absence ne démontre rien à elle seule.

De ce qui précède il résulte que la réponse à la première question que nous voulons promptement élucider est souvent assez facile, à la condition, bien entendu, que rien ne soit négligé pour arriver à la vérité. Il est permis de supposer, que pas mal d'erreurs sont dues à des défauts d'observation. Il faut unir étroitement, dans un examen approfondi, les renseignements étiologiques et l'étude des symptômes, en jugeant sainement l'importance positive de tous les éléments d'information. Par exemple, un coup très léger porté sur l'abdomen, avec, à la suite, des phénomènes locaux à peine appréciables et une absence totale de symptômes généraux, doit faire admettre un simple traumatisme de la paroi. Dans l'excès opposé, où l'on voit, après un coup extraordinairement violent, un grand déploiement de phénomènes locaux et généraux, on ne peut vraiment croire qu'à une lésion viscérale. Les cas intermédiaires, hélas! si nombreux, deviennent plus embarrassants. Il en est beaucoup qui laissent dans le doute.

Quel est le viscère lésé?

Je dois me contenter, pour chaque organe, d'une légère esquisse.

Estomac. — Coup habituellement violent dans la région épigastrique ou dans l'hypocondre gauche. Shock ordinairement marqué. Douleur vive assez bien limitée. Hématémèses plus ou moins abondantes qui peuvent cependant manquer. Vomissements répétés ou efforts infructueux de vomissements, ou bien ni vomissements ni efforts. Emphysème sous-cutané (rare).

Intestin. — Coup violent, ou en apparence modéré, notamment quand le corps contondant est étroit, sur tous les points de la paroi abdominale, particulièrement en avant et sur les côtés. Shock accentué, médiocre ou nul. Douleur très variable, profonde, parfois hyperesthésie (Delorme). Hématémèses ou selles sanglantes (très rares). Ventre tendu, dur, ou au contraire légèrement ballonné et souple, quelquefois sans modification appréciable. D'autres fois, le ballonnement est considérable, on trouve partout de la sonorité, et la matité hépatique disparaît derrière les gaz sortis de l'intestin et accumulés au-devant du foie.

Mésentère, épiploon. — Mêmes causes que ci-dessus. Shock modéré. Douleur médiocre. Signes d'hémorragie interne si des vaisseaux importants ont été intéressés. Lésions confondues d'habitude avec celles de l'intestin.

Foie. — Coup violent sur la base du thorax, l'hypocondre droit, ou la région épigastrique, ou bien sur un autre point plus ou moins éloigné du tronc; ou encore, chute d'un lieu élevé sur la tête, les pieds, le siège (choc indirect). Shock souvent prononcé, manque rarement. Souvent symptômes d'hémorragie interne. Douleur ordinairement vive dans la région hépatique, irradiant quelquefois vers l'épaule droite ou le creux épigastrique, peut manquer. Respiration difficile et courte. Ictère rare.

Voies biliaires. — Coup habituellement violent dans l'hypocondre droit. Shock marqué, manquant quelquefois. Douleur vive au niveau du point frappé. Vomissements, ballonnement léger.

Pancréas. — Coup violent dans la région. Shock prononcé. Glycosurie.

Rate. — Coup violent dans l'hypocondre gauche ou à la base du thorax du même côté, très rarement à droite. Shock accentué. Douleur vive. Signes d'hémorragie interne. Dans certains cas, matité considérable (épanchement de sang) avec refoulement du diaphragme et dyspnée.

Reins. — Coup violent dans la région lombaire ou dans le flanc. Shock accentué ou moyen. Douleur lombaire d'intensité variable, se propageant le long de l'uretère et de la cuisse. Parfois rétraction des testicules. Hématurie presque constante. Oligurie et même anurie quelquefois. Tuméfaction limitée (hématonéphrose) ou un peu diffuse (épanchement de sang) dans la région rénale.

Uretère. — Coup violent dans la région. Shock marqué. Douleur lombaire vive. Exceptionnellement, hématurie légère ou oligurie.

Vessie. — Coup violent dans la région hypogastrique ou sur le pubis. Shock manque assez souvent. Rétention d'urine. Ténesme. Urine sanguinolente retirée en petite quantité par le cathétérisme. Tuméfaction hypogastrique simulant la vessie, située au-devant de ce réservoir, symétrique ou non. Douleur d'intensité variable *in situ.*

Utérus. — Coup violent direct ou indirect chez une femme enceinte ou portant des fibromes utérins. Shock quelquefois absent. Douleur vive. En cas de grossesse, quelquefois coliques utérines et commencement de travail. Métrorragie et symptômes d'hémorragie interne manquant habituellement. Forme et volume de l'utérus conservés dans certains cas. Le plus souvent, constatation de la tumeur fœtale dans le ventre, hors de sa cavité naturelle.

Gros vaisseaux. — Coup violent. Symptômes d'hémorragie interne.

Diaphragme. — Pression violente sur la base du thorax ou la partie supérieure de l'abdomen. Shock prononcé. Douleur vive, dyspnée. Coexistence habituelle de nombreuses lésions d'autres organes. Quelquefois, on trouve l'estomac dans la plèvre gauche.

Nerfs (plexus solaire). — Coup violent, d'ordinaire sur une surface assez large, dans les régions épigastrique ou ombilicale. Shock accentué, quelquefois subitement ou rapidement mortel.

Péritoine. — Coup assez violent. Shock modéré ou nul. Douleur moyenne. Symptomatologie effacée ou confondue avec celle des lésions viscérales.

Kystes de l'ovaire, du foie, etc. — Coup violent ou même léger. Shock modéré ou nul. Douleur légère. Disparition plus ou moins rapide et plus ou moins complète de la tumeur, qui est remplacée par une ascite. Symptômes d'hémorragie interne rares.

Tumeurs solides diverses. — Coup violent ou modéré *in situ.* Shock modéré ou nul. Douleur plus ou moins vive. Rarement symptômes d'hémorragie interne.

On voit par cet exposé incomplet que le diagnostic précoce repose sur une association de signes dont le faisceau devient plus ou moins lumineux, selon diverses circonstances qui tiennent à leur nombre, à leur netteté, à leur valeur propre. La localisation du coup porté et de la douleur a d'abord une importance capitale; la constatation d'un shock évident a bien son prix, les symptômes locaux et généraux d'une hémorragie interne donnent des indications précieuses, et enfin l'apparition de certains phénomènes personnels pour ainsi dire à la lésion de tel ou tel viscère est susceptible d'éclairer singulièrement l'observateur. De telle sorte que le diagnostic est, en réalité, non seulement possible, mais même facile, dans pas mal de cas, peu de temps après l'accident. Ainsi les grandes déchirures du foie, du rein, même de la rate, produites par le passage de la roue d'une grosse charrette, se reconnaissent sans trop de peine. Les ruptures de la vessie chez les ivrognes ou les batailleurs, de l'utérus chez les femmes enceintes, des kystes de l'ovaire ou du foie sur des malades en observation, ne trompent guère le chirurgien attentif.

Mais il serait dangereux de se dissimuler qu'il y a toute une série, malheureusement trop vaste, de faits beaucoup moins clairs, où le jugement s'asseoit péniblement ou demeure forcément suspendu. Ces faits sont de plusieurs

ordres. Nous avons d'abord ceux dans lesquels d'autres traumatismes, parfois multiples, à grand tapage, contemporains de la contusion de l'abdomen, détournent vers eux et absorbent l'attention (fractures du crâne, de la colonne vertébrale, des membres, etc.). Il y a aussi des faits plus fréquents où le même coup, la même chute, a intéressé simultanément un ou plusieurs viscères de l'abdomen et des os, des organes voisins (os iliaques, côtes, poumons, etc.). Une confusion regrettable peut s'établir au détriment de la contusion abdominale.

A côté de ces erreurs, dont un examen minutieux ferait sans doute diminuer le nombre, on voit des faits véritablement troublants. Des contusions, des déchirures, des ruptures peu étendues ou peu profondes, néanmoins sérieuses, se traduisent souvent par un ensemble symptomatique si effacé, si mince, si fruste, qu'elles déroutent le plus sagace et endorment le mieux éveillé. Il est probable que beaucoup de blessés, qu'on a vus guérir spontanément après avoir reçu un coup fort, avaient ainsi une déchirure superficielle du foie ou de la rate, une éraillure du péritoine, une contusion sans plaie de l'intestin, et même une ou plusieurs petites perforations oblitérées naturellement par des mécanismes que nous connaissons bien. Ils n'avaient présenté, cependant, qu'une douleur supportable, un vomissement alimentaire, un léger ballonnement du ventre, des phénomènes en somme sans saillie.

Nous connaissons tous des cas plus trompeurs encore. Après un coup léger en apparence, qui n'a produit qu'une souffrance minime et vite disparue, la victime rassurée reprend ses occupations, ne fait appel à aucun soin, et l'avenir démontre qu'il existait en elle une déchirure de l'intestin pouvant aller jusqu'à la rupture complète. On a remarqué avec raison (Curtis) que, dans les contusions simples, les symptômes généraux sont plus intenses et plus nombreux que dans les ruptures viscérales. La pathogénie du shock nous fait comprendre cette espèce de contradiction.

Quelle est exactement la lésion du viscère intéressé?

C'est sur la connaissance certaine, probable ou présumée, de la nature, du siège, de l'étendue de la lésion que sont basés principalement le pronostic et le traitement.

Pour ce qui concerne les organes pleins, un bon moyen de ne nous tromper guère consiste dans l'appréciation du degré d'intensité du coup, des phénomènes généraux et locaux. Voyez d'ici, par exemple, la différence saisissante qui existe entre une éraflure et un broiement du rein. Pour les viscères creux, la chose n'est pas toujours si claire, il s'en faut, puisqu'on est exposé à se trouver en face d'un véritable paradoxe séméiologique. Dans la rupture de l'estomac, on comprend que les vomissements alimentaires et l'hématémèse puissent faire défaut (Traube), les liquides tombant dans la cavité péritonéale, alors qu'après une simple meurtrissure de la muqueuse ils ne manquent point. Avec deux tableaux semblables, on a trouvé deux lésions différentes. Il est fréquemment impossible de se prononcer tout de suite et à coup sûr entre une contusion violente et une perforation minime d'un viscère creux.

Une déchirure large, laissant franchement passer le contenu, nous donne moins de peine, s'il nous est permis de le retrouver ailleurs et de constater la vacuité de la cavité naturelle. Ainsi nous servent : pour l'intestin, le tympanisme rapide avec disparition de la matité hépatique; pour la vessie, l'absence d'urine dans ce réservoir et la formation d'une tumeur liquide dans le voisinage; pour l'utérus, la présence du fœtus hors de la matrice dans la cavité abdominale; pour les kystes de l'ovaire et autres, l'affaissement de la tumeur suivie d'une production d'ascite. Ailleurs, par exemple pour la vésicule, ces moyens nous manquent, parce que le viscère est trop petit et trop caché pour que nous puissions en apprécier les modifications survenues; d'autre part, parce que le liquide épanché n'est pas assez abondant tout d'abord pour être dévoilé par nos procédés ordinaires d'investigation. Enfin, souvenons-nous que dans l'intestin une perforation considérable et même une rupture complète ne permettent pas constamment dans les premiers moments l'issue des liquides et des gaz.

Quant à discerner le siège précis de la lésion sur un organe donné, c'est une entreprise qui rencontre bien des obstacles et dont le succès n'est pourtant pas négligeable. La localisation du traumatisme, son mécanisme, les enseignements de l'anatomie pathologique nous fournissent des documents d'un intérêt certain. Grâce à eux, il n'est pas défendu de considérer comme probable une blessure de la partie supérieure de l'intestin grêle sur la ligne médiane, par exemple, ou encore une déchirure de la face supérieure du foie, une rupture de la face antérieure de l'utérus, une perforation de la face postérieure de l'estomac, ce qui importe assez peu. Que si, à la suite d'une contusion de l'abdomen, la vessie est rompue, nous présumerons une rupture intrapéritonéale; au contraire, nous aurons tout lieu de croire à une rupture extrapéritonéale quand le bassin aura été du même coup fracturé. Donc, à cet endroit, certitude rare, présomptions plus ou moins fondées. Les armes les moins bien aiguisées peuvent servir.

Y a-t-il plusieurs viscères intéressés?

Nous savons parfaitement que cette coexistence est commune, et il n'est pas douteux qu'à tous les points de vue il serait utile de la reconnaître. On y peut réussir en enregistrant les symptômes particuliers à chaque organe, à la condition qu'ils diffèrent d'un organe à un autre. Mais que de fois on en est réduit à des conjectures!

A. *Marche.* — Voulue par le chirurgien ou imposée par les circonstances, l'expectation a permis de suivre l'évolution des contusions de l'abdomen et d'en examiner les symptômes dits *consécutifs*.

Il y a les cas légers qui restent légers jusqu'à la fin. Les symptômes immédiats s'atténuent encore et disparaissent bientôt pour toujours. Ils correspondent sans doute, soit à de simples atteintes de la paroi, soit à des contusions viscérales superficielles, soit peut-être, mais plus rarement, à des déchirures minimes bientôt cicatrisées.

Il y a des cas légers dans les premiers moments qui, au bout d'un temps variable, après quelques heures, plusieurs jours et même des semaines, deviennent graves. Ce sont là des cas trompeurs au plus haut degré. Ils sont relatifs à des déchirures vasculaires momentanément oblitérées, laissant plus tard le sang couler dans le ventre ou un caillot migrateur remonter jusqu'au cœur. Plus souvent, il s'agit de petites lésions s'infectant à un moment donné, avec tout l'appareil des suppurations splanchniques (abcès du péritoine, du foie, du rein, du pancréas, etc.). Assez rarement, une escharre de la paroi d'un viscère creux se détache, le liquide s'échappe par cette voie ouverte et produit des accidents divers selon sa toxicité et le milieu qu'il envahit. Mais c'est surtout dans les cas de perforations de l'intestin accompagnées ainsi de symptômes immédiats à peine sensibles, qu'on a vu survenir des phlegmasies péritonéales inattendues par l'irruption des matières dans la grande séreuse. On trouve quelquefois entre ces deux périodes si différentes une petite série de phénomènes précurseurs du grand orage, quelques vomissements, un peu de douleur. D'autres fois, la foudre éclate tout d'un coup dans un ciel resté jusque-là serein. Les observations confirmatives de cette marche insidieuse ne se comptent plus.

Il y a des cas moyens qui, plus ou moins vite, deviennent définitivement légers.

Il y a des cas moyens qui s'aggravent sensiblement, puis tout rentre dans l'ordre.

Il y a des cas moyens qui deviennent, à un moment donné, tout à fait sérieux, pour les mêmes raisons et de la même manière que les cas légers signalés plus haut. La proportion en est naturellement plus grande.

Il y a des cas moyens qui, devenus légers, s'aggravent finalement.

Il y a des cas graves au commencement, des cas bien faits pour justifier toutes les craintes, où, plus ou moins rapidement, une amélioration se montre, s'accentue jusqu'à la guérison. Le shock alarmant s'évanouit, l'hémorragie intense s'arrête, la déchirure se comble, la perforation s'oblitère, l'inflammation s'apaise. C'est le triomphe des optimistes.

Il y a des cas qui, graves tout d'abord et devenus légers et rassurants, retrouvent à une époque ultérieure leur gravité première atténuée ou exagérée. C'est une hémorragie qui reparaît, une inflammation qui s'éveille, une déchirure qui s'infecte, une perforation qui se rouvre, etc.

Il y a enfin les cas qui restent graves pendant toute la durée du mal, tantôt du fait du shock seul, tantôt à cause de l'abondance de l'hémorragie, tantôt par suite de la péritonite éclatant rapidement, ou d'une autre infection quelconque, tantôt par la combinaison, le mélange, l'association, la succession de ces facteurs multiples.

Je n'oublie pas de rappeler qu'à la suite de tous ces traumatismes on a vu paraître des accidents tardifs [collections de sérosité sanguinolente ou pure, péritonites enkystées, anévrysmes, kystes divers (pancréas, etc.), rétrécissements de l'intestin, oblitérations de l'uretère, etc.], et même des tumeurs malignes.

B. On a songé à employer *certaines manœuvres* consistant principalement en introduction de liquides ou de gaz dans les cavités dont il s'agit de reconnaître la rupture.

1° L'ingestion d'un liquide, de préférence une potion opiacée, déterminerait, d'après Moty, une douleur vive et une altération des traits quelques secondes après son absorption, dans le cas de perforation perméable de la partie supérieure de l'intestin grêle.

2° Le procédé de Senn — insufflation d'hydrogène dans le rectum — destiné à déceler la perforation intestinale par la production artificielle d'un tympanisme rapide, avec disparition de la matité hépatique, a été si bien décrit et critiqué par Jalaguier que je n'ai rien à ajouter. Jusqu'ici, les chirurgiens européens, le trouvant sans doute infidèle et dangereux, n'ont pas paru très disposés à s'en servir.

3° Pour les mêmes motifs, l'injection d'eau ou d'air stérilisé (Keen) dans la vessie par l'urèthre est rarement utilisée. Cependant, il est juste de reconnaître qu'ici le procédé serait plus simple, plus innocent et probablement plus démonstratif.

C. Par la *ponction exploratrice* on peut trouver : *a.* du sang épanché et non reconnu par la palpation. Mais ce moyen est infidèle et n'est pas sans inconvénient.

b. Des liquides ou des gaz sortis de leur réservoir : bile, urine, etc. La ponction a donné assez fréquemment de bons résultats dans les cas de rupture de la vésicule, quelque temps après l'accident.

c. Plus tard, de la sérosité, du pus, du sang.

On voit donc que, si la ponction exploratrice peut être quelquefois avantageuse, son utilité reste limitée.

D. L'incision abdominale, la *laparotomie exploratrice*, paraît plus séduisante. En effet, elle doit nous permettre de rencontrer plus facilement les liquides ou les gaz épanchés, d'examiner directement les viscères eux-mêmes, et puis, elle devient, si nous le voulons, le premier temps des interventions opératoires, qui constituent le traitement le plus radical des lésions constatées. Elle a donc de très nombreux et de très chauds partisans. Elle a aussi des amis plus tièdes, dont quelques-uns sont un peu froids. Elle compte peu d'adversaires intransigeants. L'accord n'est pas encore établi parmi les chirurgiens sur ses indications ; les divergences sont minimes quant à ses modes d'exécution.

Si elle était absolument facile, à la portée de tous, inoffensive, elle obtiendrait sans doute la faveur générale. Tous les hommes de l'art, pour des raisons diverses, ne sont pas capables de mener à bonne fin une pareille entreprise. Pour ce qui est de son innocuité, c'est compromettre sa propre cause, que de crier bien haut qu'elle est constante et hors de doute. Il faut anesthésier le blessé pendant un temps plus ou moins considérable ; puis, quand la paroi est incisée, tout n'est pas dit. Il est nécessaire de faire des recherches, fatalement un peu longues, quelquefois très longues, car on ne saurait toujours se flatter de trouver tout de suite ce que l'on voudrait. Si l'on ne rencontre rien du premier coup, on est obligé de regarder encore. Si l'on tombe sur une lésion, il est indiqué d'aller de nouveau à la découverte, puisque nous avons appris que les lésions multiples sont fréquentes. Incontestablement, la laparotomie exploratrice ne va pas sans quelque péril. Il est donc sage de n'y avoir recours que si ses avantages l'emportent sur ses inconvénients.

C'est sur cette utilité et sur ses degrés que les meilleurs esprits sont encore divisés.

Marcher ainsi à l'aventure pour s'assurer de la présence de lésions présumées, disent les uns, c'est vouloir faire la laparotomie exploratrice dans presque tous les cas et s'exposer à pratiquer souvent des opérations inutiles. Ce serait vraiment abusif. D'ailleurs, pourquoi tenir tant à connaître, avec une rigoureuse précision, les désordres produits, s'il est démontré que, par un traitement très simple, exempt de toute intervention sanglante, on réussit à guérir la majorité des victimes? Et alors interviennent, à l'appui de cette manière de voir, des statistiques nombreuses. Au surplus, si nous ne sommes pas sur l'heure en mesure de nous prononcer sur la vraie nature de l'accident, nous verrons bien plus tard, d'après la marche des événements, ce qu'il en faut croire. Nous laisserons se dessiner des phénomènes plus caractéristiques. Et, mieux renseignés, nous agirons en conséquence.

A quoi les partisans de la laparotomie exploratrice répondent : S'il est certain que nous sommes condamnés à faire quelquefois des laparotomies « blanches », nous y arriverons plus rarement qu'on ne pense. Du reste, nous ne ferons courir alors à nos patients qu'un infime danger, car notre investigation sera facile et rapide. Dans le plus grand nombre des cas, nous trouverons des lésions qu'il nous sera possible de traiter sans retard par des moyens sûrs. Tandis qu'en attendant d'être éclairés par l'évolution du mal, vous exposez le blessé au plus redoutable sort. A ce moment-là, il n'est plus temps d'agir efficacement. Votre diagnostic tardif ne vous sert à rien.

Je crois, pour ma part, que le domaine de la laparotomie exploratrice mérite de s'étendre et s'agrandira de plus en plus dans ses applications au diagnostic des cas douteux.

L'incision doit être pratiquée sur le point où elle peut le plus facilement et le plus sûrement conduire sur la lésion cherchée. Les renseignements déjà obtenus, et notamment la localisation du traumatisme, donnent à ce sujet des indications habituellement assez nettes.

D'autres chirurgiens ont procédé autrement. Sachant que les liquides épanchés dans le péritoine gagnaient naturellement les parties déclives, ils les ont cherchés par une incision faite très bas, espérant les mieux trouver ainsi, tout en se contentant d'une ouverture petite. La boutonnière péritonéale a l'avantage de réduire au minimum les inconvénients de la blessure opératoire. Elle a réussi plus d'une fois à être démonstrative de la nature de la lésion. Mais elle me semble

justiciable de quelques critiques. Si l'état du malade est tellement sérieux qu'on puisse craindre de l'aggraver encore par une incision ayant quelques centimètres de plus, c'est qu'il existe chez lui non pas des lésions probables, mais des lésions certaines. En second lieu, il ne s'agit pas seulement d'apprendre qu'il y a une perforation de l'intestin par exemple, mais bien d'arriver ensuite sur elle pour la suturer. Il devient donc nécessaire d'agrandir la boutonnière. Alors où sont ses avantages? On peut même être exposé à l'obligation de faire une ouverture beaucoup plus grande qu'on ne l'eût faite en agissant d'une manière différente.

TRAITEMENT

Traitement médical. — Il consiste en un ensemble de moyens destinés à combattre les accidents généraux du shock et de l'hémorragie interne s'ils existent, à calmer la douleur présente, à immobiliser de toutes manières la région frappée ou les organes atteints, dans le but de favoriser la guérison naturelle, de prévenir les complications et enfin de les guérir si elles viennent à se produire. Stimulants, diverses injections de sérum, d'éther ou de caféine, repos absolu, diète, glace intus et extra, opium sous toutes ses formes, médications variées en rapport avec les états morbides constatés, telles en sont les principales bases. Il faut reconnaître que par cette thérapeutique simple on a obtenu un grand nombre de succès. Elle est acceptée par tous dans certaines conditions. En face d'un shock très grave ou devant un cas très léger, nous sommes unanimes à l'employer. Nous avons réussi, les uns et les autres, à obtenir ainsi la cure de déchirures assez étendues du foie, de la rate et surtout du rein. Mais l'accord cesse aussitôt en présence des cas douteux. Les partisans ardents de cette manière d'agir affirment qu'elle suffit amplement à donner des résultats très satisfaisants, alors même qu'il y avait lieu de penser à l'existence d'une lésion viscérale assez sérieuse. Les chirurgiens militaires, surtout dans ces derniers temps, ont publié une quantité d'observations semblables dont on doit tenir grand compte. Je fais le plus grand cas des statistiques publiées. Mais, vraiment, après avoir parcouru plusieurs centaines d'observations, après avoir réfléchi à ce que l'on a vu soi-même, on arrive à cette conclusion qu'un grand nombre de blessés ont succombé, malgré l'emploi correct du traitement médical. Qu'importe la proportion exacte et le pourcentage mathématique de ces malheureux, si l'on peut démontrer que, par d'autres moyens, on aurait réussi à en sauver la meilleure part?

Expectation armée. — Peut-on compter sur cette méthode mixte par laquelle on se propose, aussitôt qu'apparaissent les signes démonstratifs d'une lésion viscérale reconnue par tout le monde comme incurable par les moyens médicaux, d'adopter hardiment le traitement chirurgical? L'expérience démontre que ces signes révèlent, non pas la lésion elle-même, mais bien des complications déjà survenues; que, par exemple, ils indiquent une péritonite plutôt qu'une perforation intestinale. Et la chirurgie, qui eût possédé quelque puissance pour prévenir ces accidents graves, n'a plus qu'un faible pouvoir pour les combattre. Il est vrai qu'on espère gagner le mal de vitesse, en intervenant au moindre signal d'alarme. Hélas! on a beau courir vite, on est souvent dépassé. On est même autorisé, à ce point de vue, à faire à cette manière d'agir un reproche assez sérieux. Il m'a semblé que le repos, la diète, la glace, et surtout l'opium à dose élevée, masquaient l'évolution du mal, rendaient moins saillants, plus difficiles à apprécier, ces indices précieux, cette douleur, ces vomissements, cette anxiété, cette agitation, etc.; qu'attend l'instrument tranchant pour entrer en scène?

Traitement chirurgical. — Théoriquement, la laparotomie se présente à nous avec tous les caractères d'une intervention satisfaisante pour l'esprit. Elle nous permet, par les manœuvres qui la suivent et que seule elle peut rendre applicables, de soustraire le péritoine et les viscères à la souillure des liquides nuisibles, ou de les en débarrasser s'ils sont déjà envahis. Elle nous donne la possibilité d'arrêter, par des moyens sûrs, les hémorragies redoutables. Elle nous fournit l'arme la meilleure pour attaquer certaines complications tardives : abcès, kystes, etc.

Il est indéniable qu'un certain nombre de cas de contusions de l'abdomen sont au-dessus des ressources de l'art. Mettre au passif de la laparotomie pratiquée dans ces cas la mort qui a suivi l'intervention n'est pas apprécier équitablement les choses. L'abstention, le traitement médical n'auraient pas donné meilleur résultat. Il y a aussi des faits où le chirurgien rencontre, chemin faisant, des lésions tellement nombreuses, tellement étendues, tellement profondes, qu'il ne lui est pas possible de s'en rendre maître.

D'autre part, nous avons appris à mieux ouvrir le ventre, à marcher plus sûrement et plus vite, à trouver plus rapidement les lésions, à les traiter d'une manière plus correcte. Personne ne contestera que ces perfectionnements de la technique ne soient de nature à modifier sensiblement les résultats.

Autant que possible, la laparotomie doit être précoce. Le meilleur moment pour agir est celui qui sépare les phénomènes primitifs des phénomènes consécutifs. Cet intervalle de calme relatif entre la lésion elle-même et les complications dont elle est l'origine, cet intervalle existe habituellement, plus ou moins marqué, plus ou moins long. En général, c'est dans les vingt heures après l'accident que se trouve l'instant propice.

Dans la majorité des cas, le terme de vingt-quatre heures et même celui de dix heures sont trop éloignés comme limite de la précocité de l'intervention. Et déjà nous voyons surgir un bon nombre de faits dans lesquels les laparotomies exécutées dans les premières heures qui suivirent l'accident ont été couronnées d'un succès qu'on n'aurait probablement pas obtenu au bout de dix à vingt heures. On peut donc affirmer, dès aujourd'hui, que la laparotomie *immédiate* est encore préférable. Débarrassée des cas dans lesquels la laparotomie ayant l'air d'être précoce n'a été en réalité que retardée, la statistique deviendra meilleure, et l'écart encore trop faible entre les mortalités appartenant à chaque série augmentera notablement. Je ne vois qu'une contre-indication formelle à la laparotomie immédiate, mais elle est positive, c'est l'existence d'un shock tellement grave que le patient ne pourrait pas supporter le traumatisme chirurgical. On est bien obligé d'attendre alors le relèvement des forces; aussitôt qu'il s'est effectué, il faut agir.

En face d'accidents consécutifs déclarés on doit demeurer encore disposé à aller de l'avant. Jusqu'ici la majeure partie des laparotomies ont été faites dans ces conditions. On a obtenu quelques beaux succès, même sur des malades *in extremis*. Mais que de mécomptes on a enregistrés! Les chirurgiens ont bien montré déjà tous les avantages de la laparotomie précoce, moins grave et infiniment plus facile. « On n'a pas de ballonnement, disent justement Février et Adam, parlant à propos des contusions avec lésion de l'intestin; c'est à peine s'il existe de l'épanchement, et le ventre ouvert, on a sous les yeux toute la masse intestinale qu'on peut explorer rapidement. Tout autres sont les difficultés quand on a voulu attendre les prétendus signes avant-coureurs de la péritonite; presque toujours on intervient alors en pleine phlegmasie septique, et à peine la séreuse est-elle ouverte qu'on voit saillir et se précipiter au dehors les anses intestinales rouges, vascularisées, distendues. Ce n'est qu'au prix de manipulations longues et prolongées qu'on parvient à les réduire, surtout si l'on réfléchit que,

dans ce cas, la recherche de l'anse lésée devient extrêmement laborieuse et exige forcément une éviscération plus considérable.

On comprend quel est, en définitive, l'objet du grave litige qui sépare, à l'heure présente, les chirurgiens, dans la question des contusions de l'abdomen. La lutte n'est pas entre les abstentionnistes quand même et les interventionnistes à outrance. Tout le monde sait que certains cas commandent un traitement purement médical et que d'autres exigent une thérapeutique essentiellement chirurgicale. Mais l'accord n'est pas encore établi sur les indications, sur la conduite à tenir en présence de faits plus nombreux encore; il est désirable qu'il se fasse.

M. Demons termine en esquissant, dans ses détails, la technique des opérations destinées à combattre les diverses lésions viscérales que le chirurgien peut rencontrer, une fois le ventre ouvert.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement constitué de la façon suivante :

MM. Chauffard, Launois, Duguet, Toupet, Quénu, Faure, Demoulin, Blum, Porak et Doléris.

— Un concours pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le mardi 14 décembre prochain, à deux heures et demie. — Pour s'inscrire et renseignements, s'adresser au secrétariat des Hospices d'Orléans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


SIROP
DE
Proto-iodure de Fer inaltérable
DE
F. GILLE
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX
PHARMACIEN, 56, RUE DE SÈVRES, PARIS
Ce Sirop est très efficace contre les affections telles que :
Anémie
Chlorose
Lymphatisme
Tuberculose
DÉPOT : TOUTES PHARMACIES.

de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

M. le docteur Fage est chargé d'un cours complémentaire de clinique ophtalmologique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Govin (de La Feuillie).

— M. Riche, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première demonstration de médecine opératoire le lundi 18 octobre, à une heure précise, à l'École pratique, pavillon n° 7.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fête de la Toussaint.* — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés du 30 octobre au 2 novembre seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 novembre.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 5, septembre-octobre 1897.)— Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr.; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 119. — SAMEDI 16 OCTOBRE 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 16 OCTOBRE 1897. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement des tabétiques (1).

Par M. Maurice FAURE,
Interne à l'hôpital Saint-Antoine.

Le tabes dorsalis est une affection commune et dont l'évolution est ordinairement très lente. Pour ces deux raisons, il est peu de médecins qui, dans leur clientèle hospitalière ou civile, n'aient rencontré nombre de tabétiques. D'autre part, les symptômes du tabes sont variés, et, pour la plupart, fort incommodes, de telle sorte, qu'en définitive, peu de malades exigent des médecins autant de patience et d'habileté que les tabétiques.

De ces considérations découlent deux conséquences tout à fait opposées :

Quelques médecins, instruits, par leur expérience, des réelles difficultés que présente le traitement des tabétiques, ont pensé que, loin de s'épuiser en efforts inutiles, le praticien pouvait se désintéresser d'une manière presque complète de cette question. Romberg le disait déjà, en 1863, d'une manière fort explicite : « Contre le tabes, nous ne pouvons rien tenter ; le mieux est de laisser au patient sa tranquillité et de ne pas le torturer avec des remèdes... L'espoir de guérison ne luit pour aucun de ces malades. L'avenir est brisé pour tous; leur seule consolation est la longue durée de la maladie... Les interventions thérapeutiques ne peuvent que nuire et non être utiles. A l'incurable on promet une vie calme dans le cercle de ses parents, et une mort douce auprès de ceux qu'il aime. »

Quelques autres médecins, à vrai dire les plus nombreux, cherchèrent au contraire résolument la méthode thérapeutique capable d'arrêter ce processus implacable. De ces efforts naquirent une série de tentatives qui, presque toutes, donnèrent des résultats heureux. Mais, comme l'on croit aisément ce que l'on désire, les inventeurs ne doutèrent point que le procédé qu'ils préconisaient ne fût un véritable traitement du tabes, capable d'améliorer, sinon de guérir, tous les tabétiques. Ainsi, Duchenne (de Boulogne), Remak employèrent l'électricité; Charcot, le nitrate d'argent; Leyden, l'iodure de potassium; Erb, le traitement iodo-mercuriel. Moczukowsky (d'Odessa) recommanda l'élongation de la moelle, obtenue par la suspension, comme le seul traitement du tabes, et beaucoup, parmi nos maîtres, répétèrent son conseil. Brown-Séquard prêta la même vertu aux injections de suc testiculaire; Constantin Paul, aux injections de substance nerveuse, etc. — On peut dire aujourd'hui, après quelques années seulement écoulées, que ces affirmations eurent un résultat directement opposé à celui qu'en attendaient leurs auteurs, et en voici, selon moi, la raison.

Il y a deux manières de comprendre la thérapeutique d'une affection déterminée :

1° On peut faire le traitement de la maladie. Cela suppose que l'on possède le moyen d'agir directement ou indirectement sur la cause (agent pathogène, intoxication, infection, traumatisme, réflexe, etc.) de cette maladie, ou sur la lésion qui détermine les symptômes. C'est là que réside le principe des traitements par les vaccinations, par les sérums d'animaux immunisés, par les antitoxines, etc. : c'est là aussi le principe ordinaire des traitements chirurgicaux.

2° On peut faire le traitement du malade. Dans ce cas, on se préoccupe de faire vivre le malade dans une paix relative, en atténuant les symptômes qu'il présente.

En somme, dans la première manière, on supprime la cause de la symptomatologie, et, par conséquent, on supprime du même coup cette dernière : on fait de la thérapeutique pathogénique. Dans la deuxième manière, on cherche à atténuer ou à faire disparaître les symptômes, sans espérer atteindre leur cause : on fait de la thérapeutique symptomatique.

Eh bien, dans la question qui nous occupe, chacun de ceux qui présentèrent une méthode thérapeutique nouvelle la présenta comme un traitement du tabes, alors qu'il s'agissait d'un traitement du tabétique. Il en résulta que, parmi ceux qui expérimentèrent la méthode nouvelle, beaucoup, croyant obtenir une guérison, furent désillusionnés à ce point, qu'ils regardèrent comme nul un procédé thérapeutique qui, dirigé contre un symptôme déterminé, eût été fort capable de rendre des services. Nous ne connaissons point, en effet, la cause ou les causes du tabes, et, si nous connaissons sa lésion, nous ne savons point encore exactement à quels symptômes elle correspond. Quant aux symptômes, ils sont si variés qu'il est difficile de penser qu'ils puissent relever d'une thérapeutique unique.

(1) Cette Revue, faite au mois de juillet 1897, est antérieure aux travaux du Congrès de Moscou sur cette question. Ceux-ci ne m'ont pas paru devoir causer ici des remaniements.

Je me placerai donc nettement sur ce terrain : aucun des traitements du tabes dorsalis jusqu'ici publiés, ne me paraît devoir être accepté comme tel. J'examinerai donc seulement quels moyens nous avons à opposer aux manifestations symptomatiques multiples qui se présentent au cours de la longue évolution du tabes dorsualis. Je pense, en effet, qu'il faut être également éloigné des deux opinions extrêmes que j'exposais plus haut : laisser le malade aux soins de sa famille, ou chercher à le guérir par un moyen héroïque. La vérité me paraît être dans une opinion moyenne, car si les procédés dont nous usons actuellement ne nous permettent pas de guérir le malade, au sens anatomique de ce mot, au moins nous aident-ils souvent à le maintenir dans un état de santé équivalent à une guérison apparente et transitoire. Ce résultat me paraît très digne d'être poursuivi, et le but de cette étude est de réunir les moyens de l'atteindre.

I

THÉRAPEUTIQUE DU TABES

Avant d'y entrer, je tiens à m'arrêter cependant sur quelques méthodes qui ont eu des raisons de prétendre à exercer une action sur la cause ou la lésion du tabes. Celle qui mérite assurément la première place est la méthode de traitement antisyphilitique.

TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE. — Actuellement, et après des controverses multiples, il semble s'être fait un accord quasi-universel sur le point suivant : la syphilis est fréquente dans les antécédents personnels des tabétiques (70 p. 100, Fournier ; 90 p. 100, Erb), et il est probable qu'elle n'est pas étrangère à l'apparition des lésions nerveuses qui constituent cette maladie. Sans entrer dans une discussion qui nous paraît ici inutile, nous dirons seulement qu'il est légitime de tenter une cure antisyphilitique chez les tabétiques (1). Il en résulte des effets heureux consignés dans les statistiques. La plus favorable qui ait été publiée est assurément la suivante (2) : elle émane du service de Erb et comporte 58 améliorations sur 71 tabétiques traités. Les améliorations ont porté surtout sur les symptômes suivants : douleurs fulgurantes, anesthésies, ataxie, faiblesse musculaire, ophtalmoplégies, parésies vésiculaires et génitales, cécité. Elles n'atteignirent jamais les crises viscérales. M. le professeur Raymond (3) fait remarquer très justement qu'il existe des méningo-myélites syphilitiques, fort capables de provoquer un certain nombre de symptômes semblables à ceux du tabes : abolition du réflexe patellaire, ophtalmoplégies, paraplégies, douleurs en ceinture et douleurs fulgurantes, parésie vésicale, troubles de la sensibilité, etc. Or, ces symptômes peuvent fort bien disparaître sous l'influence du traitement iodo-hydrargyrique, car ils sont dus à des méningo-myélites curables. D'autre part, M. Raymond a vu plusieurs moelles sur lesquelles coexistaient les lésions du tabes et celles de la méningo-myélite syphilitique. On est donc fondé à penser que les symptômes atténués chez les tabétiques par le traitement iodo-hydrargyrique, tenaient à la coexistence de méningo-myélites curables. D'autre part, Leyden (1) pense que les tabes, guéris par cette méthode, étaient des méningo-myélites syphilitiques et, par conséquent, des erreurs de diagnostic.

Mais la disparition des symptômes du tabes au cours d'une cure mercurielle, ne pourrait-elle pas tenir à l'action du mercure sur la lésion du tabes ? Cette opinion n'a plus aujourd'hui de défenseurs, car ces lésions, fussent-elles d'origine syphilitique, ce qui n'est pas démontré, ne peuvent pas plus rétrocéder en face du traitement antisyphilitique que ne rétrocèdent les lésions chroniques du système nerveux, consécutives à une maladie infectieuse, en face du traitement antitoxique de cette affection (LEYDEN. Loc. cit.) (Exemple : les paralysies post-diphtériques). Il est permis de se demander, cependant, si le mercure et l'iodure, spécifiques assurément dans la syphilis, sont tout à fait dépourvus d'action en face d'autres processus quelle qu'en soit la cause, par exemple les processus scléreux. Pour l'iodure, au moins, une réponse négative serait probablement erronée et, toute considération de pathogénie syphilitique à part, l'iodure joue peut-être un rôle dans le traitement des lésions chroniques scléreuses, et en particulier du tabes (LEYDEN. Loc. cit. ; RAYMOND. Id.).

Erb a une manière originale d'expliquer les résultats remarquables que lui fournit cette méthode, dont il est le principal défenseur. Il pense qu'il existe toujours, dans l'organisme d'un syphilitique, quelque foyer ignoré, où s'élaborent des toxines spécifiques ; ces toxines agissent de façon continue sur le système nerveux, et y provoquent les altérations tabétiques. Agir sur le foyer par le traitement, c'est arrêter la cause qui engendre ces lésions et, par suite, suspendre la marche de ces lésions mêmes, sans cependant les faire rétrocéder. Ce n'est là qu'une théorie, qui suppose l'origine syphilitique du tabes (2).

Quoi qu'il en soit, et à quelque école qu'on appartienne, l'on ne peut contester l'action bienfaisante du traitement iodo-hydrargyrique chez un certain nombre de tabétiques, et son impuissance radicale chez d'autres. Il faut donc, si l'on veut tirer de cette méthode (dont la justification théorique, en somme, nous importe peu) les avantages que l'on en peut espérer, savoir distinguer les cas auxquels elle convient. Il n'est pas sûr, en effet, que le mercure ne puisse exercer un effet néfaste, sinon sur certains tabes, du moins sur certains tabétiques (3). Sans supposer, comme on l'a fait, que, non seulement il ne pouvait avoir d'action sur le tabes à la période d'état, mais qu'encore il stimulait la marche des lésions, l'on pense aujourd'hui qu'il est formellement contre-indiqué chez les tabétiques cachectiques, dyspeptiques, ou ayant de l'intolérance pour ce médicament (4).

Voici comment Erb pose, d'une manière fort précise, les indications de cette méthode (5) :

Le traitement antisyphilitique sera prescrit :

---

(1) Voyez en France : FOURNIER. *Ataxie locomotrice d'origine syphilitique (leçons de Saint-Louis)*, Paris 1882 ; — *Période pré-ataxique du tabes d'origine syphilitique*, Paris 1885 ; — *Traitement de la syphilis*, 1893. — RAYMOND. *Leçons de l'hôpital Lariboisière*, Paris 1894.

En Allemagne : ERB. Therapie der Tabes, leçon publiée en avril 1896 in *Samml. Klin. Vortr.*, nº 150.

(2) DINKLER. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1893, nos 15 et 20.

(3) RAYMOND. Loc. cit.

(1) LEYDEN. Leçon sur le traitement du tabes, traduite en français dans l'*Union méd.* du jeudi 9 juin 1892 (et suiv.), *Berlin. Klin. Wochens.*, 1892, nos 17 et 18.

(2) Voyez la note précédente.

(3) Voyez la leçon de FOURNIER, in *Bull. méd.* du 13 nov. 1891.

(4) RAYMOND. Loc. cit. — LEYDEN. Loc. cit.

(5) ERB. Loc. cit. — CHARCOT. *Leçons du mardi*, in publications du *Progrès médical*.

1° Au début du tabes, lorsque la contamination syphilitique connue ne remonte pas à une date trop éloignée.

2° Lorsque le tabes vient à éclore chez des malades sur lesquels on trouve des lésions syphilitiques.

3° Lorsqu'on reconnaît, dans l'histoire d'un tabétique, la possibilité d'une syphilis ignorée ou insuffisamment traitée.

C'est en limitant ainsi ce traitement, que Erb obtient les résultats très remarquables que j'ai mentionnés. Il pratique les frictions d'onguent mercuriel par périodes, concurremment avec un traitement hygiénique et diététique sévère, que nous examinerons plus loin. Pendant les intervalles qui séparent ces périodes, on instituera une cure thermale et on prescrira un traitement ioduré. Celui-ci peut être continué à peu près indéfiniment (Leyden, Raymond), alors que les frictions seront suspendues après quelques essais, si l'on n'en observe point de bons résultats.

Si donc l'on peut dégager des applications thérapeutiques utiles de ces multiples études, il n'en résulte point que la cure iodo-hydrargyrique puisse être regardée comme un traitement du tabes.

Médications dirigées contre la lésion tabétique. — La révulsion le long de la colonne vertébrale a toujours été regardée comme un moyen de diminuer les manifestations douloureuses du tabes (1). Elle se pratique le plus communément au moyen de pointes de feu (Charcot, Dujardin-Beaumetz, Raymond). On emploie aussi les applications de glace ou d'eau froide (Leyden); d'eau chaude (Dujardin-Beaumetz). D'une manière générale, ces procédés semblent agir favorablement sur les crises de douleurs fulgurantes; on peut supposer qu'ils déterminent, dans le champ des lésions, des modifications circulatoires réflexes. Quant à leur action sur la marche de ces lésions, elle est probablement nulle.

Par le passage de courants électriques à travers les cordons médullaires, Duchenne (de Boulogne) a tenté de modifier l'état des parties malades. Aujourd'hui, Erb pratique encore l'électrisation galvanique de la moelle et du grand sympathique de la manière suivante (2) :

La cathode est placée au cou (région du grand sympathique cervical), et reste immobile; l'anode est promenée le long de la colonne vertébrale. On fait passer des courants galvaniques de 5 à 20 milliampères. La statistique de Erb porte sur 66 tabétiques; 41 d'entre eux ont été améliorés. Il est juste d'ajouter que d'autres applications électriques, dirigées contre quelques symptômes en particulier, furent concurremment employées. Nous nous en occuperons plus loin.

Que faut-il penser de ces tentatives et quel résultat en doit-on attendre? Les auteurs contemporains paraissent pour la plupart y ajouter assez peu d'importance.

Il existe des médicaments qui ont eu, à certaines époques, la réputation d'agir sur le processus tabétique : tel est le nitrate d'argent (employé par Charcot), le seigle ergoté, le phosphore, la strychnine (Erb). Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'étudier maintenant leur emploi. Leyden les considère comme d'un effet nul; Dujardin-Beaumetz les croit franchement nuisibles et les autres ne semblent pas s'y intéresser.

(1) Raymond. Loc. cit. — Dujardin-Beaumetz. *Bull. gén. de thérap.*, t. CXVII, 1889, 1re leçon.

(2) Erb. Loc. cit., et *Traité d'électrothérapie.*

Je dois parler enfin de la tentative thérapeutique de Brown-Séquard, qu'il faut bien placer parmi les méthodes de traitement du tabes, puisque l'auteur publia plusieurs observations de guérison complète (1). Cette tentative était basée sur cette considération que l'ablation des testicules s'accompagne, chez les animaux et chez l'homme, de modifications de la nutrition générale. L'auteur y vit une raison d'employer le suc extrait de ces organes à tonifier le système nerveux et à diminuer ses réactions en face des causes qui le blessent. Il expérimenta, avec un égal succès, sur des sujets sains et sur des malades atteints de troubles dynamiques (neurasthénie), ou de lésions anatomiques. Il pensa que cette substance bienfaisante était capable de rendre des forces à un système nerveux affaibli par l'âge, le surmenage, la dénutrition, et de faire disparaître les symptômes qui traduisent d'ordinaire les lésions organiques. De cette sorte, le suc testiculaire devenait, non seulement le traitement du tabes, mais encore le traitement de toutes les affections nerveuses. S'il était incapable d'amener la résolution des lésions organiques, du moins compensait-il entièrement leurs effets. Comme d'habitude, les prétentions exagérées de cette méthode causèrent sa perte, et tandis que des médecins autorisés l'employaient sans en retirer les succès promis, le public n'y voyait plus que l'application nouvelle d'anciennes croyances, familières aux thérapeutes primitifs. Pline rapporte qu'on employait à Rome le sperme d'âne pour guérir l'impuissance, et l'on sait que, dans des civilisations moins avancées, les chasseurs avaient soin de manger les organes mâles de leur proie abattue pour hériter de sa force et de son courage. Je reviendrai sur l'étude de cette question, dans une prochaine étude sur les médications par les sucs organiques en général. J'abandonne donc aujourd'hui l'examen des théories qu'elle comporte. Mais, au point de vue pratique, il est assuré qu'on ne saurait compter sur elle dans le traitement du tabes, et qu'il convient, pour le moment, d'en réserver l'emploi.

II

Thérapeutique des tabétiques

J'en ai terminé avec les médications dont les prétentions furent certainement excessives, et qui, après avoir été instituées pour lutter contre la cause et la lésion du tabes, ne semblent pas devoir rentrer aisément dans la thérapeutique symptomatique de cette affection. J'arrive maintenant à des tentatives inspirées par des idées variées : les unes furent, elles aussi, regardées comme des traitements pathogéniques ou anatomiques, les autres essayèrent seulement d'atténuer ou de compenser les troubles moteurs ou sensitifs les plus incommodes; d'autres, enfin, ne prétendant point à se justifier théoriquement, se sont appuyées seulement sur leurs résultats.

Je ne tiendrai aucun compte de ces différences d'origine : toutes ces méthodes, en effet, ont ceci de commun qu'elles luttent, efficacement ou non, contre un symptôme ou un groupe de symptômes déterminés. Il s'ensuit que leur indication est posée seulement sur le diagnostic de ce symptôme, et qu'il ne faut point leur demander autre chose que de l'atténuer. Ainsi limité, leur effet est utile, et si l'on veut bien considérer qu'à chaque symptôme correspond une série de moyens thérapeutiques, on en conclura que, si le

(1) Voyez *Arch. de physiol.*, 1889, p. 491; 1890, p. 201, 443, 641, etc.

traitement du tabes est encore à construire, le traitement du tabétique peut être déjà construit d'une manière presque complète. Mais il faut, pour le considérer comme tel, que le médecin accepte les considérations qui se dégagent de tout ce que je viens de dire et que je résumerai ainsi :

Renoncer à obtenir, par un moyen thérapeutique, la guérison du tabes. — Chercher, par tous les moyens que l'expérience a mis à notre portée, à atténuer les souffrances du tabétique. — S'astreindre, sans opinion préconçue, à parcourir toute la série des procédés mis en œuvre pour lutter contre un symptôme déterminé, jusqu'à ce qu'on ait trouvé celui qui, chez un malade donné, réussit le mieux ; et, alors même qu'il n'en existerait point, soutenir par ces tentatives la confiance du malade et l'espérance de sa guérison. — Savoir que le tabétique (qui est souvent, par son tempérament, par la nature même de son affection, par son éducation, par son milieu, un névropathe), est prompt à l'espérance et au découragement. — Le tenir à une égale distance de ce contentement excessif qui accompagne fréquemment les améliorations légères et qui a fait la fortune momentanée de presque toutes les médications antitabétiques, et de la dépression, non moins excessive, où il se jette volontiers après une espérance trompée. — Ne promettre, enfin, à ce malade, que ce qu'il est possible de lui donner, et savoir l'obtenir de la thérapeutique, en ne lui demandant que ce qu'elle peut fournir.

Je pense pouvoir aborder maintenant avec fruit l'étude des indications thérapeutiques au cours du tabes.

1° Thérapeutique des douleurs fulgurantes. — Ces douleurs sont d'origine médullaire, mais sont ressenties à la périphérie. Il semble donc que les révulsifs ou les anesthésiques, dirigés sur le trajet de la douleur ou sur le point où elle est perçue, puissent difficilement agir. Ils ont été cependant employés en grand nombre : frictions chloroformées ; pulvérisations au chlorure de méthyle ; pointes de feu ; électricité sous forme de courants faradiques intenses, suivant le trajet des douleurs, et sous forme de bain statique. Je dois citer encore l'enveloppement du membre dans une bande de flanelle roulée (1). Mais la thérapeutique de choix sera évidemment l'emploi des analgésiques. Antipyrine (1 à 4 grammes) (l'intolérance se manifeste par des éruptions scarlatiniformes, des troubles gastriques, des vertiges). — Acétanilide ou antifébrine (25 centigrammes à 2 grammes) (donne à certains malades une teinte bleutée des téguments). — Salicylate de soude (2 à 4 grammes). — Salophène. — Chloral. — Anilipyrine. — Phénacétine. — Exalgine. — Bleu de méthylène.

Chaque maître recommande particulièrement l'un de ces analgésiques. Comme ces médicaments seront supportés d'une manière très différente par les malades et que, d'autre part, leur action bienfaisante, qui varie avec les individus, s'épuise d'ordinaire au bout de peu de temps, le mieux est de ne point adopter de règle fixe et d'essayer, avec chaque malade, toute la série. Il est rare qu'un tabétique ne s'accommode point au moins de l'un d'entre eux. Mais si l'on veut en retirer tout l'effet utile, il faut le donner à dose massive, au début même de la crise douloureuse. Lorsque celle-ci est pleinement constituée, il peut arriver que l'action ne se produise point (Hirschberg).

(1) Voyez, pour les détails de ces moyens, les leçons de M. Raymond, ariboisière 1894 ; — La Salpêtrière 1897.

Quant aux médications externes que j'ai citées, il en est une dont plusieurs maîtres s'accordent à maintenir l'efficacité : c'est la faradisation énergique (Kumpf, Raymond, Erb). Leyden pense que des séances douloureuses de dix minutes de durée impressionnent utilement les nerfs sensitifs — et plus favorablement encore le malade.

Une autre médication externe, dont les bienfaits sont assurément supérieurs à ceux des précédents, est la suspension. Je l'étudierai longuement à propos de ses autres indications.

2° Thérapeutique de l'ataxie et du signe de Romberg. — D'une manière générale, c'est là le symptôme qu'il est le plus facile d'atténuer. En effet, il est remarquable que toutes les médications usitées dans le tabes ont invoqué, comme preuve de leur efficacité, avant toute autre chose, l'amélioration de l'ataxie. En voici la raison : outre la réelle difficulté que le tabétique éprouve à coordonner les mouvements de la marche, il perd souvent, assez vite, toute confiance dans sa stabilité. Il craint les chutes et il hésite à faire des entreprises que la peur lui interdit, mais que le degré réel de son ataxie pourrait lui permettre. L'on comprend, dès lors, que si, par un moyen quelconque, on fait pénétrer dans son esprit cette conviction que son ataxie est améliorée, il tentera, sans frayeur, des épreuves inaccoutumées, qu'il réussira aussitôt jusqu'au jour où une chute inattendue lui rendra ses craintes premières. Il ne faut donc accepter comme amélioration réelle de l'ataxie que les améliorations lentes, progressives et durables. Du reste, l'ataxie peut réellement être améliorée, et d'une manière très remarquable. C'est une constatation d'autant plus intéressante qu'il s'agit là du symptôme qui attire le plus l'attention du malade et de sa famille, du symptôme qui le rend incapable de vivre de la vie ordinaire, de gagner sa vie ; pour cette raison, c'est aussi le symptôme dont la progression le préoccupe le plus, car elle fait vite un infirme d'un homme valide. La possibilité de cette amélioration est basée sur les considérations suivantes, que je dégage de l'article inaugural de Frenkel (1) et d'une leçon doctrinale de Leyden.

C'est un principe tout à fait général qu'une lésion anatomique qui détermine des troubles détermine aussi un effort de l'organisme pour compenser, d'une certaine manière, les troubles produits. Qu'il s'agisse de troubles anatomiques compensés par d'autres troubles anatomiques (lésion de la valvule mitrale compensée par l'hypertrophie du cœur gauche), qu'il s'agisse de troubles fonctionnels compensés par d'autres troubles fonctionnels, ce principe est vrai, et le médecin doit s'efforcer de seconder, quand il le peut, cet effort de la nature. Or, l'ataxique a perdu la faculté de coordonner ses gestes d'une manière normale (c'est-à-dire : 1° en percevant les sensations musculaires et articulaires qui le renseignent sur la position de ses membres et sur l'étendue de l'effort à fournir ; 2° en réglant inconsciemment l'excitation volontaire sur ces renseignements et sur la connaissance du but à atteindre). Il fait donc instinctivement tous ses efforts pour coordonner ses mouvements d'une autre manière : 1° en surveillant par la vue le geste qu'il doit exécuter ; 2° en concentrant la puissance de sa volonté consciente pour imprimer à ses muscles une contraction proportionnée au but qu'il veut atteindre. La gêne de ses mou-

(1) Frenkel. *Münch. Med. Wochens.*, 1890, n° 52, et Leyden. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1892, nos 17 et 18, et *Union méd.*, 9 juin 1892. Paris.

vements dans l'obscurité est une preuve du rôle joué par sa vue, et la fatigue cérébrale rapide qui accompagne ses efforts indique l'intensité de son attention. Le médecin ne peut-il donc seconder cette tentative thérapeutique naturelle?

Eh bien, le médecin peut le faire et cette idée, entre les mains de Frenkel, a fait naître toute une série de moyens pratiques qui permettent de faire subir au tabétique une véritable rééducation de la coordination. Celle-ci, en effet, n'est pas une faculté innée : on ne naît pas coordonné, on le devient sous l'effort de l'éducation. Tous les gestes de l'homme sont appris, et s'il en est quelques-uns d'instinctifs chez l'individu, ils ont été appris par l'espèce. On pouvait donc tenter de rendre à l'ataxique la faculté de coordination, qu'il a perdue, par une éducation nouvelle. Soumis à cette thérapeutique, l'ataxique, par l'effort de son attention, de sa mémoire, de sa volonté, de son intelligence, réapprend à coordonner sous le contrôle de sa vue, et même, plus tard, sans le contrôle de sa vue (1).

Voici quels sont les moyens employés pour arriver à ce but. Je les emprunte à l'étude du docteur Hirschberg (2) qui a codifié cette méthode de thérapeutique et à la leçon que M. Raymond a consacrée à l'examiner (3).

L'ataxique sera soumis à une série d'exercices journaliers sous la surveillance du médecin, ou du moins d'une personne suffisamment sévère et intelligente. Ces exercices reproduiront la série des mouvements simples qui composent un acte coordonné et il seront gradués, en allant du simple au composé. On ne passera à un nouvel exercice que lorsque le précédent sera répété à volonté, sans fatigue et sans incoordination. Lorsqu'un acte coordonné relativement simple pourra être exécuté sans difficulté, on entreprendra, de la même manière, l'étude des actes coordonnés complexes. Les séances ne dureront pas plus d'une demi-heure et seront formées de quatre reprises de cinq à six minutes de durée, séparées par des intervalles de repos. On peut faire deux séances par jour. Du reste, les séances seront d'autant plus longues et nombreuses que le sujet sera depuis plus longtemps soumis au traitement.

Exemples de mouvements exécutés :

Membres inférieurs. — 1° Le tabétique est au lit. Fléchir, étendre le pied sur la jambe, la jambe sur la cuisse. Porter le talon gauche sur le genou droit. Écarter et rapprocher les genoux, les jambes étant fléchies. Passer le pied au-dessus d'une canne étendue.

2° Le tabétique est debout. Se tenir les pieds écartés, puis progressivement rapprochés. Porter un pied en avant à une place exactement déterminée d'avance. Marcher droit.

3° Exercices compliqués. Se lever et s'asseoir sur une chaise sans s'aider des mains. Partir et s'arrêter au commandement. Se retourner, se baisser et se relever sans aide. Se tenir sur un seul pied.

Refaire tous ces exercices sans le contrôle de la vue.

Membres supérieurs. — Toucher avec un doigt un point déterminé. Suivre avec un gros crayon de menuisier des tracés au tableau. Même exercice avec une plume et du papier. Lignes droites, courbes, brisées; lettres de grandes dimensions, de petites dimensions. Attraper au vol un objet lancé de dimensions de plus en plus petites. Ramasser à terre de petits objets : épingles, pièces de monnaies, etc.

Je ne puis développer ici davantage ce qui a trait à ce mode de traitement; j'en ai fait du reste une étude complète dans la *Presse médicale* du 17-21 octobre 1897. Je me bornerai ici à reproduire ses résultats et ses indications.

Il a été expérimenté par Leyden (1), Betcherew (2), Raïchline (3); Erb (4), Belugou (5). Il a été appliqué successivement aux tabétiques du service de M. Dujardin-Beaumetz (6) et aux tabétiques du service de M. le professeur Raymond (7), par le docteur Rubens Hirschberg. La réunion des résultats obtenus par ces auteurs m'a donné une statistique de quarante-cinq cas qui plaident, à peu près tous, en faveur de cette méthode. Quelques malades ont été améliorés d'une manière très remarquable : après avoir été confinés au lit pendant des années, ils ont repris des métiers qu'ils exercent correctement depuis (8).

La moyenne de durée de ce traitement est de un à deux mois environ. La durée de l'amélioration est indéfinie, chez les ataxiques ayant atteint une période où l'ataxie ne progresse plus; elle est de courte durée si l'ataxie est en train de se constituer. Le degré de l'amélioration obtenue n'est pas le même chez tous les malades : elle est d'autant plus accentuée que l'ataxie était arrivée à un haut degré, qu'elle s'était constituée rapidement, qu'elle n'avait plus aucune tendance à progresser. On peut donc regarder comme étant les plus favorables à ce traitement les cas où une ataxie très accentuée, après s'être installée en quelques semaines ou quelques mois, se maintient depuis quelques années stationnaire.

Par contre, il est des cas où il est impossible ou inutile d'appliquer ce traitement : 1° ceux où le tabétique ne possède plus les qualités indispensables à l'application de cette méthode : intégrité de l'intelligence, de la vue, de la puissance musculaire, du squelette et des articulations; 2° ceux où le tabès affecte une forme grave, où l'ataxie n'est qu'un élément peu important, où les symptômes viscéraux se précipitent, où l'état général devient de plus en plus précaire; 3° ceux où l'ataxie est encore en voie d'évolution progressive, et ceux où elle est absolument généralisée.

Ces cas étant réservés, on peut admettre, en principe, que tous les ataxiques soumis à ce traitement sont améliorés d'une manière progressive, jusqu'à une certaine limite, très variable, allant de la disparition quasi complète de l'ataxie à des bénéfices légers (se promener seul, monter et descendre les escaliers, etc.). Quant à la manière dont s'établit cette amélioration, M. Hirschberg pense que chaque ataxique réapprend un exercice à peu près dans le même temps et avec la même peine qu'il en eût mis, étant sain, à l'apprendre pour la première fois; avec cette réserve, bien entendu, qu'il est un certain degré de perfection auquel il eût

(1) Frenkel, *Zeits. f. Klin. méd.*, t. XXVIII, fasc. 1 et 2, p. 32.

(2) Hirschberg. *Bull. gén. de thérap.*, 1893. — Frenkel. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1895.

(3) Leçons du vendredi, publiées in *Rev. internat. de thérap. et pharmacol.*, 17 mai, 16 juin et 16 juillet 1896; et *Leçons de la Salpêtrière*, 1896, Paris 1897.

(1) *Berlin. Klin. Wochens.*, 1892, nos 17 et 18.

(2) Betcherew. *Neurol. Centralbl.*, 1894; et Ostankoff. *Neurologuilscheski-Vielsnik*, t. II, facs. 3, 1894.

(3) *Journ. de méd. de Paris*, 1896.

(4) Erb. *Therapie der Tabes*; — *Samml. Klin. Vortr.*, n° 150.

(5) Belugou (de Lamalou). *Arch. gén. de méd.*, fév. 1896.

(6) Hirschberg. *Bull. gén. de thérap.*, 1893.

(7) Hirschberg. *Arch. de neurol.*, 1896, nos 9 et 11.

(8) On trouvera les détails de cette statistique et des observations très démonstratives dans l'étude que j'ai publiée dans la *Presse méd.* du 17-21 octobre 1897. Voyez aussi les leçons déjà plusieurs fois citées de M. Raymond.

pu prétendre étant sain et qu'il ne peut atteindre, étant tabétique.

3° Thérapeutique des douleurs en ceinture et des crises viscérales douloureuses. — Des troubles de la miction et de la défécation. Des troubles génitaux. — Des troubles trophiques (maux perforants) et des troubles d'origine névritique. — Je forme ce groupe hétéroclite, parce que tous ces accidents, malgré leur dissemblance, sont justiciables d'une méthode thérapeutique unique, dont le passé mérite d'être exposé avec quelques détails.

L'élongation des troncs nerveux est un traitement chirurgical applicable aux névralgies rebelles à toute thérapeutique médicale. Ce procédé, qui n'est du reste pas très employé, reste, comme ultime ressource, dans la lutte contre les névralgies assez opiniâtres pour rendre la vie du malade insupportable, et il y a donné quelques succès. Langenbuch [de Berlin (1)] eut l'idée de l'employer au traitement des douleurs fulgurantes, et il fit l'élongation des nerfs sur le trajet desquels s'étendait la douleur : c'est-à-dire les sciatiques et les cruraux. Il ne tarda pas à présenter ce procédé comme un traitement du tabès et il fut expérimenté comme tel un peu partout. Il n'est point nécessaire de reprendre actuellement la critique des observations qui furent fournies, et je me bornerai à répéter les conclusions qui en ont été plusieurs fois dégagées : indépendamment des accidents opératoires graves ou mortels qui ont accompagné assez souvent de semblables interventions (infections, troubles trophiques) et qui, peut-être, seraient plus rares maintenant avec une technique sévère, les résultats fournis par cette méthode n'autorisent point à la conserver.

Mais il est né d'elle une application qui semble devoir donner les résultats les plus remarquables dans le traitement des ulcères trophiques (maux perforants des tabétiques). On sait que ces ulcérations sont tout à fait rebelles à toute thérapeutique médicale et chirurgicale. Il est des malades sur lesquels l'on a pratiqué une série d'amputations successives sur le membre inférieur, depuis l'amputation d'un orteil jusqu'à l'amputation de la cuisse, dans le but de poursuivre un mal perforant qui récidivait immanquablement dans la cicatrice opératoire. Après l'amputation de la cuisse, il fallait évidemment s'arrêter et le malade restait avec son mal perforant après avoir subi cette série d'interventions dangereuses et inutiles. Sans être pessimiste, on peut donc admettre qu'un tabétique porteur d'un mal perforant devait le garder. Or M. Chipault (2) a dirigé contre ce symptôme l'intervention suivante :

A. Élongation des nerfs plantaires sous la malléole interne, du musculo-cutané sur la malléole externe, du saphène externe sur le bord du tendon d'Achille, c'est-à-dire élongation du tronc nerveux sur le territoire cutané duquel se trouve l'ulcération. — B. Curage de l'ulcération, abrasion des bords, suture de ces bords.

Dans la totalité des cas la réunion par première intention fut obtenue, et l'intervention opératoire ne fut suivie d'aucun accident. Mais, chez un malade, l'ulcération récidiva à la même place, un mois après. Chez un autre malade, il se produisit des ulcérations analogues sur des territoires nerveux voisins, six mois après. Chez les cinq malades restant, il n'y eut pas de récidive, deux d'entre eux furent suivis quatre et sept mois, et trois, durant deux années.

Indépendamment de cette application restreinte, l'idée de l'élongation a fourni une méthode thérapeutique qui est sans contredit la plus importante de toutes celles que nous examinons ici. C'est le hasard qui l'a fait découvrir. Moczukowsky, médecin à Odessa, ayant suspendu, pour l'application d'un corset de Sayre, un ataxique atteint de déviation de la colonne vertébrale par atonie des muscles spinaux, constata que cet ataxique était considérablement amélioré. Il répéta naturellement son expérience avec d'autres ataxiques et eut le même succès (1). Il se demanda alors à quoi était due cette amélioration que l'expérience lui enseignait sans l'expliquer. Or, deux éléments pouvaient intervenir : la suspension et le corset. Il soumit donc deux séries de malades, l'une à la suspension, l'autre à l'application du corset, et arriva à rapporter à la suspension seule l'action thérapeutique constatée.

Je dois dire cependant que cette application du corset ne fut pas considérée par la suite comme absolument inutile. Hessing, en Allemagne, en fit un procédé de traitement du tabès qui jouit de beaucoup de vogue. Il place autour du torse et du cou du malade un corset de toile renforcé de lames d'acier ; ce corset, qui prend point d'appui sur les os iliaques et sur les épaules, soutient le poids de la tête et soulage, par suite, la colonne vertébrale. Ce procédé, appliqué seulement aux cas où la colonne vertébrale s'affaisse par suite du relâchement des muscles du tronc, paraît pouvoir soulager le malade ; appliqué à tous les tabétiques, il mérite les critiques que Leyden lui a adressées (loc. cit.).

Quoi qu'il en soit, Moczukowsky abandonna le corset, et chercha à se rendre compte du mode d'action de la suspension. Il remarqua sur le cadavre que cette pratique allongeait la colonne vertébrale de 25 millimètres environ et que les racines rachidiennes, tirées de haut en bas, tendaient à passer de la position horizontale à la position verticale. Il en déduisit que cette traction se faisait sentir dans la moelle, et que, au total, la suspension pratiquait l'élongation des racines et de la moelle. Sa méthode était dès lors complète, mais la publication qu'il en fit n'eut que fort peu de retentissement jusqu'au jour où M. Raymond, ayand appris de Moczukowsky lui-même à la pratiquer, l'introduisit à la Salpêtrière. Charcot lui consacra alors une étude (2) ; de ce moment, elle fut célèbre et il est peu de cliniques où on ne l'ait appliquée. Différentes statistiques furent publiées depuis cette époque et je les reproduis ici : Statistique du service de Charcot (3) [15 mars 1889] ; 38 améliorations sur 50 tabétiques traités. — Statistique du service de Dujardin-Beaumetz (4) [15 juillet 1889] ; 19 améliorations sur 25 cas. — Spillmann, de Nancy (5) [novembre 1889] ; 4 améliorations sur 6 cas. — Tiberghien, de Bruxelles (6) [20 juillet 1889], 17 améliorations sur 26 cas. Clinique de

(1) Ueber Dehnung Nervenslamme beï tabes Dorsalis, in *Berlin. Klin. Wochens.*, 1878.
(2) Séance de l'Acad. de méd., 6 avril 1897, publiée dans la *Médecine mod.* du 7 avril 1897.

(1) *Wratsch*, 1883, et *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889.
(2) J.-M. Charcot. *Leçons du mardi*, 15 janv. 1889.
(3) *Progrès méd.*, 1889.
(4) *Rev. de thérap.*, 15 juillet 1889.
(5) *Progrès méd.*, nov. 1889.
(6) Soc. méd. de Bruxelles, 20 juillet 1889.

Mendel (1), 25 sur 52 cas. — Hôpital Moabit (2) [Berlin], 5 sur 10. — Ladame (3), 7 sur 15. — Balaban (4), 8 sur 9. — Enfin une nouvelle statistique du service de Charcot (Gilles de La Tourette) est publiée le 7 juin 1890 (5) et donne 55 améliorations sur 100 cas traités. — En résumé, on peut considérer ces statistiques comme donnant, en moyenne, une amélioration dans plus de la moitié des cas traités.

Examinons maintenant comment on pratique cette opération. On emploie l'appareil de Sayre (de New-York), lequel se compose d'un portant de fer suspendu à une mouffle fixée au plafond. A la partie médiane de ce portant est appendue une double courroie qui soutient le menton et l'occiput du malade et que l'on règle sur la forme individuelle des têtes. Aux extrémités sont fixées deux lanières de cuir dans lesquelles le malade engage ses bras jusqu'à l'aisselle et dont on règle la longueur de telle sorte que la traction ne s'exerce pas uniquement sur ces brassières ou sur la tête du malade mais bien également sur les deux (6). L'appareil étant ainsi mis en place, un aide, au moyen de la moufle, enlève le patient au-dessus du sol et le maintient à quelques centimètres, pendant une durée de une à quatre minutes. Le malade soulève alors doucement les bras, en les écartant du tronc, afin de diminuer la traction qui s'exerce sur eux et d'exagérer d'autant celle qui s'exerce sur le crâne. On comprend que, pendant cette manœuvre, le poids de la cage thoracique, de l'abdomen et des quatre membres est supporté par la colonne vertébrale appendue au crâne fixé à l'appareil; celle-ci supporte donc une traction égale au poids total de ces parties, moins le poids supporté par les brassières sous-axillaires. Il s'ensuit que cette traction variera beaucoup avec les individus.

On pratiquera deux ou trois suspensions par semaine et la durée d'un traitement doit être, en moyenne, d'une trentaine de séances; après s'être reposé quelques semaines, le malade pourra se soumettre à une nouvelle cure.

On peut penser de suite qu'une telle pratique ne saurait être du goût de tous les malades, et il est intéressant de constater que, d'une manière constante, lorsqu'une série de malades est soumise à la suspension, un tiers environ abandonnent le traitement dès les premières séances, pour des raisons dont les statistiques ne font pas mention. De cette sorte, une statistique qui donne, par exemple, 30 améliorations sur 50 malades traités, a été commencée, en réalité, avec 75 malades environ sur lesquels 25 ont abandonné le traitement dans les premières séances. Si nous essayons de tenir compte de ce déchet, qui est considérable, nous admettrons que le nombre des améliorations qui est supérieur, nous l'avons dit, à la moitié des malades régulièrement traités (c'est-à-dire ayant subi un minimum de quinze séances), n'atteint pas la moitié des malades soumis à la suspension (7). Tous ceux qui sont débiles, affaiblis, qui ont des tendances aux fractures spontanées, aux crises laryngées, aux ictus, aux vertiges, ne devront pas d'ailleurs être soumis à cet exercice violent. Ceux qui sont obèses, congestifs, œdémateux, qui ont des tendances à l'apoplexie, aux congestions, aux syncopes, seront aussi respectés. La coexistence d'affections cardiaques et pulmonaires (emphysème, phtisie, aortite et myocardites chroniques, artériosclérose), la fragilité de la mâchoire et des dents, seront aussi des contre-indications formelles. Tout cela réduit encore beaucoup les résultats de la suspension.

Il importe, en outre, d'être prudent dans l'emploi de ce procédé, car il n'est pas innocent (1). Tout d'abord, le médecin assistera lui-même aux séances et les dirigera. Des cas de mort par strangulation, par syncope, par apoplexie ont été publiés, qui ne fussent vraisemblablement pas survenus en la présence du médecin traitant. En outre, celui-ci surveillera avec soin l'application des courroies, car leur emploi maladroit a donné lieu à des accidents regrettables : paralysies brachiales par compression; cyanose de la face, etc. (2). Enfin, même avec des précautions entièrement prises, et en l'absence de toute contre-indication, les premières suspensions peuvent donner lieu à des surprises qui exigent l'abandon immédiat de ce procédé thérapeutique : rupture des vaisseaux athéromateux; syncopes chez des malades très impressionnables; apparition de crises laryngées, etc.

Toutes ces réserves faites, que peut-on attendre de la suspension?

Eh bien, quoique sa prétention soit évidemment d'agir sur la lésion même du tabes, par des modifications de la circulation générale retentissant sur la circulation médullaire (Charcot); par une action réflexe analogue à celle qui se produit dans la moelle d'un lapin dont on tiraille le sciatique (Dujardin-Beaumetz); par la rupture des adhérences méningées et névrogliques qui gênent la fonction de conduction des fibres nerveuses [Althauss (3)]; c'est parmi les médications symptomatiques que je l'ai rangée. En effet, il est remarquable que ce sont toujours les mêmes symptômes qui cèdent à la suspension :

1° Les douleurs fulgurantes et les douleurs en ceinture; les crises deviennent rares et parfois disparaissent.

2° L'ataxie. L'amélioration qu'y apporte la suspension ne me paraît pas égale à celle qui résulte de l'application de la méthode de Frenkel. En effet, après avoir éliminé les tabétiques présentant des contre-indications à l'emploi de cette méthode, on est en droit d'attendre d'elle une amélioration de tous les ataxiques. Eh bien, en éliminant de la même manière les tabétiques qui ne sauraient être soumis à la suspension, nous savons que nous ne devons espérer une amélioration que dans la moitié des cas. Or, parmi les tabétiques améliorés, tous ne sont pas ataxiques, et ceux qui sont ataxiques ne sont pas tous améliorés quant à leur ataxie. Nous savons donc seulement que la suspension est capable d'améliorer l'ataxie dans certains cas, dont nous ne pouvons fixer ni la nature, ni le nombre, mais celui-ci ne peut dépasser la moitié des malades atteints. Si on ajoute à ces considérations que les contre-indications de la suspension sont beaucoup plus étendues que celles de la méthode Frenkel, que la suspension présente des inconvénients et des dangers qui lui sont propres; enfin, que beaucoup d'ataxiques qui ne peuvent être suspendus, peuvent, sans aucun inconvénient, être soumis à la rééducation, on verra

(1, 2, 3) *Progrès méd.*, 1890.
(4) Th. de Paris, 1889.
(5) *Progrès méd.*, 7 juin 1890.
(6) Voyez les études de M. Gilles de La Tourette, in *Iconographie de la Salpêtrière*, 1889, p. 84, et 1890, n° 3, avec figures explicatives.
(7) Blocq. Contre-indications de la suspension, in *Bull. méd.* du 22 juin 1889.

(1) Voyez les Revues générales de Raoult, in *Progrès méd.* de 1889 et 1890.
(2) Gilles de La Tourette. *Progrès méd.*, 1889.
(3) Althauss. *The Lancet*, 1889.

aisément à laquelle de ces deux méthodes il faut donner la préférence dans le traitement de l'ataxie.

3° Les troubles de la miction, de la défécation, les troubles génitaux. Ici, la suspension n'a point de rivale (1) et l'on peut, en toute assurance, la considérer comme le meilleur moyen, aujourd'hui à notre portée, pour agir contre ces accidents. Si l'on songe à l'importance de ces troubles, au retentissement rapide qu'ils ont sur l'état physique et moral du tabétique, si l'on constate, d'autre part, que c'est sur eux que porte le plus constamment l'amélioration produite par la suspension, on en conclura qu'elle est la méthode de choix pour tous les cas de tabes où les symptômes viscéraux dominent.

4° Les crises viscérales douloureuses (gastriques, etc.). Il est remarquable de voir que la suspension est capable d'amoindrir et de faire disparaître les crises gastriques, car c'est assurément, de tous les symptômes du tabes, celui contre lequel nous sommes le plus impuissants. Sans doute, on a essayé contre ces crises la série des analgésiques, l'électrisation localisée, les modifications du suc gastrique par les agents classiques (acide chlorhydrique, bicarbonate de soude), mais le peu de succès de ces médications fait que je ne les mentionne ici que pour mémoire. La suspension est donc le seul mode de traitement auquel nous puissions, en pareil cas, avoir recours. Toutefois, il faut savoir qu'elle est loin d'améliorer tous les cas, et qu'elle agit ici avec beaucoup moins de constance que dans la thérapeutique des symptômes mentionnés plus haut. Aussi, est-ce en luttant contre les crises viscérales qu'on est amené à faire usage de la morphine. Bien que le tabétique, à cause de la nature même de ses souffrances, ait une propension déplorable à devenir morphinomane, bien que cet état présente souvent pour lui plus d'inconvénients que son état de tabétique, il faut avouer qu'on est forcé parfois d'avoir recours à ce médicament. Au moins faut-il ne l'employer que dans la période même des douleurs, et veiller avec le plus grand soin à en suspendre l'emploi dès que la crise est terminée (2).

Cette incontestable utilité de la suspension a servi à faire mieux sentir ses inconvénients que j'exposais tout à l'heure. Aussi beaucoup de médecins se sont-ils préoccupés d'obtenir par des applications nouvelles du principe de la suspension des effets bienfaisants identiques, tout en évitant les effets malfaisants. Le principe, nous le connaissons : c'est l'élongation de la moelle. C'est donc l'élongation de la moelle qu'on chercha à réaliser par des techniques qui, tout en étant moins barbares que la suspension, prétendirent obtenir une élongation plus étendue ou plus régulière ou mieux mesurée. De là naquirent les méthodes de Kapeller, de Sprimon, de Pichery, de Wen-Mitchell, d'Althauss, de Ladame, de Londe et Régnier qu'il est inutile de décrire (3), car elles conservent le principe même de la suspension avec des modifications d'appareils. Je préfère insister sur une méthode qui me paraît avoir mieux réalisé les desiderata exprimés, et qui présente ce perfectionnement remarquable de n'exiger à peu près aucun appareil spécial.

La première idée de cette méthode appartient à Decorval (1). Ayant couché le malade sur le dos, il fléchit les cuisses sur le bassin de façon à amener les genoux en contact avec la tête. Hégard (2) réalise une attitude analogue, mais, au lieu de fléchir les membres inférieurs sur le bassin, il fléchit le bassin sur les membres inférieurs. Le malade, assis une table horizontale, incline la tête et la poitrine jusqu'à les placer en contact avec ses genoux. Bonnuzzi (3) place le malade sur un divan, la tête relevée par un coussin, dans le décubitus dorsal. Puis placé derrière la tête du malade et saisissant les pieds de celui-ci, il les ramène au-dessus de sa tête, et appuie progressivement, de façon à produire une flexion extrême des cuisses qui amène les genoux en contact avee les épaules, les jambes étant en extension. Des expériences cadavériques ont montré à l'auteur que la distension mécanique subie dans cette attitude par la moelle, est trois fois plus considérable que celle que l'on peut obtenir par la suspension. Dans le procédé de Blondel (4), le malade sur son lit, couché sur le dos s'exerce, en fléchissant les jambes sur les cuisses et les cuisses sur l'abdomen, à rapprocher ses genoux de la face.

J'ai rapproché à dessein ces divers procédés car ils relèvent de la même idée : obtenir l'élongation de la moelle par la flexion forcée de la colonne vertébrale. En effet, ainsi qu'il est facile de s'en rendre bien compte sur le dessin qui accompagne la description de la méthode de Bonnuzzi, ce que le médecin cherche en réalité, en pratiquant la flexion forcée des membres inférieurs sur le tronc, c'est à entraîner la colonne vertébrale dans ce mouvement de flexion, de manière à l'incurver et à rapprocher ses deux extrémités céphalique et caudale; comme l'exprime très bien Blondel, le malade doit se mettre en boule. C'est le même but que poursuit Hégar en fléchissant le tronc sur les membres inférieurs immobiles.

MM. Gilles de La Tourette et Chipault ont réglé d'une manière très précise la technique de cette intervention (5). Ils y ont joint, en outre, des études intéressantes qui rendent compte, beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, de l'action de ces manœuvres sur la moelle. Le malade est assis sur une table qui porte une poulie où se réfléchit la corde de traction. Il a les deux jambes étendues, et la poulie est située entre ses cuisses. Une sangle passe sous la table, entrecroise ses deux chefs sur le ventre du malade puis sur son dos entre les deux omoplates et vient les terminer sur les deux épaules. A ces deux chefs sont fixés les bouts de la corde de traction qui se réfléchit sur la poulie, se dirige entre les deux jambes du malade jusqu'à l'extrémité de la table où on peut y adapter des poids de 60 à 80 kilogrammes. La traction a pour effet de rapprocher les épaules du malade de la poulie, c'est-à-dire de fléchir le tronc jusqu'au contact de la face avec les genoux.

En pratiquant cette opération sur des cadavres et en recherchant avec des mensurations méticuleuses les modifications produites, Chipault a constaté que l'allongement de la moelle obtenu par ce procédé atteignait en moyenne

(1) Raymond. Loc. cit.
(2) Leyden, Raymond. Loc. cit.
(3) On les trouvera décrites dans les leçons de M. Raymond, de 1894, et dans l'étude de Belugou (loc. cit.).

(1, 2) Voyez les leçons de Erb. Loc. cit.
(3) Bonnuzzi. *Atti della real Accademia di Roma*, 1890-91, p. 257; et *Rev. de thérap. génér.*, 1892, n° 2, p. 26. — Voyez aussi Benedickt. Behandlung der Tabes, *Wien. med. Presse*, 1892, p. 4; et enfin les leçons de M. Raymond.
(4) Blondel. *Rev. de thérap. méd.-chir.*, 1er avril 1895.
(5) *Médecine mod.*, 1er mai 1897, et *Iconographie de la Salpêtrière*, juin 1897.

8 millimètres et qu'il portait presque exclusivement sur la région dorso-lombaire. En outre, cet allongement est beaucoup plus sensible au niveau des cordons postérieurs qu'au niveau des cordons antérieurs. Ces constatations remarquables expliquent comment ce procédé de traitement agit dans le tabès, et particulièrement sur les symptômes vésicaux, anaux et génitaux de cette maladie. Les racines rachidiennes subissent aussi une élongation certaine : la queue de cheval peut s'allonger d'un centimètre. Cette technique donne des résultats analogues à ceux de la suspension : amélioration de l'ataxie, des douleurs, des accidents uro-génitaux. Il nous paraît qu'elle est d'une application moins délicate et que des malades qui ne sauraient supporter la suspension peuvent être soumis à l'élongation par la flexion prudemment pratiquée.

MM. Gilles de La Tourette et Chipault ont eu en outre le mérite de désigner exactement les cas où cette méthode est capable de donner de bons résultats. Il est remarquable qu'on avait toujours appliqué la suspension à tous les tabétiques sans distinction et que la moitié seulement en retiraient quelques fruits : pourquoi l'autre moitié n'était-elle pas améliorée, et à quels signes distinguer les tabès améliorés de ceux qui ne l'étaient point? En 1889, le professeur Charcot avait déjà exprimé le désir de voir faire cette distinction et il avait remarqué lui-même que le tabès des jeunes gens à forme souvent rapide et le tabès des vieillards à forme lente, mais tenace et progressive, ne tiraient aucun bénéfice de cette thérapeutique. MM. Gilles de La Tourette et Chipault indiquèrent les contre-indications suivantes :

Ne seront pas soumis à la méthode d'élongation médullaire : 1° les tabès à marche aiguë où les symptômes précipitent leur apparition et leur malignité; 2° les tabès frustes où il n'existe que des symptômes qui n'incommodent pas le malade; 3° les tabès anciens, où le malade est atteint de troubles nombreux et accentués depuis longtemps, avec état général voisin de la cachexie. En circonscrivant ainsi d'une manière plus exacte les indications d'élongation, les auteurs sont arrivés à obtenir une statistique donnant 37 améliorations sur 47 malades traités, soit les trois quarts. Ils font remarquer que le procédé de la suspension, ne permettant d'obtenir qu'une élongation insignifiante, ne pourra vraisemblablement jamais arriver à des résultats aussi complets.

Je ferai remarquer qu'il est cependant quelques difficultés inhérentes à leur pratique même :

1° Certains tabétiques, ainsi qu'ils l'ont vu, jouissent d'une telle flexibilité du râchis qu'ils atteignent, sans le moindre effort, l'attitude cherchée, et se plient en deux spontanément, comme une charnière. Ces tabétiques rentrent évidemment dans la catégorie de ceux que j'ai décrits l'année dernière (1), comme ayant une hyperlaxité excessive des muscles et des ligaments, qui rend possible chez eux, sans fatigue, les attitudes les plus invraisemblables. On trouverait dans les dessins qui accompagnent cette publication la photographie d'un tabétique qui, précisément, reproduit de lui-même, et sans difficulté l'attitude dont MM. Gilles de La Tourette et Chipault font un moyen thérapeutique. Est-ce là une contre-indication? Je ne le pense pas, et leur moelle n'est sans doute pas moins élonguée parce que leurs articulations vertébrales et leurs muscles spinaux sont plus flaccides et moins sensibles.

(1) Frenkel et M. Faure. *Iconographie de la Salpêtrière* de juillet-août 1896.

2° D'autres tabétiques, ayant des troubles de la sensibilité profonde, ne ressentent point les douleurs qui accompagnent normalement les tiraillements excessifs des muscles et des articulations. Aussi se soumettent-ils, avec d'autant plus d'empressement, à des exercices exagérés dont la conséquence est de faire apparaître chez eux, quelques heures après la séance, des courbatures intenses. M. Hirschberg, qui me communique cette réflexion, a vu, en effet, chez des tabétiques de la Salpêtrière, qu'il a soumis à la méthode Gilles de La Tourette et Chipault, des lumbagos violents et durables succéder à une séance de flexion et amener le malade à exiger l'interruption du traitement. Cette remarque n'a, du reste, qu'une importance relative; étant averti, on dirigera avec prudence les premiers essais.

J'ai examiné longuement tous ces procédés; il me reste à faire connaître maintenant très rapidement quelques petits moyens employés par nos maîtres contre certains troubles viscéraux :

Contre la parésie vésicale, on pratique l'électrisation localisée (un pôle dans le rectum, un pôle sur le pubis);

Contre l'atonie du sphincter anal, idem;

Contre le ténesme, le priapisme, les suppositoires belladonés, le bromure de camphre à l'intérieur;

Contre le ballonnement intestinal et la constipation, la ceinture de flanelle serrée, les purgatifs répétés et les poudres absorbantes, le massage abdominal;

Contre la difficulté de l'alimentation qui accompagne les crises intestinales, on est autorisé à employer tous les moyens : le tabétique a en effet une tendance à s'émacier rapidement pendant les périodes de crises et il est rare qu'il puisse regagner pendant leur intervalle, alors même qu'il s'alimenterait copieusement, le poids qu'il a perdu.

4° Thérapeutique de quelques troubles locaux.— A. *Troubles oculaires.* — Contre les manifestations paralytiques du début du tabes, c'est le traitement antisyphilitique qui sera employé. L'on sait qu'il n'est pas très rare de voir la syphilis produire des troubles de cette nature. On serait donc autorisé, étant donné un syphilitique tabétique présentant des parésies oculaires, à faire sur lui l'épreuve du traitement. En fait, ces parésies, qui ont du reste une tendance à disparaître spontanément, peuvent céder au mercure.

La névrite du nerf optique, l'atrophie de la papille, l'amaurose tabétique sont des accidents beaucoup plus graves. M. Galezowski pense cependant qu'ils sont justiciables d'un traitement analogue : il pratique des injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure, d'or, de potassium, d'argent, de platine, en solution aqueuse à 2 1/2 p. 100. La dose journalière est de VI à XX gouttes.

B. *Troubles bulbaires.* — Crises laryngées : cet accident, qui compte parmi les plus dangereux que l'on puisse observer au cours du tabes, peut être amélioré légèrement par les badigeonnages du larynx à la cocaïne.

Parésies et paralysies des nerfs bulbaires : on peut tenter contre eux l'électrisation localisée.

C. *Troubles de la sensibilité périphérique.* — Paresthésies, hyperesthésies, hypoesthésies, retard de la sensation.

Parmi ces troubles, les uns sont légers, transitoires et changeants : on peut diriger contre eux, avec succès, le pinceau galvanique, la faradisation cutanée. Ces tentatives plaisent au malade, car le trouble sensitif, qui a une tendance à se modifier de lui-même, peut s'améliorer par ce moyen.

Parfois ce trouble est plus tenace et mieux localisé : il répond alors à un territoire radiculaire et névritique, et il faudrait, pour l'améliorer, agir sur les nerfs ou les racines malades. On peut l'enrayer par le moyen de la révulsion. On emploie aussi l'électricité sur le trajet du tronc nerveux.

5° Traitement hygiénique et hydrothérapique. — Il nous reste à parler du traitement hygiénique qui, de l'avis de nos maîtres, est celui dont on pourra encore attendre les meilleurs résultats (1). Aussi en parlerons-nous avec quelques détails. Alors même que l'on serait en droit de demander beaucoup aux interventions que nous avons jusqu'ici exposées, le traitement hygiénique, institué concurremment, contribuera pour une part importante au succès. Sans lui, il n'est pas de thérapeutique possible dans le tabes.

Il faut d'abord recommander au tabétique une vie tranquille et régulière, exempte à la fois de perturbations morales et de fatigues physiques. Le professeur Charcot conseillait à ses malades de se tenir également éloignés de l'oisiveté et de la fatigue, car l'une leur enlève toute confiance dans leurs forces et les dispose aux atrophies, aux parésies, et l'autre peut amener, chez des malades qui ont perdu la sensation normale de fatigue musculaire, le surmenage et l'émaciation. Charcot était loin de conseiller, par conséquent, comme Hammond, le repos absolu au lit.

Le régime alimentaire du tabétique sera fortifiant. On en proscrira les excitants du système nerveux (alcools, vins, café, thé, etc.), qui, du reste, ont à la longue une influence sclérogène regardée aujourd'hui comme certaine. On n'épargnera rien pendant les crises gastriques pour forcer le malade à s'alimenter (poudre de viande, boissons, etc.). C'est dans la diététique que certains médicaments réputés spécifiques peuvent trouver une place utile. L'arsenic rendra ici les mêmes services que dans bien d'autres maladies nerveuses. Le phosphore est assurément un aliment électif du système nerveux. Les préparations phosphatées seront donc indiquées sous la forme qui paraît la plus assimilable et la plus bienfaisante : le phosphate de chaux, le phosphate de soude, qui paraît mieux toléré et qui a l'avantage d'être laxatif. C'est sans doute à la forte proportion de phosphore qu'ils contiennent, que certains extraits organiques ont pu avoir, sur les maladies nerveuses en général et sur le tabes en particulier, une action thérapeutique. C'est ici le lieu de parler des injections d'extrait de cerveau pratiquées avec succès par Constantin Paul (2). Si l'action stimulante de ces extraits sur un système nerveux affaibli ou malade est resté (comme l'action du suc testiculaire) un sujet de controverse, il semble assez rationnel de penser que ces solutions renferment, sous une forme très assimilable, des phosphates réparateurs de la nutrition nerveuse. Partant de ce principe, les injections pharmaceutiques de glycéro-phosphates tentèrent de remplacer les extraits de liquides organiques et offrirent cette supériorité d'être d'une asepsie plus parfaite. Les injections de sérum artificiel au phosphate de soude remplissent aussi la même indication. Une alimentation bien réglée peut, du reste, remplir presque complètement ces desiderata. Les œufs contiennent assurément les meilleurs glycéro-phosphates, et, en choisissant pour le malade les aliments les plus assimilables et les plus nutritifs, on mettra son système nerveux dans les meilleures conditions de défense.

(1) Voyez, sur cette question particulièrement, la leçon de Leyden (loc. cit.)

(2) Acad. de méd., 16 février 1892.

L'hydrothérapie employée sous des formes variées peut rendre de très grands services. Sous forme de douches, d'enveloppement au drap mouillé, d'ablution à l'éponge, elle fait partie du régime journalier du tabétique (1). La plus grande partie des neuropathologues sont d'accord pour proscrire les applications énergiques de l'eau froide, pour s'adresser aux applications courtes et bénignes de l'eau tiède ou chaude. Les applications de compresses humides sur la colonne vertébrale, les douches et les bains sulfureux ont figuré, nous l'avons vu, dans la thérapeutique des douleurs.

En dehors de cette hydrothérapie à domicile, on a beaucoup recommandé au tabétique les cures des stations thermales (2). En France, on conseille Lamalou (Charcot), Balaruc, Néris. En Allemagne, Téplitz, Wildbad, Ragatz, Mannheim, Kissingen. Quelle est l'action de ces eaux et quelles sont leurs indications? Les symptômes les plus fréquemment améliorés sont ici, comme toujours, l'ataxie et les douleurs fulgurantes. Mais, c'est encore l'état général du tabétique qui bénéficie le plus de ces interventions. Faut-il, avec Erb, penser que ce rôle bienfaisant appartient à l'action des eaux chlorurées sodiques? Il est plus probable qu'il faut juger avec l'expérience seule qui nous apprend les bons résultats obtenus par le séjour dans certaines stations, sans nous l'expliquer.

Enfin, je veux signaler le massage qui, combiné avec les exercices musculaires réguliers, entretient les forces et prévient l'atrophie (Hirschberg).

III

J'ai terminé l'examen des méthodes thérapeutiques usitées actuellement au cours du tabès dorsalis et j'ai indiqué comment on pouvait employer celles qui me paraissent utiles. Je résumerai ainsi les indications que j'ai pu déterminer.

1° Au début du tabes, instituer le traitement antisyphilitique, si le malade a contracté la syphilis moins de dix années auparavant, s'il a des accidents syphilitiques actuels, s'il a des paralysies oculaires.

2° Lorsque l'incoordination motrice est constituée, la corriger au moyen de la rééducation.

3° Si les douleurs et les troubles viscéraux prennent de l'importance, pratiquer l'élongation de la moelle.

3° Si le tabétique est affaibli, cachectisé, s'il a des accidents viscéraux graves ou un état général précaire, s'adresser aux médicaments analgésiques, exclusivement.

5° Chez tous les tabétiques, instituer un traitement diététique, hygiénique et hydrominéral sévère.

Enfin, lorsque toutes ces indications auront été inutiles, on se souviendra que le rôle du médecin n'est pas seulement d'appliquer des remèdes, mais qu'il doit encore soutenir la confiance et l'espérance du malade, lui faire prendre en patience les maux qu'il endure et savoir se contenter et le contenter avec de faibles compensations. S'il ne peut guérir le tabes, au moins peut-il, dans la majo-

(1) Leyden, Dujardin-Beaumetz.

(2) Charcot, Leyden.

rité des cas, rendre la maladie supportable au malade, l'empêcher de devenir un infirme, un inutile. Il doit, en somme, l'aider à vivre et l'aider à mourir.

THÉRAPEUTIQUE

Gouttes contre l'anorexie (Huchard).

Teinture de quinquina. .	àâ	5 grammes.
— de colombo . . .		
— de gentiane . . .		
— de rhubarbe	3	—
— de noix vomique. . .	2	—

xv à xx gouttes avant chaque repas. (*Gaz. hebd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Le jury est définitivement constitué de la façon suivante :

MM. Chauffard, Launois, Duguet, Toupet, Quénu, Faure, Demoulin, Blum, Porak et Lepage.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 octobre 1897, un concours s'ouvrira le 18 avril 1898, devant l'École de médecine de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École.

— *Programme du Congrès de chirurgie.* — Lundi 18 octobre, à deux heures, séance d'inauguration dans le grand amphithéâtre de la Faculté : Discours de M. le professeur Gross, président du Congrès; M. Berger : Épithélioma branchiogène et épithélioma aberrant de la thyroïde; MM. Poncet et Dor : De la botrymycose humaine; M. Lavisé (de Bruxelles) : Cure radicale des hernies; M. Heydenreich : Du toucher vésical dans certaines affections péri-utérines; M. Monod : Hydrorrhée péritonéale; M. Dubourg : La gastro-entérostomose dans les sténoses simples du pylore.

Mardi 19, à trois heures. Rapport de M. Demons sur les contusions de l'abdomen; Discussion : MM. Le Dentu, Michaux, Moty, Peyrot, Tachard, Schwartz, Tédenat, Pousson, Hartmann, Doyen, Février, Nimier, Picqué, Guinard, Potherat, Mauclaire, Rioblanc.

— A l'occasion du Congrès de chirurgie, la Société de chirurgie ne tiendra pas séance mercredi prochain 20 octobre.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Spire, médecin-major en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris et inhumé à Nancy.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.	3 mois : **10** fr. »	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 18 octobre 1897.

Toute une série de présentations de malades à la séance de la Société médicale des hôpitaux, le 15 octobre. Tout d'abord, M. Chaput fait voir un homme auquel il a pratiqué la **pylorectomie** et la **gastro-entérostomie**, il y a plus d'un an, pour des accidents attribuables à une grande dilatation de l'estomac par sténose pylorique. Le pylore était induré et fortement rétréci; il présentait une petite ulcération ayant les apparences d'un petit ulcère rond. Sur un point de la périphérie, plus induré, l'examen microscopique fit reconnaître l'existence d'un épithélioma tout à fait au début; l'induration du pylore était due surtout à la sclérose et à l'hypertrophie des fibres musculaires. La guérison fut rapide, les fonctions digestives de l'estomac se rétablirent complètement et le malade reprit de l'embonpoint et les apparences d'une santé parfaite. L'examen du suc gastrique, après repas d'épreuve fait six mois après par M. Albert Mathieu, a montré qu'il existait dans l'estomac une quantité de liquide supérieure à la normale. Il était mélangé d'une forte dose de bile. La digestion stomacale était très diminuée; cependant, les fonctions digestives s'accomplissaient suffisamment, puisque le malade, qui avait cessé de souffrir, a repris tous les dehors de la bonne santé. M. Debove a déjà rapporté des faits analogues; il ne faut donc pas s'inquiéter de la pénétration de la bile dans l'estomac et de la suppression presque complète de la digestion stomacale, qui peuvent être la conséquence de la gastro-entérostomie.

Un malade de M. Dalché présente à la nuque, à la face et au cou, au thorax et à l'abdomen, une série de **lipomes** ou de **pseudo-lipomes symétriques** qui produisent une déformation d'aspect assez singulier. A noter l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles.

Un grand buveur, amené par M. Jacquet, a été pris brusquement de douleurs dans la moitié gauche du corps; les muscles et les troncs nerveux sont douloureux à la palpation. Comme il y a en même temps de l'hémianesthésie, il est possible qu'il s'agisse là d'un phénomène de nature hystérique.

M. Debove fait voir une jeune femme dont les membres inférieurs présentent une **déformation d'aspect éléphantiasique**. Il s'agit d'une tuméfaction élastique avec de grosses bosselures qui porte sur les jambes et sur les cuisses; elle cesse aux genoux et aux chevilles; il existe du gonflement du dos du pied, mais les orteils n'y participent pas; aucune tuméfaction des fesses, ni des parties génitales. La malade, jeune femme d'une trentaine d'années, qui ne présente pas trace de nervosisme, est atteinte d'un rétrécissement mitral parfaitement compensé; elle ne présente aucun signe d'asystolie. Qu'est-ce que cette affection? Doit-on la rapprocher des œdèmes névropathiques? Cela paraît vraisemblable à M. A. Mathieu, qui a décrit un œdème symétrique des membres inférieurs s'arrêtant brusquement à la cheville, ne prenant que le dos du pied et pas les orteils. Il en a vu trois cas; les malades avaient des douleurs rhumatoïdes et même des douleurs le long des sciatiques des deux côtés. M. Joffroy rapporte un cas absolument analogue. Chez ces malades, il y avait des lésions évidentes d'artério-sclérose. Dans un autre cas de M. Joffroy, l'œdème éléphantiasique était survenu à la suite d'une atrophie musculaire. Il est très probable que les faits de ce genre doivent prendre place à côté des lipomes symétriques, qu'il y a une série ininterrompue de l'œdème névropathique au lipome, en passant par le pseudo-lipome.

La gêne de la circulation, due à une lésion cardiaque ou cardio-artérielle, du reste bien compensée, et un trouble inconnu de l'innervation nutritive, paraissent être la cause de ces déformations dont le pseudo-lipome sus-claviculaire décrit par M. Potain est un autre spécimen, d'un aspect toutefois bien différent à cause de sa localisation.

Un vieillard, dont M. Thoinot conte l'histoire, fut pris d'une douleur violente dans l'abdomen à la suite d'une dispute et d'une vive émotion. La mort survint en sept heures; à l'autopsie, on trouva une **rupture de la sous-clavière au niveau d'une plaque athéromateuse**. Le sang avait décollé la tunique externe de l'aorte jusqu'à la région abdominale; il s'était infiltré dans le médiastin et avait formé un vaste hématome sous-pleural. Les faits de ce genre sont rares et, par cela même, intéressants.

OBSERVATION
DE KYSTE HYDATIQUE DU CORPS THYROÏDE

Par M. G. Chavier,
Médecin-major de première classe.

Le mémoire de M. J. Vitrac, chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Bordeaux, sur les kystes hydatiques du corps thyroïde, paru dans la *Revue de chirurgie* (nos 5 et 9 de l'année 1897), nous engage à mettre à jour une observation de semblable tumeur recueillie et conservée dans nos cartons. M. Vitrac n'a pu en recueillir qu'une vingtaine de cas épars dans la littérature médicale. Leur rareté peut donner quelque intérêt au nôtre.

Observation. — Au mois de juin 1892, une juive arabe, habitant l'île de Djerba, vint à Gabès, nous consulter au sujet d'une tumeur qu'elle portait au cou et qui, sans la faire aucunement souffrir, la rendait disgracieuse, disait-elle; elle en désirait l'ablation. Cette femme de basse condition, âgée d'une trentaine d'années, de forte constitution, sans maladie antérieure, non mariée, sans enfants, aurait senti il y a à peu près trois ans, à la suite d'une violente colère, une douleur assez forte à la partie inférieure du cou et constaté, quelques semaines après, une petite grosseur. Cette grosseur aurait tout d'abord pris un développement très lent, pour s'accroître beaucoup depuis dix-huit mois environ et acquérir son volume actuel. Elle n'aurait éprouvé aucune gêne dans la déglutition, aucune difficulté de respirer et ce ne serait que par pure coquetterie qu'elle désirait en être débarrassée, comme nous l'avons dit plus haut. Un interprète nous traduisait les mots arabes que nous avions peine à comprendre; sur tous ces points elle est très affirmative.

A l'examen de la région, on constate une tumeur du volume d'un œuf de poule, faisant saillie à la partie antéro-latérale du cou et s'étendant du bord supérieur du cartilage thyroïde aux bords supérieurs du sternum et de la clavicule, tumeur sans bosselures, lisse, dépressible, fluctuante, sans frémissement vibratoire; très mobile du haut en bas dans les mouvements de déglutition, elle l'est aussi un peu transversalement. Elle paraît contenue dans le lobe droit du corps thyroïde. Les téguments qui la recouvrent sont normalement colorés; aucune adhérence, pas de dilatation veineuse. Le muscle sterno-mastoïdien soulevé sur le bord antérieur se contracte sur elle. La malade mange et respire sans difficulté, pas de modification de la voix. Rien dans les autres parties du corps.

Cette tumeur, qui appartenait sans conteste au corps thyroïde, était une tumeur liquide. En l'absence de tout phénomène inflammatoire il fallait éliminer un abcès et la bonne santé de la malade, la limitation bien nette de la tumeur, la fluctuation devaient faire penser à un kyste. Une ponction exploratrice, en laissant écouler un liquide semblable à l'eau de roche, en indiqua de suite la nature. Il s'agissait d'un kyste hydatique.

Le lendemain matin, avec l'aide de mon jeune camarade, le médecin-major de Viville, qui se chargea du chloroforme, je procédai à l'extirpation de ce kyste par l'énucléation.

Une incision verticale de 5 centimètres, passant par le sommet de la tumeur, fut faite à un travers de doigt en dehors de la ligne médiane. Après avoir franchi la sangle musculo-aponévrotique, j'arrivai sur la capsule que je commençai à énucléer.

Cette opération tout d'abord fut facile, mais vers la profondeur, la décortication offrit de grandes difficultés; du sang en abondance s'échappait que le tamponnement avait peine à arrêter.

Nous jugeâmes prudent de nous arrêter; je fendis le kyste d'où s'écoula une grande quantité de vésicules hydatiques qui vinrent confirmer le diagnostic; j'enlevai aux ciseaux toute la capsule décortiquée et laissai la partie postérieure adhérente. Tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité.

Le lendemain, c'était le 4 juin, à la visite, la malade se plaignit d'un peu d'insomnie et de dyspnée. Température 38 degrés. Enlèvement d'un peu de gaze iodoformée.

Le 5, température 37°6, pouls 80. Pas de dyspnée, sommeil tranquille. Renouvellement de la gaze.

Le 6 : température 37°6, pouls 82. Il s'écoule un peu de sérosité louche, mêlée de quelques vésicules hydatiques. Lavage.

Le 8 : température 37°2. Sérosité moins abondante, pas de vésicules. Lavage.

Le 9 : la malade va tellement bien, qu'elle veut vaquer à toutes ses occupations et retourner chez elle. A partir de ce jour, le liquide diminue de plus en plus; la cavité commence à se combler et le 22, c'est-à-dire dix-huit jours après l'opération, la malade part pour Djerba, avec une cicatrice adhérente et déprimée.

Voilà donc une tumeur hydatique sur laquelle il ne peut planer aucun doute : la couleur du liquide, les vésicules, en l'absence des crochets qu'il ne nous a pas été possible de constater, sont probants.

Quant à sa localisation dans le corps thyroïde, je ne crois pas qu'on puisse la discuter : les mouvements faciles de la tumeur pendant la déglutition, la contraction du sterno-mastoïdien en avant, l'adhérence de la capsule, etc., entraînent la conviction.

A quelle cause a-t-elle été due? Évidemment à la cohabitation avec les chiens. Tous ceux qui ont habité l'Afrique savent en quelle promiscuité les indigènes vivent avec ces animaux, dont ils souillent souvent la cuisine faite à terre. Notre femme en possédait trois.

D'après M. Vitrac, cette condition favorable, habituellement admise, ne serait rapportée que dans une seule des observations qu'il aurait compulsées; celle de M. Meinert. Quant à l'influence de la colère sur la localisation dans le corps thyroïde, on peut, ce me semble, l'admettre.

La fréquence des accès de colère chez les juives arabes, qui font retentir leurs demeures de leurs glapissements pendant des heures entières, est connue. Cette colère, en produisant des efforts, a pu amener une petite déchirure vasculaire du corps thyroïde, d'où échappement d'un tænia-echinococcus, qui s'y serait greffé. N'est-ce pas par un mécanisme analogue que le traumatisme, d'après le professeur Tillaux, constituerait presque toujours la cause déterminant les kystes de cette nature?

Au point de vue anatomique, notre observation n'apporte pas un fait nouveau. C'était une tumeur de petit volume, comme la plupart de celles qui ont été observées.

Reste la question du traitement. Il me semble que la ponction, suivie d'injection modificatrice, même dans une poche uniloculaire comme la nôtre, n'est plus un traitement chirurgical aujourd'hui. Ces injections peuvent bien stériliser le kyste, mais n'en modifient guère les parois. C'est à l'extirpation du kyste, procédé idéal, pour obtenir la guérison radicale, comme le rappelle M. Vitrac, extirpation par énucléation, que je me suis arrêté. On a vu les difficultés rencontrées par suite de l'adhérence de la capsule à la partie postérieure; il m'a fallu en laisser une partie et pourtant la guérison complète, quoique un peu plus longue, n'en a pas moins été obtenue. Dans une revue allemande, citée par

M. Vitrac dans son mémoire, Henle, assistant à la clinique de Mickulicz (de Breslau), rapporte une observation (XVIII) de Max Volper, où ce chirurgien dut également laisser une partie de la poche adhérente aux plans profonds, par suite de la difficulté qu'il eut à énucléer la capsule extérieure de la tumeur. La guérison eut lieu néanmoins en onze jours.

Aussi, est-ce encore à cette opération que je m'arrêterais dans un cas de ce genre, réservant la thyroïdectomie partielle ou totale pour les kystes multiloculaires, irréguliers ou multiples.

THÉRAPEUTIQUE

Atonie dyspeptique des enfants.

Teinture de noix vomique. . . 1 gramme.
— de gentiane . . . } ââ 2 —
— de columbo . . . }

Avant chaque repas, donner aux enfants v à x gouttes de ce mélange dans un peu d'eau.

Migraine.

Riegel aurait obtenu d'excellents résultats à l'aide du médicament suivant :

Salophène . . . . 1 gramme.

Pour 1 cachet.

Prendre 1 à 2 cachets par jour, dans un peu de lait. (*Presse méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre 1897. — Présidence de M. Delens.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'OCCLUSION INTESTINALE

M. Lejars insiste particulièrement sur l'iléus paralytique. Il y a, dit-il, plusieurs sortes de paralysies intestinales; il y a des paralysies secondaires; il y en a de bénignes qui cèdent facilement à l'électrisation. Ce sont ces cas qui ont fait le succès de l'électrisation dans les occlusions intestinales. M. Lejars a observé plusieurs exemples de ce genre. Il cite l'observation d'une femme de soixante ans qui lui fut amenée, en février 1896, comme atteinte d'une hernie ombilicale étranglée. Après examen, il conclut à une épiplocèle sans anses intestinales et à une paralysie intestinale ayant donné le change pour l'étranglement herniaire. Il fit appliquer un lavement électrique qui donna un très bon résultat. La malade guérit très bien de son obstruction. Quelques jours après, M. Lejars fit la cure radicale de la hernie ombilicale.

Il est une autre forme de paralysies intestinales graves, rebelles, et pour lesquelles les lavements électriques ne suffisent plus. En avril 1893, M. Lejars est appelé auprès d'un homme de quarante ans, qui présentait des phénomènes d'obstruction aiguë. Il ouvrit le ventre, trouva tout l'intestin distendu, chercha l'obstacle, ne trouva ni bride, ni masse dure, ni absolument rien qui pût expliquer cette obstruction datant de trois jours. Il fit une entérostomie sur le cæcum, une toute petite bouche intestinale par laquelle s'écoulèrent des gaz et des matières liquides en grande quantité; après deux jours, le malade eut des selles naturelles, spontanées. Il se remit peu à peu, engraissa et reprit des forces. M. Lejars ferma alors l'anus cæcal et, trois jours après, le malade succombait à une péritonite par perforation. A l'autopsie, il put constater que l'anus cæcal était resté très bien fermé. Il s'était fait une perforation au niveau d'une plaque tuberculeuse ulcérée au niveau de l'S iliaque.

M. Lejars rapporte également un cas d'occlusion paralytique aiguë, qu'il a observé sur un homme de trente-neuf ans, arrivé à un état très grave. Toute la région épigastrique était extrêmement distendue; le malade avait des vomissements fécaloïdes. Deux séances d'électrisation étant restées sans résultat, M. Lejars fit la laparotomie sus-ombilicale. Il tomba sur un côlon transverse énorme et, ne trouvant aucun obstacle, il fit une petite boutonnière sur ce côlon transverse. Ce malade guérit et, deux jours après, il allait à la selle naturellement. Plus tard, M. Lejars ferma l'anus artificiel.

Dans tous ces cas, il s'agit d'occlusions intestinales paralytiques. Ces désordres de la musculature intestinale prennent parfois des allures étranges. Ainsi, M. Lejars cite plusieurs exemples dans lesquels l'électrisation, la laparotomie pour la recherche de l'obstacle restèrent sans résultat et dans lesquels la guérison se fit spontanément après trois ou quatre jours. Parmi ces iléus paralytiques, il en est qui sont loin d'être bénins et qui tuent les malades très rapidement. Par exemple, un homme de cinquante-six ans, atteint de fracture du crâne, est pris d'accidents d'occlusion intestinale. Un lavement électrique reste sans résultat. On fait un anus contre nature sur le cæcum. L'état du malade ne s'améliore pas, et il meurt vingt-quatre heures après. A l'autopsie, on ne trouve aucun obstacle matériel, absolument rien.

M. Lejars insiste sur la gravité de ces iléus paralytiques. Dans la plupart de ces cas, l'électrisation reste sans résultat; la laparotomie exploratrice ne donne rien, et on est réduit le plus souvent à faire un anus artificiel sur le cæcum. Une petite entérostomie suffit souvent alors pour amener la guérison définitive.

Enfin, il faut tenir compte aussi, dans une certaine mesure, des lésions tuberculeuses semblables à celles qui existaient dans l'un des cas signalés par M. Lejars.

M. Félizet dit que, chez l'enfant, les causes de l'occlusion intestinale sont moins fréquentes que chez l'adulte. Elles se réduisent à des malformations, des invaginations, des corps étrangers ou des brides consécutives à des opérations d'appendicites. L'enfant a une sensibilité rudimentaire; il en résulte qu'il se plaint peu de lui-même et qu'alors les phénomènes graves de l'occlusion évoluent très rapidement. La paroi abdominale se tend, le diaphragme s'élève; la respiration devient difficile. On sait bien alors qu'on est en présence d'une occlusion de l'intestin, et c'est tout. Sans doute, en pareil cas, ouvrir le ventre, dérouler l'intestin, rechercher la lésion, lever ou couper l'obstacle, réduire l'intestin et refermer le ventre semble un programme très simple. Mais il n'en est pas de même de l'application de ce programme à la pratique. Cela devient alors très complexe et souvent très difficile. La réintégration seule de l'intestin dans la cavité abdominale présente parfois les plus grandes difficultés. C'est pour ces raisons que M. Félizet n'accepte pas la laparotomie comme le traitement de choix de l'occlusion intestinale chez l'enfant.

Il y a quarante ans que Monod, le premier, puis Nélaton, préféraient l'entérostomie. Il n'y a pas à chercher, c'est le boyau qui se présente qui est le bon, disait Nélaton. C'est ce principe que suit M. Félizet chez l'enfant. L'anus contre nature donne, chez lui, de très bons résultats. M. Félizet cite plusieurs exemples. Presque toujours le retour du passage des selles par le rectum précède la guérison de l'anus contre nature. L'opération de l'anus contre nature est une opération simple, bénigne, une opération de salut immédiat, de sauvetage, comme la trachéotomie. M. Félizet préfère donc l'anus contre nature à la laparotomie et, dans les cas douteux, sans diagnostic précis, il pratiquera toujours d'autorité l'opération de Nélaton.

M. SEGOND fait observer que les différents orateurs qui ont pris la parole sur cette question sont bien près de s'entendre. On est d'accord sur ce point qu'il y a des cas où certainement la laparotomie est l'opération de choix. Au contraire, quand il n'y a pas de diagnostic précis, quand l'état des malades est très grave, c'est à l'anus contre nature qu'il faut avoir recours. Tout le monde doit reconnaître aujourd'hui que l'anus contre nature guérit souvent, soulage toujours, sans tuer jamais. Quand le malade meurt après l'opération de l'anus contre nature, il meurt de son état pathologique et non de l'acte opératoire. M. Segond répond à M. Hartmann que, même lorsque l'anus est pratiqué sur l'intestin grêle, il peut encore rendre des services et permettre de sauver les malades. Il cite l'observation d'une femme de quarante ans qui fut prise d'une occlusion intestinale des plus graves. Dès le second jour, le pouls était incomptable, l'état général était des plus mauvais; la malade était mourante. Séance tenante, M. Segond pratiqua un anus contre nature sur l'intestin grêle, probablement assez haut. Cette dame s'est sauvée de son occlusion intestinale et, trois semaines après, M. Segond lui pratiquait la laparotomie pour chercher à lever l'obstacle qui, dans l'espèce, était une annexite droite avec appendicite ayant attiré une anse intestinale dans un foyer d'inflammation. M. Segond enleva les annexes malades, l'appendice, dégagea l'intestin et, dans une troisième opération, il boucha l'anus contre nature. Cette malade a parfaitement guéri. Si M. Segond lui avait fait la laparotomie dès le premier jour où il la vit, alors qu'elle était dans un état si grave, certainement elle eût succombé dans la nuit. Il n'y a donc rien d'absolu dans la conduite à tenir en pareil cas. Il est des cas dans lesquels il vaut mieux recourir d'emblée à la laparotomie, il en est d'autres — et ce sont, pour M. Segond, les plus nombreux — dans lesquels l'anus contre nature est sans contredit l'opération de choix.

M. PICQUÉ dit que le problème est difficile, complexe. Il reconnaît que, dans la grande majorité des cas, l'anus contre nature donne de bons résultats; mais il croit qu'il faut se tenir en garde aussi bien contre les avantages exagérés de l'anus artificiel que contre les craintes trop grandes de la laparotomie. Quand il n'y a pas de diagnostic précis, en principe M. Picqué préfère la laparotomie, pourvu que le malade présente encore quelque résistance. La laparotomie, en effet, peut être à la fois exploratrice et curative.

M. Picqué s'applique à distinguer les cas d'occlusion vraie des cas de pseudo-occlusion et à poser les indications précises de la laparotomie et de l'anus artificiel. Quand les malades sont dans un état très grave, quelle que soit d'ailleurs la cause de l'occlusion, il faut se contenter de l'anus contre nature.

RAPPORT

Compression cérébrale. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation adressée par M. Dubujadoux, médecin de l'armée.

Il s'agit d'un homme qui avait été frappé à la tête par un Arabe. M. Dubujadoux, constatant des symptômes accusés de compression cérébrale, ne trouvant aucune fracture du crâne, conclut à une hémorragie entre l'os et la dure-mère. Se guidant d'après les localisations cérébrales et une certaine dépression du crâne, à l'aide de quatre couronnes de trépan il fit une assez large ouverture et put extraire un énorme caillot sanguin pesant 83 grammes. Aussitôt la respiration devint meilleure, les symptômes s'amendèrent, sauf la dilatation pupillaire, qui persista longtemps.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Hémisection de la moelle; guérison. — M. TUFFIER présente deux malades qui ont été atteints, à des hauteurs diverses, d'hémisection de la moelle. Après avoir présenté des troubles paralytiques très graves constatés par M. Babinski, ces malades ont parfaitement guéri, sans aucune intervention.

Gastro-entérostomie. — M. TUFFIER présente un autre malade sur lequel il a pratiqué une gastro-entérostomie pour un rétrécissement non cancéreux du pylore. Le résultat a été parfait. Cet homme a engraissé de 9 kilogrammes. M. Tuffier ne saurait assez recommander cette opération.

MM. QUÉNU et ROUTIER signalent des cas analogues dans lesquels cette opération a donné les meilleurs résultats.

M. RICARD rappelle avoir présenté un malade auquel il avait pratiqué une bouche stomacale par le procédé de M. Fontan (de Toulon) [voy. *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 731], procédé ayant pour but de donner en quelque sorte un orifice valvulaire. Ce malade ayant succombé quelques mois plus tard, aux complications de son cancer de l'œsophage, M. Ricard montre aujourd'hui les pièces anatomiques qui permettent de constater qu'il existe, en effet, un véritable repli valvulaire. Cela explique que cet homme n'ait jamais perdu, par sa bouche stomacale, une goutte de suc gastrique.

La séance est levée.

ANTOINE BADOUR

Discours prononcé, par M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, aux obsèques de M. le médecin principal de première classe Badour, ancien médecin-chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Messieurs,

L'homme excellent que nous conduisons à sa dernière demeure ici-bas était né en 1833, à Tulle, dans une famille laborieuse et patriarcale, dont il est devenu par son labeur personnel, ses succès et sa tendresse, le soutien, la gloire et la joie. Près de cette famille, vivait un oncle paternel, prêtre éclairé autant que vénérable : il se fit un devoir de contribuer à l'éducation de son neveu dont l'esprit vif et original lui avait paru digne d'être dirigé vers les études classiques. Cet oncle fut pour Antoine Badour un professeur patient et sagace, un éducateur viril, agissant doucement par la persuasion et l'exemple, parlant toujours raison et vérité, développant dans cette jeune âme le sentiment du beau, du vrai, de l'amour du prochain, du dévouement à l'humanité : ces sentiments s'associaient à une mansuétude, à une bonne foi, à une philosophie toute de conciliation et de bienveillance dans sa verve enjouée et aimable, dans sa bonne humeur communicative : aussi dans le cours de sa longue existence, le disciple d'un tel maître n'a-t-il, dans l'exercice de ses fonctions, si difficiles parfois et si épineuses, jamais eu de jaloux ni d'ennemis.

C'est dans les leçons de son oncle et près des maîtres du collège communal de Tulle que Badour a conçu, pour les études littéraires si indispensables à notre état et si malheureusement délaissées aujourd'hui, ce goût délicat qui a été, jusqu'à son dernier jour, l'un des charmes de sa retraite; comme Horace le souhaitait pour lui-même, Badour a pu, entre ses vieux parents, sa chère compagne, les fleurs de son jardin et les livres des anciens : « Ducere sollicitæ jucunda oblivia vitæ ! »

Il s'en était fallu de beaucoup, en effet, que ses débuts dans la vie eussent été faciles. Sa vocation pour les études médicales n'avait d'égale que la passion qu'il apportait à s'instruire; mais comment mener à bonne fin une entreprise si dispendieuse et exigeant de si longues études?

La guerre de Crimée lui donna le moyen de servir utilement son pays, tout en facilitant son entrée dans la carrière.

Il débuta en mars 1854 comme chirurgien de troisième classe de la marine, à bord du *Phlégéton*, et courut pendant la campagne de la Baltique et le bombardement de Bomarsund tous les dangers de cette guerre, dont il secourait les victimes. Dès que la paix l'eut rendu libre, il s'empressa de terminer ses études médicales, fut reçu docteur en 1861 et se présenta à l'École d'application du Val-de-Grâce, où il entra le premier, au concours. Je l'y trouvai en 1862 quand j'y fus appelé en qualité de surveillant des médecins stagiaires; c'est de cette époque que date notre amitié; elle me devint d'autant plus précieuse que, nommé lui-même surveillant à la suite du concours de sortie dont il avait été le lauréat, je dus l'initier à ces fonctions pénibles et ingrates. Leur fardeau me semblait toujours plus léger quand, étant de semaine avec Badour, nous unissions nos efforts pour le bien du service et la surveillance de cette jeunesse qui recelait d'année en année les germes, latents encore en elle, de ces talents professionnels et de ce dévouement absolu à l'armée, par lesquels nos prédécesseurs dans la carrière ont, à toutes les époques de notre histoire militaire, mérité tant d'honneur et de gloire à notre état.

M. Badour, écrivait cet homme éminent qui fut Michel Lévy, dont nous honorerons à jamais la mémoire, « M. Badour concourt avec autant de tact que de fermeté à la direction disciplinaire de l'École et de l'hôpital. Modèle de tenue, de savoir-vivre, de moralité, médecin aussi judicieux qu'instruit, il agit sur nos promotions successives par l'autorité qu'elles subissent le mieux, celle des bons exemples. »

Tel il a été au début de sa carrière, tel il est resté sous les mêmes dehors, simple, réservé. Médecin-major de 2e classe au 38e de ligne, au 1er et au 3e escadron du train des équipages, médecin-major de première classe au 19e et au 46e de ligne, plus tard dans les hôpitaux de Bourges, de Bône et de Constantine, partout et en toutes les circonstances, il a été bon, affectueux, conciliant, praticien distingué, poussant la sollicitude pour les malades jusqu'au dévouement le plus extrême, et toujours fils aussi tendre et attentionné pour ses vieux parents que dans sa première jeunesse.

Pendant la guerre de 1870, il s'était de nouveau exposé aux dangers qu'il avait courus dans sa campagne de la Baltique, et il a prodigué ses soins aux blessés pendant les combats de Châtillon, de Bagneux, de Montmesly, de Champigny, de Drancy et de Buzenval. La croix de chevalier de la Légion d'honneur lui fut donnée en 1873. En 1881, il prend part à la campagne de Tunisie en qualité de médecin-chef de l'ambulance de la colonne de Tébessa. Sa promotion au grade de médecin principal, et sa nomination à l'état-major du gouvernement militaire de Paris récompensèrent ses services : il a exercé ces dernières fonctions jusqu'en 1888, époque où la confiance du ministre l'appela au double emploi de médecin-chef du Val-de-Grâce et de sous-directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires : situation nouvelle pour un médecin du cadre militant, étranger au corps des professeurs, et dans laquelle il sut se concilier l'affection et le respect de tous ses subordonnés, comme la haute estime de tous ses chefs. Il eut ainsi la rare fortune de terminer sa carrière comme médecin-chef du grand établissement hospitalier où il avait trente et un ans auparavant modestement débuté comme simple stagiaire : modeste il était encore, et quand la limite d'âge est venue, en 1893, ruiner quelques mois trop tôt la légitime espérance que nous avions de le voir arriver au grade de médecin-inspecteur, après trente-sept ans de services et dix campagnes, sa résignation philosophique a pu seule adoucir l'amertume de nos regrets. Il était officier de la Légion d'honneur depuis 1888, officier de l'Instruction publique, et commandeur du Nicham-Iftikar de Tunis.

Sa mise à la retraite n'arrêta point son dévouement aux intérêts publics : vous savez, Messieurs, les services qu'il a rendus à votre commune depuis que vous l'avez appelé à l'honneur de présider aux délibérations du conseil municipal de Palaiseau; votre présence à cette cérémonie et le concours touchant de la population témoignent de l'unanimité des regrets que sa mort inspire.

Associons-nous donc, Messieurs, à la profonde douleur de tous les siens, et répétons de lui ce que lui-même avait écrit de son vénérable oncle, son premier maître, son modèle :

« La vénération pour les parents, le respect pour l'âge, le talent, l'autorité basée sur la justice, l'amitié pour ses semblables, la bienveillance pour les inférieurs, l'amour de la famille et de la patrie, telles étaient vos vertus. »

Au nom du corps de santé militaire, je rends à M. le médecin principal de première classe Badour, un solennel et suprême hommage.

Nous conserverons pieusement ta mémoire, mon vieil et bien cher ami, et j'évoquerai souvent le souvenir de nos jeunes années et de notre œuvre commune, jusqu'au jour où j'irai te rejoindre dans l'éternité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 25 au 30 octobre 1897)

Examens de doctorat.

Lundi 25 octobre, à une heure. — 1er examen (ancien régime) : MM. Gautier, Weiss et Heim.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Tillaux, Retterer et Sebileau; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Poirier.

1er examen de sages-femmes (nouveau régime) : MM. Rémy, Varnier et Broca; — M. Widal, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Walther; — (2e série) : MM. Delbet Ricard et Lejars; — M. Gaucher, suppléant.

Mardi 26 octobre, à une heure. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Campenon, Poirier et Albarran.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Marie et Gley; — (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Quénu et Thiéry.

Sages-femmes (ancien régime) : MM. Farabeuf, Maygrier et Bar; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Nélaton et Hartmann; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Charrin et Ménétrier; — M. Marfan, suppléant.

Mercredi 27 octobre, à une heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Marchand, Retterer et Poirier.

1er examen (ancien régime) : MM. Gariel, Heim et Chassevant.

2e examen (nouveau régime) : MM. Reynier, Rémy et Henriot.

3e examen (2e partie) : MM. Landouzy, Letulle et Widal; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

Jeudi 28 octobre, à une heure. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Guyon, Nélaton et Thiéry.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant.

3e examen (2e partie) : MM. Joffroy, Chantemesse et Charrin.

4e examen : MM. Pouchet, Gilbert et Thoinot; — M. André, suppléant.

Vendredi 29 octobre, à une heure. — 2e examen, fin d'année (officiat) : MM. Remy, Retterer et Chassevant.

3e examen, fin d'année (officiat) : MM. Dejerine, Letulle et Lejars.

4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Terrier, Ricard et Walther; — (2e partie) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette et Widal; — M. Reynier, suppléant.

5e examen (1re partie obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier, et Bonnaire ; — M. Broca, suppléant.

SAMEDI 30 OCTOBRE, 1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Remy et Quenu.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, et André.

3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Letulle, et Achard ; — M. Gilbert, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Le Dentu, Nélaton et Albarran ; — (2e série) : MM. Berger, Campenon et Hartmann ; — (2e partie) : MM. Cornil, Chantemesse et Marfan ; — M. Roger, suppléant.

2e examen de sages-femmes de 1re classe (nouveau régime), *Clinique Baudelocque* : MM. Maygrier, Bar et Thiéry ; — M. Chassevant, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 27 OCTOBRE, à une heure. — M. Jolly. Séméiologie du souffle présystolique dans le rétrécissement mitral pur ; — M. Robin. L'ichthyose ; — M. Beaudouin. Contribution à l'étude de la varicelle gangréneuse ; — M. Goalard. Contribution à l'étude des accidents asystoliques localisés dans le lobe inférieur du poumon gauche (MM. Potain, président ; Dejerine, Netter et Gaucher). — M. Brès. De l'arthrotomie dans l'arthrite blennorragique ; — M. Mac-Guffie. Tuberculose testiculaire et son traitement (MM. Tillaux, président ; Pouchet, Tuffier et André). — M. Camous. Hygiène urbaine (MM. Pouchet, président ; Tillaux, Tuffier et André).

JEUDI 28 OCTOBRE, à une heure. — M. Legrand. Contribution à l'étude de l'intoxication aiguë par le sublimé (MM. Proust, président ; Debove, Marie et Achard). — M. Renard. De la séro-réaction chez les anciens malades guéris de la fièvre typhoïde (MM. Debove, président ; Proust, Marie et Achard). — M. Coudeynas. Contribution à l'étude des formes légères de la fièvre typhoïde (MM. Dieulafoy, président ; Hutinel, Ménétrier et Netter). — M. Letainturier de la Chapelle. Infections d'origine naso-pharyngée. Néphrite et endocardite ; — M. Gagnière. Nouvelles contributions au traitement de la syphilis par l'huile grise (MM. Hutinel, président ; Dieulafoy, Ménétrier et Netter). — M. Roger. De la perforation de l'estomac dans la phtisie ; — M. Gobry. Contribution à l'étude de la ladrerie chez l'homme ; particulièrement de son diagnostic (MM. Cornil, président ; Le Dentu, Maygrier et Roger). — M. Maridort. Contribution à l'étude historique et critique des différents traitements du placenta prævia (MM. Le Dentu, président ; Cornil, Maygrier et Roger). — M. Ané. Contribution à l'étude de la cure radicale des hémorroïdes ; — M. Monod. Contribution à l'étude du mal perforant plantaire ; — M. Posth. Le sacrum (description, développement, anomalies, articulation) (MM. Berger, président ; Reynier, Bar et Hartmann).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert aujourd'hui 18 octobre. La question écrite a été :

« Plèvres. — Cancer de l'œsophage. »

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Lyon s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Descos, Lesieur, Viannay, Termier, Boudin, L. Gauthier, Mailland, Gonod, Bayle, Balvay, Mayoud, Tolot, Carrez, Lévy, Koeppelin, Langlais, Patel, Jacques et Arloing.

— *Programme du Congrès de chirurgie.* — Mercredi 20 octobre, à neuf heures. MM. Rémy : Effets du traumatisme opératoire chez le vieillard ; Jeannel : Applications chirurgicales de la radioscopie ; Tuffier : Ligatures atrophiantes dans les tumeurs inopérables ; Phocas et Inglessis : Fonctionnement d'un hôpital de campagne pendant la guerre gréco-turque.

Oreille : MM. Reynier, Broca, Jaboulay et Rivière, Villard et Rivière, Raugé, Malherbe.

Crâne, face et cavité : MM. Girard (de Berne), Dubois, Inglessis. Moulonguet, Isch-Wall.

Cou et corps thyroïde : MM. Mauny, Faure, Jonnesco.

Deux heures du soir. Mal de Pott : MM. Jeannel, Calot, Redard, Phocas, Bilhaut.

Scolioses : MM. Calot, Bilhaut, Levassort, Chipault.

Thorax et poumons : MM. Peyrot, Doyen, Lejars, Potherat.

Voies urinaires : MM. Bazy, Tuffier, Le Bec, Loumeau, Chibret, Schwartz, Doyen, Hartmann, Lavaux.

— L'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Caen décernera, en 1900, le prix Le Sauvage (2,000 francs), à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant :

« Recherche et étude des vers parasites susceptibles d'être introduits par l'alimentation dans le corps humain. Étude histologique des altérations qu'ils peuvent déterminer dans l'organisme. Moyens de défense de l'organisme contre leur introduction et leurs ravages. Indications thérapeutiques et hygiéniques. »

Les mémoires, écrits en français, devront être envoyés franco au secrétaire de l'Académie, le 31 décembre 1899, au plus tard. Chaque manuscrit devra porter une devise, laquelle sera répétée sur un pli cacheté contenant le nom de l'auteur. Les membres titulaires de l'Académie ne peuvent prendre part à ce concours.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Blanc (de Livron) ; Brée (de Pavilly) ; de La Terrière (de Saint-Varent) ; Evanno (de Nesles-la-Vallée) ; Hanne (de la Pointe-à-Pitre) ; Paliard (de Lyon) ; A. Pommier (de Pau) et Schindler, médecin principal de première classe.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Excursions organisées avec le concours de la Société française des « Voyages Duchemin ».

1° En *Italie* (départ de Paris le 21 octobre 1897, retour le 19 novembre). — Itinéraire : Paris, Turin, Milan, Venise, Padoue, Bologne, Florence, Rome, Naples, Sorrente, Castellamare, Pompéi, le Vésuve, Rome, Pise, Gênes, Nice, Monte-Carlo, Monaco, Nice, Marseille, Paris. — Prix : 1re classe, 920 francs ; 2e classe, 830 francs.

2° En *Algérie* et en *Tunisie* (départ de Paris le 7 novembre, retour le 8 décembre). — Itinéraire : Paris, Marseille, Tunis (Carthage), Sousse, Kairouan, Bône, Hammam-Meskoutine, Constantine, Batna, Biskra, Sétif, Kerrata, les gorges du Chabet-el-Akra, Bougie, Alger, Blidah, Marseille, Paris. — Prix : 1re classe, 1 150 francs ; 2e classe, 1 050 francs.

3° En *Égypte* (départ de Paris le 8 décembre, retour le 7 janvier 1898). — Itinéraire : Paris, Marseille, Alexandrie, Le Caire, les pyramides de Sakkharah et de Ghizeh, la grande pyramide de Khéops, excursion facultative au canal de Suez, Alexandrie, Marseille, Paris. — Prix : 1re classe, 1 480 francs ; 2e classe 1 350 francs.

Deuxième itinéraire, l'*Égypte* et le *Nil* : Paris, Marseille, Alexandrie, Le Caire, les pyramides, Bellianey, Denderah, Esney, Edfou, Assouan, la première cataracte du Nil, Philoé, Luxor, Karnak, Thèbes, Kenez, Le Caire, Alexandrie, Marseille, Paris. — Prix : 1re classe, 2050 francs ; 2e classe, 1 900 francs.

Les prix indiqués ci-dessus comprennent : les billets de chemin de fer ; le logement, la nourriture, le transport en voitures et en bateaux, etc., sous la responsabilité de la Société des « Voyages Duchemin ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des « Voyages Duchemin », 20, rue de Grammont, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 121. — JEUDI 21 OCTOBRE 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 21 OCTOBRE 1897. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la cirrhose des buveurs suit son cours. M. Laborde a développé les arguments qu'il n'avait fait qu'indiquer dans la dernière séance. Il insiste surtout sur les conséquences fâcheuses que peuvent entraîner, dans le public buveur, les conclusions de M. Lancereaux. Puisque le vin est si mauvais, dira-t-on, buvons de l'alcool, et l'on s'autorisera des assertions de M. Lancereaux pour se rejeter sur les liqueurs alcooliques qu'il semble innocenter en accusant ainsi le vin. M. Laborde a fort heureusement résumé l'impression qu'emportera le public des discussions académiques sur les différentes boissons en racontant l'entretien qu'il vient d'avoir avec un homme du monde, tout aussi désireux de bien vivre que soucieux de se bien conserver : « Vraiment, lui disait-il, messieurs les membres de l'Académie de médecine, vous finissez par nous jeter dans un cruel embarras; vous nous défendez l'eau comme chargée de microbes pathogènes de toutes sortes, le lait comme pouvant transmettre la tuberculose, l'alcool comme toxique; il nous restait au moins le vin, et voilà que votre collègue, M. Lancereaux, nous fait perdre cette dernière illusion! Alors, que boire? » Il faut reconnaître qu'il y a beaucoup de vrai dans cette critique, et l'on se prend parfois à regretter le temps où nos pères buvaient du bon vin, parfois même du bon cognac, et ne s'en portaient pas plus mal. Il serait bon de mettre les choses au point, de ne rien exagérer et de bien spécifier dans quelles mesures, dans quelles limites le vin plâtré peut devenir nuisible au point de produire des altérations du foie pouvant aboutir à la cirrhose. Nous entendons bien parler d'ouvriers buvant 6 et 7 litres de vin par jour, mais ce n'est pas là une dose moyenne et commune, et nous persistons à penser que, d'une façon générale, l'absinthe et les liqueurs alcooliques font encore plus de victimes que le vin le plus plâtré.

Dans une courte réplique rectifiant certaines citations erronées de Magnus Huss, M. Vallin, chemin faisant, a fait savoir ce qu'un bon Suédois buvait d'eau-de-vie vers 1840. Cela représente environ 300 grammes d'eau-de-vie par jour.

Plusieurs communications ont été faites à l'Académie : M. J. Bœckel a relaté une curieuse observation d'appendicite herniaire avec abcès péricæcal chez un vieillard. La résection de l'intestin sphacélé et l'établissement d'un anus contre nature ont amené la guérison.

M. Jonnesco (de Bucharest) propose la résection bilatérale du sympathique cervical comme moyen de traitement du glaucome.

Enfin, M. Phocas (de Lille) a employé avec succès la mobilisation mécanique prolongée comme méthode de traitement d'une ankylose du coude.

MM. Lucas-Championnière et Robin ont lu les rapports sur les prix Chevillon et Capuron.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

XIe Congrès

Présidence de M. GROSS.

Avec une exactitude toute militaire, le professeur Gross (de Nancy) a ouvert le XIe Congrès de chirurgie, hier, à deux heures précises, au grand amphithéâtre de la Faculté. Le public nous a paru moins nombreux que d'habitude. Quelques rares étrangers, en très petit nombre; quelques professeurs de Paris; le doyen de la Faculté; quelques chirurgiens des hôpitaux, et un certain nombre de leurs collègues de province.

L'impression générale est que cette session s'annonce comme languissante et l'entrain des premières années semble déjà perdu. A la vérité, on est saturé de congrès, à peine finis les Congrès de Moscou, de Bruxelles ou de Toulouse, en voici un nouveau à Paris. Nous savons bien que celui-ci est prévu, attendu à date fixe, mais n'importe, si chaque savant se faisait une obligation de suivre tous les congrès scientifiques, il deviendrait un véritable commis-voyageur, toujours par voies et par chemins, n'ayant le temps ni de rien mûrir, ni de rien étudier. Il y a pléthore de congrès et anémie des congressistes. C'est de cette maladie que le Congrès de chirurgie est en train de souffrir, sinon de mourir.

Nous nous rappelons encore les premières sessions de ce Congrès français de chirurgie ; on se bousculait aux portes, on s'écrasait dans la salle. Ce temps est bien changé : soixante membres au plus pendant la lecture du discours du président; quarante à peine écoutaient les communications qui ont suivi. Nous nous faisons un devoir de constater un fait indéniable, qui n'a certes pas échappé aux organisa-

teurs de cette session. S'ils ne veulent pas que l'Association dont ils ont la garde agonise et se meure, ils n'ont qu'un remède à leur disposition, c'est de rendre les sessions moins fréquentes, comme l'avaient proposé quelques membres plus clairvoyants. Malheureusement l'Association se trouve enfermée dans les limites d'un règlement qu'a rendu définitif sa reconnaissance d'utilité publique; elle doit se réunir tous les ans en congrès, au mois d'octobre, à Paris. Si l'assemblée générale ne peut modifier cet article de son règlement, il est à craindre que ce soit aux dépens de la vitalité et de l'intérêt des sessions futures.

M. Gross, après avoir rendu hommage aux maîtres éminents qui l'ont précédé, comme présidents de cette assemblée, jette un coup d'œil rétrospectif sur les nouveaux terrains conquis depuis la première réunion du Congrès. Puis, envisageant ce qu'il y a eu de nouveau depuis le dernier Congrès, M. Gross parle longuement de la radioscopie et de la radiographie. On peut dire même que son discours est une revue d'ensemble sur « les applications des rayons de Röntgen à la chirurgie ».

Puis, en quelques mots, il étudie le rôle des Congrès.

« Les nombreuses questions qui surgissent ainsi sont étudiées, développées, discutées avec le plus grand profit dans des assemblées, telles que la nôtre, qui réunissent le plus grand nombre d'hommes poursuivant le même but, animés du même désir de chercher et de connaître la vérité. S'il en est parmi nous qui, favorisés parfois par les circonstances, nous apprennent comme autant d'explorateurs intrépides le résultat de leurs découvertes audacieuses dans des régions encore inconnues; d'autres, exerçant sur un champ que leur grand savoir et leur haute intelligence ont su rendre tout particulièrement fécond et fertile, nous apportent les fruits de leur expérience, de leurs méditations, de leurs conceptions nouvelles. Nos congrès réunissent ainsi les efforts de tous les travailleurs, le labeur de toutes les intelligences. Ils opèrent la concentration de toutes les forces consacrées à notre cause. »

C'est là un idéal, qui malheureusement est loin d'être atteint dans la réalité. Des communications nombreuses, il est vrai, mais souvent écourtées, trop rapidement lues, jamais ou presque jamais discutées, devant un public restreint. Tel est le bilan habituel des séances. Si la presse ne dispersait pas au loin les communications et les rapports, l'utilité pratique de ces réunions serait singulièrement diminuée. Il n'appartenait pas au distingué président actuel de faire entendre ces vérités, mais c'est pour nous un devoir de les dire. Congrès moins fréquents, communications moins nombreuses, mais plus choisies, discussions plus larges : c'est avec un tel programme qu'on relèvera le niveau des réunions prochaines.

Ont été nommés présidents d'honneur des séances : MM. Chauvel, Championnière, Pozzi (de Paris), Polosson (de Lyon), Decès (de Reims), Julliard (de Genève), Poncet (de Lyon), Heydenreich (de Nancy), Bousquet (de Clermont) et Pamard (d'Avignon).

Après une suspension de quelques minutes, la séance est reprise, présidée par M. Le Dentu.

M. BERGER fait une communication sur les **épithéliomes branchiogènes du cou et les épithéliomes aberrants du corps thyroïde.**

« On trouve dans la région latérale profonde du cou des tumeurs cancéreuses qui sont manifestement des tumeurs primitives, ainsi que le prouve l'absence de toute lésion analogue siégeant dans les organes voisins, tumeurs dont le développement d'ailleurs ne s'est pas fait dans les ganglions lymphatiques de la région. Elles sont en connexion intime avec la gaine des vaisseaux, particulièrement avec la jugulaire, et ce caractère avait déterminé Langenbeck, dès 1861, à en faire une classe à part sous le nom de tumeurs de la gaine des vaisseaux. Cette conception, qui fut reprise par Carl Regnault (*Archiv. f. Klin. Chirurgie*, 1897), ne donne aucune lumière sur le point de départ anatomique et sur l'origine réelle de ces néoplasmes. Ce fut en 1882 que Wolkmann, se fondant sur leur siège latéral et profond, et sur leur indépendance des couches épithéliales qui entrent dans la constitution des organes voisins, fut amené à penser qu'elles procédaient des germes épithéliaux qui restent profondément inclus dans les tissus au moment de l'oblitération des fentes branchiales, et les plaça comme tumeurs d'origine branchiale, à côté des kystes et des chondromes qui reconnaissent la même origine. Des exemples de carcinomes branchiogènes du type Wolkmann furent observés et décrits par Quarry Silevek, par Reverdin et Mayor, par Lejars; malgré ces observations, l'existence des carcinomes branchiogènes ne reposait que sur une hypothèse, quand Henri Richard publia, dans les *Beitrage zur Klinischen Chirurgie*, en 1888, un certain nombre de faits recueillis à la clinique de Bruns et dans lesquels l'origine branchiale de la tumeur était prouvée par le développement du cancer aux dépens d'un kyste congénital du cou transformé en fistule. En 1892, à l'occasion du jubilé de Billroth, Gussenbauer publia un important travail sur ce sujet où huit observations nouvelles de ce genre de tumeur étaient rapportées.

L'épithélioma branchiogène de Wolkmann est essentiellement constitué par de l'épithéliome pavimenteux prouvant, par sa forme anatomique, la connexion originelle qui l'unit aux épithéliomes de revêtement externe; le second point caractéristique est l'indépendance de la tumeur d'avec les organes voisins, larynx, pharynx, œsophage, thyroïde, glandes lymphatiques, à moins que celles-ci ne soient envahies secondairement; le dernier caractère est l'adhérence intime à la gaine des vaisseaux et à la veine jugulaire qui a dû être enlevée avec la tumeur dans toutes les observations connues d'exérèse.

Nous allons démontrer qu'il est d'autres cancers, participant à ces deux derniers caractères, ayant donc les connexions et les apparences des épithéliomes branchiogènes et qui se distinguent nettement de ceux-ci par leur structure et par leur origine anatomique. Voici le fait qui nous a permis de l'étudier.

Une femme de vingt-six ans est admise dans mon service en février, avec une tumeur cancéreuse ulcérée du cou. Cette tumeur, du bord inférieur de la mâchoire, arrive à la clavicule et au sternum qu'elle déborde; elle s'étend de la nuque, où elle pénètre profondément sous les muscles, à la ligne médiane antérieure, au niveau de laquelle elle déjette la trachée et le larynx en sens opposé. Elle est profonde, mais indépendante des organes de la région sur lesquels elle est mobile. Fluctuante en arrière, elle présente en avant un envahissement manifeste de la peau et des ulcérations végétantes caractéristiques: par ces ulcérations se font des hémorragies qui mettent la vie en danger. Cette tumeur, d'abord profonde, a mis six ans à s'accroître peu à peu : elle ne peut être considérée que comme un épithéliome et je soulève l'hypothèse d'une origine embryonnaire se rattachant au développement de la région.

Ablation de la tumeur le 13 février; au cours de l'opération qui fut excessivement difficile, on constate l'indépendance absolue de la trachée, du larynx, de l'œsophage, de

la thyroïde qui sont intacts; la fusion complète de la tumeur avec la jugulaire interne qu'il faut enlever dans toute sa longueur en dénudant dans la même étendue la carotide et le pneumogastrique. En arrière et en haut, la tumeur envoie un prolongement résistant en arrière de la carotide externe jusque vers l'apophyse.

La guérison se fit sans incident, mais lentement en raison de l'étendue de la perte de substance des téguments qu'il avait fallu créer. Elle est, au bout de huit mois, encore sans récidive.

La tumeur était formée de masses de consistance et d'aspect gélatineux; ces masses, formées par l'accumulation d'un très grand nombre de grains disposés sans ordre, sont creusées par places de cavités kystiques dont quelques-unes sont très volumineuses.

Résumé de l'examen histologique (pratiqué par M. le docteur Fernand Besançon) : La tumeur est essentiellement constituée par des vésicules; indépendantes les uns des autres, présentant l'aspect et les caractères des vésicules du corps thyroïde, une couche unique d'épithélium cubique ou cylindrique, un contenu calloïde, séparé par places du revêtement cellulaire par les produits de secrétion des cellules.

Dans l'intérieur de ces vésicules font saillie des végétations, constituées au centre par un tissu conjonctif en continuité avec le stroma fibreux de la tumeur, à la surface par l'épithélium de revêtement des follicules refoulé dans la cavité par la prolifération du tissu conjonctif.

Ces masses épithéliales s'enfoncent dans le tissu cellulaire ambiant qui présente des lésions d'irritation chronique; on y retrouve les premières ébauches de ces formations épithéliales sous forme de boyaux cellulaires pleins, ne renfermant pas encore de cavités.

Le tout représente absolument les caractères que Cornil a décrits en 1865 comme ceux de l'épithélioma du corps thyroïde, et rappelle la structure des tumeurs que Wölfler a désignées sous le nom d'adénomes malins, Hinterstoisser, d'adéno-carcinomes de cette glande. La tumeur à laquelle nous avions affaire était incontestablement un épithélioma thyroïdien, ayant pris son origine en dehors de la glande thyroïde elle-même.

Nous avons recherché si, dans la littérature, nous trouverions des faits de cet ordre : parmi les observations de Gussenbauer il en est deux qui nous paraissent devoir être rapprochées de la nôtre; l'analogie est plus grande encore avec trois faits communiqués en 1887 à la Société pathologique de Londres par Frederik Treves.

Comment peut-on se représenter le mode de développement de ces tumeurs? Nous savons que dans la région latérale du cou l'on observe de véritables ectopies de tissu thyroïdien; Madelung en 1879, puis récemment Ssalitschew en ont réuni un certain nombre de cas. Ces thyroïdes accessoires latérales sont dues à une déviation du bourgeonnement épithélial qui, suivant His et Born, forme les lobes latéraux du corps thyroïde, de même que les anomalies du « ductus thyreoglossus » donnent naissance aux thyroïdes accessoires médianes antérieures et intralaryngées et aux kystes qui en dérivent (Streckeisen, *Virchow's Archiv*, 1886, CIII, p. 131). Il n'y a rien d'étonnant à ce que les transformations néoplasiques qui peuvent se produire dans la glande thyroïde principale se développent dans ces lobes aberrants : il n'y a surtout rien que de très conforme aux idées actuellement reçues sur l'origine des tumeurs à admettre qu'un épithéliome, un adéno-carcinome analogue à ceux de la thyroïde, puisse se développer aux dépens des débris épithéliaux parathyroïdiens qu'une aberration formatrice a semés dans le tissu cellulaire profond du cou, comme les épithéliomes des os maxillaires se développent aux dépens des débris paradentaires de Malassez, comme les épithéliomes branchiogènes de Wolkmann procèdent des débris épithéliaux des fentes branchiales.

Ainsi l'on doit désormais, dans les épithéliomes profonds du cou, dans les tumeurs de la gaine vasculaire de Langenbeck, distinguer deux variétés anatomiques distinctes, ayant une origine embryogénique comparable mais non identique : les épithéliomes branchiogènes et ceux auxquels nous donnons le nom d'épithéliomes thyroïdiens aberrants.

L'histoire de notre malade montre que ces deux espèces forment une même famille clinique, ayant des caractères qui lui sont propres; mais l'examen histologique seul peut les faire reconnaître l'une de l'autre. Elle démontre en outre que, malgré les difficultés de l'extirpation, celle-ci présente des chances de succès et qu'elle doit être conseillée. »

C'est là une communication intéressante et qui devrait servir de guide aux différents orateurs. Le professeur Poncet (de Lyon) l'a compris en venant nous parler de la **botryomycose humaine**. Ce sont, en effet, des choses nouvelles qu'il faut apporter dans ces réunions scientifiques, des faits intéressants et encore mal connus, afin d'attirer sur eux l'attention des chirurgiens. Au lieu de cela, un certain nombre de communications n'ont pour texte que des choses banales, redites partout, et qui trouveraient mieux leur place dans un journal ou un recueil périodique qu'à la tribune d'un congrès.

M. PONCET (de Lyon) fait en son nom et au nom de M. DOR, son chef de laboratoire, la communication suivante : **Sur la botryomycose humaine, l'identité avec les tumeurs d'apparence papillomateuse chez l'homme, avec la botryomycose ou champignon de castration du cheval.**

« Nous avons eu l'occasion d'observer, depuis quelques années, une lésion d'apparence inflammatoire, ou plutôt néoplasique, qui nous avait semblé, cliniquement, se différencier par son siège, par ses caractères anatomiques, des lésions classiques. Dans quatre de ces observations, deux fois la maladie siégeait sur les doigts, une fois sur l'éminence thénar, et, chez un troisième malade, elle occupait la partie la plus saillante du moignon de l'épaule.

D'après les caractères objectifs, il s'agissait d'une masse champignonnante, ulcérée, de volume variable, depuis le volume d'un pois à celui d'une noix, et, dans tous les cas, la tumeur, qui s'était développée aux dépens du derme, présentait une forme très particulière. On constatait, en effet, une masse bourgeonnante, à bourgeons lisses, uniformes, très vasculaires, rattachés aux tissus sous-jacents par un pédicule mince, et il fallait exercer sur la tumeur une certaine traction pour le percevoir nettement. L'apparence était tout à fait celle d'un véritable champignon avec sa calotte et son pied.

Nous avions été fort intrigués par ce genre de tumeur que, faute d'une meilleure dénomination, nous avions qualifié du nom de papillome inflammatoire. Les examens histologiques avaient révélé un tissu inflammatoire, à stroma fibreux, plus ou moins épais, comme dans de vieux bourgeons charnus, et les caractères microscopiques de ce tissu étaient tels, que l'on ne pouvait songer aux affections néoplasiques habituelles : papillome ulcéré, épithélioma, sarcome, alors que la pédiculisation de la tumeur lui donnait, en outre, au point de vue clinique, une véritable bénignité. Nous étions loin d'être fixés sur la nature de cette affection lorsque, au mois de juillet dernier, nous eûmes encore l'occasion d'en constater l'existence, à la clinique, chez une de nos malades. L'examen anatomique qui fut pratiqué au laboratoire y montra la même structure que

celle précédemment indiquée ; mais des recherches bactériologiques concomitantes indiquèrent la présence de nouveaux microbes, en même temps que des cultures de ces derniers produisaient un bouillon fertile, et alors aussi que des inoculations pratiquées avec ce liquide, chez un âne, donnaient naissance à une tumeur semblable à celle qui avait été enlevée.

De l'ensemble de ces recherches, il résultait nettement que nous avions affaire à une manifestation d'une maladie infectieuse, de date relativement récente, connue en médecine vétérinaire sous le nom de botryomycose.

Notre communication vise donc l'étude de cette affection parasitaire, maintes fois constatée, comme nous le verrons, chez certains animaux, et dont, jusqu'à ce jour, on ne soupçonnait pas l'existence en pathologie humaine.

Dans cette étude, nous avons pour but : 1° d'établir, au point de vue clinique, l'existence chez l'homme de lésions appartenant à ce nouvel agent infectieux ; 2° de montrer, par des recherches microbiologiques et expérimentales, qu'il existe une parfaite identité entre ce microbe pathogène humain et celui qui, chez le cheval, par exemple, provoque des accidents du même ordre, plus ou moins graves, et qui de tout temps étaient connus chez lui, par suite de son analogie grossière avec certains genres de fongus, sous le nom de champignon du cheval, ou mieux encore de champignon de castration. C'est, en effet, après cette mutilation, qu'on l'avait particulièrement constaté chez le cheval.

Mais que faut-il entendre sous le nom de botryomycose ? L'étymologie de ce terme : βοτρυς, grappe, raisin, μυκος, champignon, indique une mycose avec une disposition spéciale, en grappe, des agents microbiens, et c'est ainsi, pour nous servir d'une comparaison, que la botryomycose est constituée par un parasite disposé en grappe, tandis que, dans l'actinomycose, les germes infectieux affectent une forme en étoile, d'où le nom de champignon rayonné.

La botryomycose a, du reste, plus d'une analogie avec l'actinomycose, dont elle serait très voisine, et, dans leur *Traité des maladies microbiennes des animaux* (Paris, 1896), MM. Nocard et Leclainche donnent de la botryomycose la définition que voici : « C'est une affection observée principalement chez le cheval (on n'a signalé jusqu'ici que quelques cas chez les bovidés, chez le porc), et caractérisée par la présence dans certains tissus du « botryomyces equi ». La maladie est très voisine de l'actinomycose. Comme celle-ci, elle se traduit anatomiquement par des néoformations inflammatoires au niveau des parasites. »

C'est en 1870 que Böllinger rencontre, pour la première fois, ce parasite au sein de tubercules fibreux du poumon du cheval, et c'est en 1887 que le même auteur lui donne le nom de botryomyces, après qu'en 1879, Rivolta et Micellone eurent signalé sa présence chez cet animal dans les néoformations du champignon de castration. Depuis lors, des observations nouvelles ont été recueillies et les travaux, entre autres de Johne, de Rabet, de Kitt (1889), etc., ont précisé les caractères du botryomyces. Il se présente dans les cultures sous la forme de microcoques, ressemblant absolument à des staphylocoques, mais dans les tissus, on le rencontre sous forme de grains de 1 μ environ, réunis en petites masses ou colonies primaires, de 5 à 6 μ de diamètre, associées elles-mêmes pour former des amas irréguliers, d'aspect muriforme et de couleur jaunâtre (Nocard et Leclainche, loc. cit.).

La culture est obtenue sur la gélatine et sur la pomme de terre. Kitt a démontré que le botryomyces n'est pas simplement une variété d'involution du staphylocoque pyogène, modifié par sa culture dans des milieux peu favorables, et les propriétés pathogènes toutes spéciales du parasite font de la botryomycose une infection nettement différenciée.

La maladie, avons-nous dit, se rencontre surtout chez le cheval ; ses lieux d'élection sont le scrotum, le cordon testiculaire. On l'a rencontrée dans d'autres régions, dans la mamelle ; dans certains parenchymes, on a même observé sa généralisation. Sur les téguments, les lésions sont analogues à celles qui sont produites par l'actinomyces, et, à côté de lésions inflammatoires chroniques, diffuses, avec épaississement plus ou moins considérable des tissus, il existe, par opposition à cette forme inflammatoire, une forme néoplasique, caractérisée par des tumeurs tégumentaires, fibreuses, décrites sous le nom de mycodermoïdes (Johne) et de mycofibromes. Ces tumeurs, parfois multiples, ont été vues d'un volume très variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui de la tête d'un homme. Faisons remarquer, en passant, que c'est cette dernière variété de botryomycome que nous avons rencontrée chez l'homme. A la coupe, les tissus pathologiques offrent le même aspect que des masses actinomycosiques ; dans le tissu cellulaire épaissi, lardacé, on observe des foyers plus ou moins étendus, contenant du pus ou des matières ramollies. Le pus renferme de petits corps jaune-paille, ressemblant à de fins grains de sable qui sont constitués par l'agglomération de colonies primaires de diplocoques. Telle est, dans ses grandes lignes, et dans un exposé fort succinct, la physionomie de la botryomycose essentiellement équine. Ajoutons que, chez le cheval, beaucoup de ces tumeurs tégumentaires, tout au moins à un moment donné de leur évolution, sont pédiculées, présentant alors la même forme que celles observées par nous dans l'espèce humaine.

Voici maintenant nos observations cliniques, auxquelles nous pouvons joindre quelques aquarelles démonstratives. Nous donnons, en premier lieu, la dernière de celles qui ont été recueillies dans notre service, parce qu'elle nous a permis d'établir la nature botryomycosique de la tumeur dont le malade était porteur, tandis que dans les autres observations, où le même genre de recherches n'avait pas été pratiqué, nous croyons avoir eu affaire à une manifestation également botryomycosique, en nous appuyant seulement sur les signes cliniques de ces tumeurs. Dans l'espèce, ils sont tels qu'ils ne laissent aucun doute dans notre esprit sur l'identité de nature de ces diverses néoplasies. »

M. Poncet résume alors les quatre observations qui servent de base à son mémoire et conclut de la façon suivante :

« De ces différentes observations cliniques, tout à fait comparables entre elles, et, avant tout, de la première observation avec recherches microbiologiques, avec constations microscopiques et culture des botryomyces, enfin avec inoculation à un âne de ces microbes pathogènes engendrant une tumeur semblable, nous pouvons conclure : que la botryomycose, si souvent observée chez le cheval, où elle a été connue de tout temps sous le nom de champignon de castration, se rencontre également chez l'homme.

Le lieu d'élection a été (3 fois sur 4 cas) les doigts, la main, régions découvertes, et, par cela même, avec leurs fonctions, naturellement plus exposées à l'infection. Trois fois le mode d'inoculation nous échappe et nous ignorons complètement où et comment les sujets ont pu être contaminés. Dans une seule de nos observations (Villard), une piqûre peut être invoquée ; c'est un mois après cette blessure légère que la tumeur apparaît. Au point de vue étiologique, nous n'avons donc aucune indication précise ; trois de nos malades étaient des gens de la campagne, le quatrième un gardien de la paix de Lyon. Deux d'entre eux étaient âgés de dix-huit à vingt ans, un autre de trente-deux ans ; enfin, la malade, dont la tumeur a été

reconnue botryomycosique d'une façon certaine, était âgée de cinquante-cinq ans.

Chez tous, nous avons eu affaire à une tumeur unique, péDiculée, indolente, plus ou moins hémorragique, et appartenant à la catégorie des néoplasmes botryomycosiques, désignés sous le nom, comme nous l'avons dit, de mycodermoïdes, de mycofibromes.

A en juger par de tels malades, la botryomycose humaine serait une affection plutôt bénigne. Si l'on tient compte de sa forme en champignon avec chapeau charnu plus ou moins large et pédicule mince, le seul traitement vraiment curatif qui lui soit applicable, c'est l'ablation des tissus malades. Nous n'ignorons pas qu'en médecine vétérinaire, depuis les observations de Thomassen, l'iodure de potassium ne soit considéré comme un agent thérapeutique efficace dans la botryomycose comme dans l'actynomycose. Mais, dans des néoplasmes aussi pédiculés, et, par cela même, d'une ablation aussi simple et aussi innocente, le traitement chirurgical nous semble devoir être exclusivement conseillé. L'iodure trouverait plus volontiers ses indications dans les formes inflammatoires diffuses.

Cette note était rédigée lorsque nous avons eu connaissance du travail hollandais de Faber et Ten Siethoff paru dans les *Nederlanscke Oogheelkundige Bijdragen*, en juillet 1897, et dans lequel ces auteurs décrivent un cas de tumeur de la paupière qu'ils ont considéré comme botryomycosique, mais ils n'ont fait ni cultures ni inoculations. »

Sommes-nous en présence d'une nouvelle maladie analogue à l'actynomycose ou bien n'est-ce qu'une des mille formes des infections locales dues aux agents pyogènes? Ce botryomycome de M. Poncet, ne serait-ce pas seulement le classique *granulome* dont le staphylocoque serait la cause? Nous n'avons pas la prétention de l'affirmer. Mais un certain doute est resté dans l'esprit des auditeurs, malgré les faits très observés que le chirurgien lyonnais a portés à la tribune.

THÉRAPEUTIQUE

De l'insomnie et de son traitement.

Par le docteur P.-L. Lectoure.

La nécessité d'un sommeil régulier, pour se maintenir en bonne santé, a été reconnue depuis longtemps par les esprits observateurs, témoin cet aphorisme de l'École de Salerne :

Septem horas dormire sat est juvenique senique.

L'importance du sommeil a été proclamée par tous les physiologistes : le besoin du sommeil, dit Béclard, est, comme le besoin des aliments, un besoin de conservation (1).

Les hygiénistes ne sont pas moins explicites : pour Michel Lévy « l'influence bienfaisante du sommeil s'étend à toute l'économie, il la retrempe et la régénère » (2).

La privation du sommeil, écrit Arnoud, est un supplice, dont on dit que certains peuples se servent vis-à-vis des condamnés à mort. Ne serait-elle que partielle, qu'elle abrégerait l'existence (3).

L'impossibilité de dormir malgré la volonté qu'on en a, c'est-à-dire l'insomnie, n'est pas moins désastreuse pour la santé. L'insomnie, surtout prolongée, détermine un état habituel d'éréthisme pénible. La sensibilité est exaltée au physique et au moral. Le sujet est anxieux, impatient, agité; il présente un besoin incessant de mouvement ou d'action, et cependant peu d'énergie ; il est particulièrement accessible aux influences morbigènes, et prédisposé aux formes adynamiques des maladies.

Ce bilan des méfaits de l'insomnie, dressé de main de maître par le professeur Mayet (1), est vrai, quelle que soit la forme présentée par le sujet : que le sommeil n'arrive qu'après une longue période d'excitation cérébrale, qu'au contraire le réveil survienne après un trop court sommeil, ou bien que le sommeil soit à chaque instant interrompu, les résultats sont sensiblement les mêmes.

Mais si l'insomnie apyrétique a de si fâcheux effets sur l'organisme, combien plus douloureuse, combien plus grave est l'insomnie qui tourmente les malades en proie à la fièvre. Aussi est-elle une indication pressante pour le thérapeute.

La solution de ce problème ne peut être résolue qu'en remontant, pour chaque cas particulier, à l'étiologie. La thérapeutique ne peut être en effet efficace que si elle combat l'élément causal.

Dans son traité, M. le docteur Lyon divise les insomnies en deux classes (2). Dans la première, il range les insomnies qui ont leur source à l'extrémité périphérique des centres nerveux ou dans les centres eux-mêmes; insomnies dues à la douleur, aux émotions, à la neurasthénie, à l'hygiène, à la folie, aux maladies organiques de l'encéphale. La seconde comprend les insomnies déterminées par l'abus du thé, du café, de l'alcool, par les maladies infectieuses.

Nous trouvons plus pratique la distinction établie par M. Mayet (3).

Le professeur de Lyon fait une classe distincte pour les insomnies par trouble fonctionnel cérébral ou essentielles.

Quant aux autres insomnies, il les groupe suivant qu'elles sont provoquées par des sensations pénibles, des altérations non toxiques du sang, par une intoxication d'origine interne ou extérieure. C'est cet ordre que nous suivrons dans l'exposé du traitement.

Insomnie par intoxications d'origine extérieure. — Sous cette étiquette, M. Mayet a rangé les insomnies dues à l'abus du café, du thé, de l'alcool. Pour les combattre, il est incontestable que la suppression du poison est la première mesure qui s'impose, mais elle ne suffit pas et, pendant un certain temps, le sommeil ne peut être récupéré que par l'emploi d'un hypnotique puissant.

Insomnie par altération non toxique du sang. — C'est le cas des chlorotiques, des anémiques, des angio-scléreux, des vieillards, chez qui l'apport d'oxygène au cerveau est insuffisant. Il va de soi que l'on instituera, suivant le cas, le traitement de la chlorose ou de l'artério-sclérose; mais en attendant le retour *ad integrum*, si tant est qu'on puisse y arriver, et pour le favoriser, il faudra procurer le repos au malade en combattant l'ischémie cérébrale.

Insomnie provoquée par des sensations pénibles. — Dans ce cas, il est évident qu'il faut s'efforcer d'abord de supprimer la douleur par les analgésiques, notamment la morphine, puis d'instituer le traitement propre à l'affection principale (dyspeptiques, cardiaques), en même temps que le sommeil sera rendu grâce à la médication hypnotique.

Insomnies essentielles. — Ce sont les plus nombreuses; elles sont presque la règle chez les névropathes, les neurasthéniques, les hystériques. Mais elles sont aussi le triomphe de la médication hypnotique quand on sait la manier.

Le choix du, ou plutôt, des médicaments est capital.

A cet égard, on ne saurait mieux faire que de suivre la

(1) Béclard. *Physiologie humaine*, t. II, p. 1073.
(2) M. Lévy. *Traité d'hygiène publique et privée*, t. II, p. 273.
(3) Arnoud. *Nouveaux éléments d'hygiène*, p. 662.

(1) Mayet. *Traité de diagnostique médicale et de séméiologie*, t. I, p. 377.
(2) Lyon. *Traité élémentaire de clinique thérapeutique*, p. 615.
(3) Mayet. Loc. cit., p. 378.

pratique du professeur Grasset qui associe l'hydrate de chloral, le bromure de potassium, l'extrait de jusquiame et celui de chanvre indien (1). Le docteur Lyon donne le même conseil (2).

Mais cette association médicamenteuse est l'essence même du bromidia, de telle sorte que l'opinion de ces savants thérapeutes vient attester une fois de plus la valeur de ce médicament, dont du reste l'éloge n'est plus à faire. C'est l'hypnotique par excellence et les faits de guérison de l'insomnie par son emploi ne se comptent plus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Les questions restées dans l'urne étaient : « Nerf radial; phlegmon diffus. — Duodénum; séméiologie de l'ictère chronique. »

Le nombre des places d'internes titulaires est fixé à 66. — Le nombre des places d'internes provisoires n'est pas arrêté.

Jury d'anatomie. — MM. Chauffard, Toupet, Blum, Demoulin et Porak.

Les séances du jury d'anatomie auront lieu à la Charité, les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures et demie.

Jury de pathologie. — MM. Duguet, Launois, Quénu, Faure et Lepage.

Les séances du jury de pathologie auront lieu à l'hôpital Beaujon, les lundis, mercredis et vendredis, à huit heures un quart du soir.

Le nombre des copies remises est de 391 (410 y compris les militaires).

Ordre de lecture des compositions.

Candidats militaires. — 1. MM. Brécy, Ertzbischoff, Louste, Wagon, Guéniot, Gouraud, Mermier, Gauckler, Luppmann, Roux.

11. Heller, Girard (Joseph), Pouyade, Le Couédic, Lhermite, Juquelier, Bloch (Maurice), Vivier et Desjardins.

Candidats non militaires. — 1. MM. Viaud Grand-Marais, Bizard, Chevrier, Petit-Jean, Gentin, Herscher, Artaud, Dubar, Ferras, Ferry (Camille).

11. Le Maguet, Lobligeois, Loubet, Dupuy (Paul), Cresson, Debret, Ballet, Berthe, Arloing, Robillard.

21. Rathery, Léo, Sicard, Aribat, du Pasquier, Degorce (A.), Palle, Zacchiri, Surrel, Weill (G.).

31. Daniel, Brun, Bony, de Gorsse (B.), Cathelin, Felizes, Pasquier, Tardif, Vauwfborghe, Sudaka.

41. Chauveau, Sabatié, Theuveny, Tabary, Stanculéanu, Weil (Benjamin), Talandier, Fossier, Follet, Ferry.

51. Gumbal, Ferrand, Barré, Hanot, Fachatte, Bochory, Prat, Trutelin, Maurage, Praguiez.

61. Bentz, Bergeron, Alquier (Louis), Asselmeau, Esnnones, Chapolin, Diel, Tourles, Sersiron, Tixier.

71. Raoux, Pestemalzoglu, Lœper, Roche (Louis), Herrenschmidt, Villares, Voisin (R.), Netter (L.), Cartier, Bendeau.

81. Berthier (P.), Brices, Courtois, Le Gambier, Auffret, Babonneix, Assicot, Bluzat, Bourlot, Cuqu.

91. Darbois, Chevrey, Audistère, Legros (V.), Barcat, Arnouls, Audard, Chevé (Alb.), Berthier (H.), Bourgain.

101. Bergrand, Beaujard, Gil, Courtellemont, Lenoble, Duval, Marais, Gardner, Hallopeau, Roche (Ch.).

111. Lorot, Latron, Crossier, Levesque, Gasne, Gottschalk; Poulain, Huguier, Le Tellier, Chollet.

121 Mlle Pariselle, MM. Millon, Goubeau, Gerbaud, Lebard, Jeannin, Joseph, Durand-Veil, Gloppe, Rogles.

131. Mirande, Monel, Phellipon, Traverse, Nollet, Kellay, Rabaut, Pétresco, Remoussenard, Loin.

141. Silhol, Quisern, Birman, Duc-Dodon, B. de Valmont, Férouelle, Grégoire, Dainvelle (François), Guizez, Gennet.

151. Froin, Godineau, Mousseaud, Mauberg, Spindler, Balthazard, Balt, Baup, Aguinet, Crauzon.

161. Coustols, Fernique, Paris, Castan, Boucaud, Bourgeois, Chifoliau, Cahen, Bruandes, Baudelot.

171. Milanoff, Mlle Cohn, MM. Caubet, Cortat-Jacob, Mircouche, Lévy (J.), Mantoul, Lenglet, Lacapère, Sentex.

181. Leh, Guibal (Paul), Girod, Gadaud, Coudert (E.), Chéruy, Milhiet, Guillain, Saison, Druelle.

191. Voisin (H.), Toupart, Rey, Robin, Mettey (P.), Vaillant, Alglave, Percheron, Ceine (S.), Le Sourd (F.).

201. Le Sourd (L.), Bonnel, Athanasiu, Bardon, Morichau (B.), Monod, Léri, Mme Douzeau, MM. Demerson, Dauzats.

211. Camus, Grivot, Chardin, Armand-Delille, Arnal, Bellin, Charpentier, Chevalier (D.), Lacaille, Moiner.

221. Legay, Cottie, Elias, Eloy, Goujon, Ducland, Boissier, Grenet, Cruchaudeau, Fouquet.

231. Pamard, Nicaise, Legroud, Netter (G.), Mesnil, Ribierre, Matzoukis, Poisnier de Chifon, Vaugeon, Meheut,

241. Sikora, Moret, Pophillat, Robert, Lacasse, Heitz, Loiselet, Katz, Grosse, Jacowski.

251. Iribarn, Hanotti, Inglessi, Hayem, Le Lorier, Lance, Leduc, Leculier, Dardeau, Durand (Ch.).

261. Polle, Mutzner, Manti, Pourtié, Trastour, Sée, Vinsonneau, Marmasse, Foulon, Marchand.

271. Mesley, Kenderdjy, Mayer, Graiyois, Reliquet, Lefas, Lelong (G.), Shoheker, Mahar, Mulon.

281. Néret Merlet, Desvaux, Goizes, Gosselin, Meuriot, Loizel, Housquains, Lutior, Houselot.

291. Kermektchieff, Javal, Leclerc, Halberchtadt, Labbé, Lucius, Edwards, Legros (G.), Mouchotte, Dambrin.

301. Coudert (R.), Tesson, Pedebidou, Ranson, Routaud, Simon, Géraud, Moret (L.), Delherme, Laubry.

311. Le Roux, Cortin, Guenard, Langevin, Laheue d'Espagne, Gauchory, Léger, Deschamps, Constantinesco, Benoit.

321. Géraudel, Neveu, Lamouroux, Maunoin, Le Roy des Barres, Laisnel-Luoastin, Judet, Guibal, Logerot, Pécharmant.

331. Loroy, Lecornu, Maury, Fournié, Courcoux, de Lacombe, Brocart, Cury (H.), Cathala, Dide.

341. Bouvet, Dionis du Séjour, Mauban, Lehmann, Leraitre, Hugé, Poutchkorn, Menu, Del Pozo, Bertrand.

351. Bruder, Gougis, Andrieu, Demaldens, Lejonne, Janot, François, Montais, Bloch (Ed.), Pauly.

361. Blandin, Girard (J.), Poulard, Bisch, Roche, Kahn, Sébilleau, Fromajeot, Salomon, Cugnin.

371. Hulleu, Ignard, Furet, Detot, Gaucher, Cotar, Calvi, Chomet, Bosvieux, Delaunay.

381. Mathe, Crues, de Clomesnil, Delébré, Bender, Bouchet, Bourier, Aubourg, Picard, Salmon.

391. Thiollier.

La lecture commencera par le n° 1 pour l'anatomie et par le n° 197 pour la pathologie.

— *Programme du Congrès de chirurgie.* — Vendredi 22 octobre, à neuf heures. — Tube digestif : MM. Villar, Nimier, Frœlich, Reboul, Faure, Forgue, Tédenat, Vautrin, Peyrot, Duret, Potherat, Picqué, Isch-Wall, Chevalier, Rioblanc, Hartmann, Mauclaire, Moulonguet.

A deux heures : Assemblée générale.

A deux heures et demie : Rapport de MM. Quénu et Hartmann sur les Indications opératoires et traitement du cancer du rectum. Discussion : MM. Julliard (Genève), Lavisé (Bruxelles), Pollosson, Berger, Gallet (Bruxelles), Péan, J. Bœckel, Heydenreich, Doyen, Depage (Bruxelles), Moulonguet, Taillefer.

Lésions traumatiques des os : MM. Thiriar (Bruxelles), Reclus, Desprez, Buscarlet (Genève), Kummer (Genève), Lejars Reboul.

Samedi 23 octobre, à neuf heures. — Affections spontanées des os : MM. Le Dentu, Vaslin, Chevalier. Anévrysme cirsoïde,

(1) Grasset. *Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes*, p. 171.

(2) Lyon. Loc. cit., p. 666.

M. Reverdin. Paralysies post-anesthésiques, M. Schwartz. Traitement chirurgical de la maladie de Little, M. Lebrun (de Namur). Lymphangiome simulant une hernie étranglée, M. Broca. Mal perforant traité par l'élongation des nerfs plantaires, M. Chipault.

Médecine opératoire : MM. Demons, Claude, Martin, Bauby.

Orthopédie : MM. Piéchaud et Bergonié, Lentz (de Metz), Albertin.

Articulations : MM. Poncet, Vaslin, Coudray, Ménard, Redard, Bauby.

A trois heures : Utérus : MM. Terrier, Péan, Tournay, Boursier, Le Bec, Jonnesco, Montprofit, Pozzi, Reynier.

Annexes : MM. Monod, Bouilly, Delagénière, Montprofit, Berrut.

A quatre heures : Salle de correspondance. Présentation de malades, de pièces pathologiques, d'appareils : MM. Berger, Montprofit, Bilhaut, Levassort.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 122. — SAMEDI 23 OCTOBRE 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 23 OCTOBRE 1897. — Nº 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

XIe Congrès

Séance du lundi 18 octobre 1897. — Présidence de M. GROSS.

M. HEYDENREICH (de Nancy) attire l'attention sur un nouveau mode d'exploration pelvienne : le **toucher vésical dans certaines affections péri-utérines**. Il a observé, chez une femme de trente-neuf ans, une inflammation péri-utérine qui faisait bomber le cul-de-sac antérieur du vagin, en même temps qu'elle produisait la sensation d'une masse dure s'étendant au-dessus du pubis sur une hauteur de trois travers de doigt. Les urines étaient purulentes.

Après avoir essayé sans succès de découvrir le foyer purulent le long de la paroi antérieure de l'utérus, il eut recours à l'exploration digitale de la vessie sous le sommeil chloroformique, après dilatation de l'urèthre par l'introduction successive d'une série de bougies d'Hegar. Il trouva ainsi, dans la partie supérieure de la vessie et un peu à gauche, un orifice dans lequel pénétra l'extrémité du doigt; après un léger effort il arriva alors dans une poche assez vaste, et, lorsqu'il retira son doigt de la vessie, un flot de pus s'écoula par le méat. Il s'agissait donc évidemment d'un abcès anté-utérin ouvert dans la cavité vésicale.

Il introduisit immédiatement l'index gauche dans la vessie puis dans la poche, et, par le vagin, incisa le cul-de-sac antérieur exactement au point où se percevait l'index gauche. Il put alors placer dans la cavité purulente une sonde de Pezzer ressortant par le vagin et il en mit une autre dans la vessie.

La guérison se fit rapidement, sans incontinence d'urine. Or, c'est là le seul reproche que l'on ait adressé au toucher vésical. En réalité, cette incontinence ne s'observe pas ordinairement; tout au plus constate-t-on parfois un affaiblissement du sphincter uréthral, vis-à-vis duquel nous ne sommes pas désarmés.

M. DUBOURG (de Bordeaux) a pratiqué huit fois la **gastro-entérostomie pour cancer du pylore**, avec deux morts survenues chez des cancéreux arrivés à la dernière période de la cachexie; chez les malades qui ont survécu, la survie a été en moyenne de deux à six mois.

Il a également fait une gastro-entérostomie chez deux malades atteints de **sténose simple du pylore** et c'est surtout dans le traitement chirurgical de cette affection que cette opération lui paraît appelée à rendre de grands services. Mais il reste à déterminer le moment où l'intervention devient opportune.

Chez un dilaté de l'estomac, lorsque la dilatation devient permanente et s'accompagne de troubles digestifs graves tels que douleurs épigastriques, vomissements alimentaires ou bilieux fréquents, mouvements de péristaltisme stomacal spontanés on réveillés par la pression, il est permis de penser que le pylore fonctionne mal et qu'un obstacle siège à son niveau : la question d'intervention peut déjà se poser. Si, en outre, il existe de l'amaigrissement, de la tendance au sommeil et de la faiblesse du pouls, il n'y a plus à hésiter, et l'intervention s'impose à bref délai.

Il emploie de préférence, quand rien ne s'y oppose, la gastro-entérostomie antérieure, attirant l'anse jéjunale à travers une brèche faite dans le grand épiploon d'abord et le mésocôlon ensuite. Le tube en caoutchouc qu'il a préconisé pour faciliter l'anastomose lui a toujours donné d'excellents résultats.

Chez scs opérés il n'a jamais observé aucun des accidents qui ont été signalés à la suite de cette intervention (vomissements persistants, symptômes d'occlusion intestinale). Il considère donc que l'opération est absolument indiquée dans les cas de sténose simple du pylore.

M. GUINARD croit qu'il y a intérêt à couder l'anse jéjunale pour assurer le bon fonctionnement de la bouche stomacale et empêcher le reflux du liquide de l'estomac dans le bout duodénal.

Séance du mardi 19 octobre (soir). — Présidence de M. GROSS.

Nos lecteurs ont eu sous les yeux le rapport de M. Demons sur les contusions de l'abdomen (1). C'est par sa lecture qu'a commencé la séance de mardi soir; la discussion a suivi immédiatement après. Comme il fallait s'y attendre pour une question de cette nature, aucune solution précise n'a pu sortir de cette discussion et ne pouvait en sortir. Le rapport même de M. Demons en donnait la preuve par son

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1141.

manque de conclusions précises. En effet les contusions de l'abdomen ne sont guère comparables entre elles, et il n'y a rien de commun entre la contusion simple et légère et l'accident grave occasionné par un tamponnement de chemin de fer ou un éboulement, par exemple. Pour ces cas extrêmes, l'accord sera toujours facile et point n'est besoin de discussion prolongée. Mais pour l'immense majorité des cas moyens, les plus nombreux, la difficulté surgira toujours. Opérer, pour y voir et faire un diagnostic précis, est certes chose recommandable quand le patient se trouve dans un milieu chirurgical installé, devant un chirurgien rompu à son métier et avec une assistance entraînée aux opérations abdominales. Mais dans la pratique, la contusion restera longtemps encore traitée par les moyens médicaux; c'est que, pour que la laparotomie soit efficace, elle doit être faite de suite, immédiatement, dans les premières heures qui suivent l'accident. C'est un point qui a été bien mis en lumière par la discussion actuelle. En réalité, le traitement reste subordonné à une question de diagnostic. Y a-t-il lésion viscérale connue? Tout le monde sera d'accord pour opérer. N'y en a-t-il pas? Tout le monde sera également d'accord pour ne pas intervenir. La difficulté n'est donc pas dans le traitement, mais dans l'obscurité et l'incertitude du diagnostic.

DISCUSSION

M. LE DENTU arrive aux mêmes conclusions que M. Demons mais par des chemins un peu différents.

Forte contusion de l'abdomen est de diagnostic difficile. Aussi les classifications en petites, moyennes, grandes contusions sont-elles aléatoires. Les contusions du rein et de la vessie sont faciles à diagnostiquer.

Dans bien des cas, la complexité des symptômes rend le diagnostic pénible. Aussi faut-il rester dans le doute souvent, et alors que faire? Faut-il rester dans l'expectative ou recourir à la laparotomie exploratrice?

Ce qu'il faut, c'est s'adresser à un diagnostic indirect qui analyse chaque symptôme, tirer de chaque signe le maximum d'indications, faire la chirurgie des symptômes. Il faut étudier non seulement les signes mais leurs nuances.

Signes locaux : les lésions des parois sont le plus souvent en opposition avec les lésions profondes. Les lésions les plus graves sont le plus souvent masquées par une paroi intacte. Toutefois un hématome peut faire supposer une déchirure du péritoine accompagnant celle des muscles. Mais ce n'est pas absolu. Des lésions dépassant l'ecchymose simple sont des indications d'ouvrir.

Modalité de la douleur : il convient d'attacher de l'importance à l'hyperesthésie en nappe, qui est une cause de laparotomie.

La contracture des muscles continue et profonde est un bon signe, mais d'une importance relative.

Signes indirects : le facies tiré, les yeux cernés etc., avec une pâleur très grande, indiquent le plus souvent un épanchement sanguin.

L'altération de la voix a une importance considérable et peut suffire à faire ouvrir le ventre.

Il faut attacher la même importance au pouls, qu'il soit accéléré ou ralenti. C'est parfois un symptôme isolé, le seul que le chirurgien puisse recueillir.

Lorsque la respiration dépasse 25 par minute, il convient d'être inquiet.

La calorification du blessé est aussi importante à étudier. La température axillaire et centrale n'a pas grande importance, il n'en est pas de même de la température des extrémités : langue, nez, etc.; si la langue est froide, c'est un signe grave. Il faut opérer.

Appareil digestif : les vomissements du début ne signifient rien. Les melæna et l'entérorragie constituent un signe d'une valeur autrement grave. De même du côté de l'appareil urinaire, le ralentissement de la sécrétion urinaire est un signe d'une gravité exceptionnelle.

L'agitation, des troubles des idées, l'indocilité, invitent le chirurgien à se méfier et le conduisent à l'opération. Lorsque le blessé est en état de choc, il y a à se demander si le choc est de nature hémorragique ou s'il est d'ordre nerveux.

Le choc nerveux est révélé par les signes les moins accentués, le choc hémorragique par les signes les plus accentués. Les deux chocs imposent l'intervention.

Traitement : il faut faire la laparotomie exploratrice, mais il faut la faire raisonnée. Il faut intervenir avec une indication tirée de l'analyse des symptômes.

L'opération doit être hâtive.

M. Le Dentu donne sa statistique personnelle qui est à peu près conforme comme pourcentage aux statistiques réunies par M. Demons, dans son rapport. Les succès seront encore plus fréquents, quand on interviendra plus vite.

Comme conclusion, le diagnostic analytique donne seul une base à l'intervention chirurgicale, par l'étude des signes énumérés plus haut, mais il est nécessaire de faire l'opération le plus vite possible.

M. MICHAUX, par la netteté de ses convictions, obtient un légitime succès; il croit que : 1° la laparotomie est le seul moyen de diagnostic des contusions abdominales; 2° la laparotomie est le seul moyen de traitement des contusions abdominales. Il laisse de côté les contusions des reins et de la vessie.

Il insiste, avec raison, sur le défaut de concordance entre la nature de la lésion et leur symptomatologie. Une contusion d'apparence bénigne à symptomatologie nulle peut entraîner la mort. La contusion n'est pas non plus, dans son intensité, en rapport avec la cause qui l'a produite.

L'étude de la symptomatologie, contrairement à ce que dit M. Le Dentu, ne présente pas d'indications thérapeutiques. Il n'y a pas de signe qui résiste à l'examen. La clinique est impuissante à faire le diagnostic : donc il faut faire la laparotomie.

Le traitement comporte trois méthodes : l'abstention, l'expectation armée et l'intervention.

Les deux premières ne font qu'une en réalité.

Les observations qui montrent la mort survenant malgré la laparotomie apprennent que l'intervention a été faite trop tard, en pleine péritonite. La plupart des opérateurs, par suite du retard apporté à l'opération, sont intervenus pour des péritonites et non plus pour des contusions. On connaît le pronostic de ces infections péritonéales. Il convient donc d'opérer avant qu'elles soient installées. M. Michaux a observé 20 cas de contusions de l'abdomen, 14 opérations avec 2 morts; 6 fois il s'est abstenu : 2 cas légers ont guéri seuls, 4 autres ont donné 2 morts.

La doctrine de l'expectation armée est absolument néfaste; la laparotomie peut donner des succès, comme le

démontre la statistique de M. Michaux, mais à la condition d'être faite dans les premières heures.

M. MOTY (de l'armée) déclare persister dans les conclusions de son premier mémoire sur les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, sauf en ce qui concerne la fréquence relative des cas graves, qui n'est que de un cinquième environ sur le total des entrées à l'hôpital.

Le point essentiel est de les reconnaître le plus tôt possible : à défaut de l'anxiété consécutive à l'absorption des boissons, qui manque souvent quand la perforation intestinale n'est pas élevée, l'accélération progressive du pouls constitue un des signes les plus sûrs des lésions graves et permettra souvent de distinguer les symptômes de péritonisme de la véritable péritonite par épanchement de matières intestinales.

En cas de gravité très probable ou évidente, l'opération lui paraît nettement indiquée. Elle l'est surtout dans les cas immédiatement graves avec choc intense, que l'on considère trop facilement comme irrémédiables. Il importe en effet de savoir que le premier résultat d'une laparotomie, suivie de la suture d'une perforation, est un sentiment de soulagement et de détente accusé par le malade et M. Moty reste fermement persuadé qu'on sauverait un certain nombre de ces blessés considérés comme inopérables, en intervenant immédiatement à la cocaïne et en s'aidant au besoin des injections de sérum artificiel. Les lavages du péritoine à l'eau bouillie et salée lui paraissent également toujours indiqués en cas de péritonite au début, ainsi que le drainage temporaire du péritoine après mise en place de fils d'attente en crins de Florence, destinés à former un ou plusieurs gros points de suture enchevillée après l'ablation du drain. Quelque bénigne que soit la laparotomie exploratrice, il faut en être sobre sur des hommes dans la force de l'âge, qui ont besoin de toute la solidité de leur paroi abdominale.

Le blessé présenté en 1890, à la Société de chirurgie, est toujours en bon état de santé et sa paroi abdominale, maintenue par une ceinture, s'est consolidée de plus en plus.

M. TACHARD communique deux cas récents de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, dont l'analyse conduit au rejet de l'expectation, méthode de hasard, et à l'adoption, dans tous les cas, de la laparotomie aussi immédiate que possible.

La fréquence et la faiblesse du pouls, constatées dix à quinze heures après le traumatisme, sont une contre-indication à la laparotomie retardée.

M. TÉDENAT (de Montpellier) adopte les idées de M. Michaux et dit qu'il est nécessaire que des contusions, même légères en apparence, soient quelquefois traitées par la laparotomie ; mais dans tous les cas, il faut intervenir le plus vite possible.

M. DOYEN (de Reims), contrairement à M. Le Dentu, ne veut pas opérer pendant la période de choc et, suivant sa remarque, dont on ne peut s'empêcher d'apprécier la valeur, si le malade n'a que deux ou trois heures à vivre, il n'y a pas à intervenir. Mais M. Doyen ne se cantonne pas dans ces idées générales et tient à s'appesantir sur quelques points particuliers :

Pour arrêter une hémorragie en nappe, il faut employer la vapeur sous pression et promener le jet sur la surface saignante (hémorragie du foie, etc.). C'est en même temps un excellent procédé de désinfection, procédé intéressant peut-être, mais combien peu pratique. Quand on ne peut pas tout fermer : il faut tamponner, limiter toujours la cavité qui est tamponnée et ne pas faire un tamponnement généralisé.

Le drainage doit être fait avec de gros drains en verre qui portent deux boules à une extrémité et un sac de caoutchouc à l'autre extrémité. Par ce drain, M. Doyen fait un drainage aseptique du péritoine. Ce nouveau drain a tout entier été imaginé par le chirurgien de Reims et a été présenté par lui à Moscou.

M. FÉVRIER. Lorsqu'on est en présence d'une lésion par éclatement, il faut chercher au-dessus ou au-dessous, sur la surface de l'intestin, la lésion par écrasement qui s'y trouve en même temps. Dans une observation citée par l'orateur, ce dernier a vu la coexistence des deux espèces de lésions (écrasement et éclatement, la première à 2 centimètres au-dessus de la seconde). La malade a guéri.

Les ruptures incomplètes de l'intestin ont été rarement constatées, ce qui tient, sans doute, à ce qu'on n'intervient que quand on a laissé les lésions se compléter. En effet, ses expériences sur les chiens prouvent que les ruptures incomplètes sont assez fréquentes. Quand les laparotomies seront faites plus vite, on constatera plus de ruptures incomplètes.

M. NIMIER se range du côté de ceux qui opèrent vite. Il faut savoir, dit-il, prendre à temps une décision. Il donne ensuite lecture d'observations prouvant que l'intervention a été le salut de quelques malades.

M. GUINARD a fait sept laparotomies par contusion de l'abdomen. Il soumet les réflexions suggérées par ces sept laparotomies.

Dans le premier cas, il a fait la laparotomie parce qu'il se trouvait en présence d'une hypothermie par hémorragie interne. Il a trouvé rupture du hile rénal. Mort.

Dans le second cas, il s'agit d'un charretier sur qui est passée une voiture. Il y a dans l'abdomen un épanchement sanguin considérable, on constate une rupture du rein droit, qui est tout à fait écrasé. Guérison. Quelques jours plus tard, on a dû enlever le rein parce qu'il y avait par la vessie des hémorragies abondantes et persistantes.

Troisième malade : Coup de pied de cheval sur la région hépatique. On ouvre, on trouve le duodénum mobile. L'épiploon gastro-hépatique a été tout à fait détaché de la petite courbure. Guérison. Il a dû faire aussi une suture du foie : c'est la première fois qu'une suture du foie guérit, dit M. Guinard ; en cela nous pensons que l'orateur se fait illusion.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'un malade de vingt-huit ans qui a reçu un coup de pied de cheval. Le ventre est dur, il existe une matité énorme dans la fosse iliaque droite. M. Peyrot veut opérer mais le malade s'y refuse. Cependant, il accepte trois heures plus tard. On constate une perforation du jéjunum grande comme une pièce de vingt sous. Un peu plus loin, autre lésion de l'intestin analogue, mais avec muqueuse conservée. Mort.

Cinquième observation : Malade tombé sur un tas de pierres. Signes d'hémorragie interne. Laparotomie *in extremis*. Déchirure de veine splénique. Malade mort six heures plus tard.

Dans les deux derniers cas, il s'agit encore de ruptures intestinales. Les malades sont morts parce qu'ils ont été opérés quarante et trente-trois heures après l'accident.

M. Guinard s'associe à ce que dit M. Michaux. M. Doyen dit qu'il faut laisser deux ou trois heures le malade se remonter. Non, surtout si le choc ne disparaît pas peu à peu, car c'est l'hémorragie interne qui le cause et qu'il faut arrêter.

L'orateur a tiré grand profit de l'emploi d'une boutonnière exploratrice, sorte de ponction sans anesthésie générale, qui amorce l'opération et fait accepter l'opération principale par le malade.

L'éther est préférable au chloroforme, il relève le pouls et la circulation. En face d'une contusion de l'abdomen, il faut être pessimiste, et dans le doute de l'existence de lésions viscérales, ne pas s'abstenir.

M. RIOBLANC (de Lyon), après avoir rapporté deux cas de contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, l'un où la laparotomie exploratrice a montré l'intégrité des viscères, l'autre où le malade succomba brusquement sans avoir présenté de symptômes abdominaux, tire de ces deux faits les conclusions suivantes :

1° Il n'existe pas de signes certains, pathognomoniques des lésions des viscères, et en particulier des ruptures de l'intestin dans les contusions de l'abdomen.

2° En présence de la gravité des lésions méconnues et de la bénignité des laparotomies aseptiques, on doit, à moins de collapsus grave, intervenir le plus tôt possible dès qu'on constate, soit dans l'état général, soit dans l'état local, quelque phénomène insolite, susceptible de jeter un doute sur l'intégrité des organes profonds.

3° Quand le chirurgien ne peut puiser dans la perfection de son outillage et dans une pratique suffisamment étendue la conviction de l'innocuité d'une laparotomie exploratrice, il doit se contenter de surveiller attentivement le blessé et se tenir prêt à intervenir à la première alarme.

4° Quant à l'intervention elle-même, elle doit être large pour permettre l'exploration facile et complète de la cavité abdominale, mais elle doit surtout être simple et rapide.

Séance du mercredi 20 octobre (matin) Présidence de M. HEYDENREICH.

Effets du traumatisme chez le vieillard. — M. RÉMY. Des traumatismes relativement petits, des opérations peu graves, deviennent souvent chez le vieillard la cause de troubles très sérieux : choc traumatique, troubles nerveux post-opératoires.

Ceux-ci sont variables et répondent au délire traumatique de Dupuytren, aux psychoses post-opératoires, etc. Il décrit plusieurs formes : *a*. Monomanie anorexique ; *b*. Troubles délirants dominant ; *c*. Forme nerveuse prolongée durant quelquefois deux mois, avec abattement.

A la période finale, les sphincters cèdent, il y a des troubles respiratoires, de l'arythmie, des phénomènes bulbaires, médullaires, qui amènent la mort.

Enfin la mort subite est possible après le traumatisme et nécessite un diagnostic à faire avec l'empoisonnement par l'iodoforme et l'atropine.

Le choc traumatique et la mort subite peuvent être la conséquence de fautes opératoires : éviter de refroidir un opéré, faire une antisepsie parfaite et aller vite. Le chloroforme doit aussi être considéré comme un agent de refroidissement qui s'ajoute souvent au refroidissement dû à la maladie (hernie étranglée). Il vaut mieux, dans ces cas, faire de l'anesthésie locale à la cocaïne. Après l'opération, réchauffer intus et extra par tous les moyens. Il faut faire boire chaud les malades ; c'est une erreur de les laisser sans boire pendant vingt-quatre heures.

Traitement de ces accidents : Les troubles cérébraux guérissent par l'alimentation, si bien que M. Rémy s'est demandé s'ils ne sont pas dus à l'inanition. Faut-il renvoyer les malades dans leur famille, comme dit M. Le Dentu ? M. Rémy ne croit pas que ce délire post-opératoire soit propre aux malades de l'hôpital, comme le prétend M. Le Dentu.

M. LE DENTU répond que ces accidents se voient aussi hors de l'hôpital, mais que celui-ci y prédispose.

Ligatures atrophiantes de tumeurs inopérables. — M. TUFFIER fait un essai de réhabilitation en faveur d'une méthode employée autrefois.

A. Pour avoir des résultats, il faut que la ligature ne s'adresse pas à un organe trop vasculaire, ni à un organe vascularisé par différentes artères de différents côtés.

Cancer de la langue : M. Tuffier a fait sept ligatures de la linguale. Il a obtenu un arrêt des hémorragies, des douleurs, mais le cancer a continué à évoluer.

Cancer de l'utérus : La ligature des utéro-ovariennes améliora tellement une malade que M. Tuffier crut avoir fait une erreur de diagnostic chez une malade qui était cachectique au début du traitement.

La ligature améliore les symptômes fonctionnels et arrête l'évolution de tumeurs dans des organes à un seul pédicule vasculaire et sans grandes anastomoses.

B. Ligature dans les infections : M. Tuffier a vu la ligature arrêter ou diminuer l'infection. Une femme avait une infection rénale gauche avec état cachectique ; la néphrotomie était impossible par suite de la cachexie. M. Tuffier lie le pédicule vasculaire du rein ; les phénomènes infectieux du rein tombèrent pendant un mois. Des accidents du côté opposé ont ensuite emporté la malade. Mais cela prouve qu'en cas d'infection localisée à un organe, on peut arrêter cette infection.

Conclusions : Les ligatures artérielles sont un moyen inoffensif qui, dans les tumeurs bénignes, donne de grands bénéfices et a ses indications dans les tumeurs malignes et certaines infections localisées.

M. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand) confirme les idées de M. Tuffier et rappelle qu'il a vu des tumeurs s'arrêter et rétrograder par la ligature artérielle.

M. HARTMANN a fait des ligatures atrophiantes, mais il n'en a pas tiré d'aussi grands bénéfices que M. Tuffier. Il a opéré pour des cancers de l'utérus avec des résultats ayant à peine duré quelques jours.

Aussi croit-il que pour une tumeur maligne, cancéreuse, il n'y a pas grand'chose à faire. Il y a plus à faire du côté des tumeurs bénignes, comme les fibromes de l'utérus ; on le fait en Amérique. Il suffit, dans ce cas, de déterminer une perturbation dans la nutrition du fibrome. Le fibrome s'atrophie dans ces conditions et l'utérus diminue de volume.

M. TUFFIER répond qu'il croit au contraire que, dans les tumeurs malignes, la méthode amène aussi une grande sédation. En ce qui concerne les fibromes, il faut tenir compte des bizarreries de ces tumeurs, dont l'évolution singulière, la régression, nous échappent.

M. PHOCAS fait une communication **sur le fonctionnement de l'hôpital de campagne envoyé de Paris à la guerre gréco-turque.**

« L'approvisionnement de cet hôpital a été conforme au tableau indicatif du 5 décembre 1892, mis à jour jusqu'au

1er mai 1894. A cet approvisionnement, on a fait, à l'instigation de M. le docteur Bouloumie, qui a organisé si rapidement notre hôpital de campagne, quelques adjonctions d'une réelle utilité (deux étuves, approvisionnements de conserves alimentaires, sulfate de quinine, etc.). Malgré ces perfectionnements, l'hôpital de campagne, tel qu'il est actuellement compris, laisse encore beaucoup à désirer. Formation sanitaire destinée à jouer un grand rôle, l'hôpital de campagne devrait pouvoir être monté rapidement et fonctionner d'une manière irréprochable au point de vue des exigences de la chirurgie moderne. Or, ni la rapidité de son installation, ni son fonctionnement antiseptique ne peuvent être réalisés dans l'état actuel. D'après le règlement, l'hôpital de campagne ne possède pas de lits. C'est par réquisition, et d'une manière extemporanée, qu'on arrive à se procurer des lits. Il en résultera fatalement une perte de temps considérable et des difficultés parfois insurmontables pour faire fonctionner cet hôpital. A Athènes, dans un pays de ressources, il ne nous a pas fallu moins de huit jours pour nous installer. Dans un autre pays de la Grèce, la chose eût été à peu près impossible.

Au point de vue du fonctionnement chirurgical, l'approvisionnement de l'hôpital de campagne laisse à désirer. Il n'existe pas de table d'opérations, chose qui devait être annexée d'urgence à cet hôpital. Les objets de pansements, qui ont été abondants et de bonne qualité, auraient gagné à être préalablement stérilisés.

L'adjonction d'une étuve pour les instruments et d'un autoclave pour les pansements devrait être prescrite par le règlement. Enfin, nous souhaiterions voir adopter une classification plus facile des objets usuels de pharmacie, un arrangement plus commode pour trouver vite et facilement ce dont on a besoin, et nous verrions avec plaisir diminuer le nombre de médicaments inusités qui encombrent inutilement l'hôpital de campagne.

L'hôpital de campagne est destiné à jouer un grand rôle dans les guerres futures.

C'est, en effet, dans cet hôpital que les opérations urgentes seront faites et, parmi ces opérations, nous n'hésitons pas à classer les laparotomies et les trépanations.

La chirurgie des membres y sera pour ainsi dire nulle et on se contentera, le plus souvent, d'un appareil ou d'un pansement.

Ces propositions sont confirmées par notre expérience.

Installé dans l'aile principale de l'école militaire de Cadets, notre ambulance a pu soigner 200 blessés environ. Dans un seul après-midi, il a fallu faire plus de 100 pansements à la suite de la bataille de Domokos. Nous n'avons conservé ensuite que les blessés les plus graves et nous avons évacué dans les autres hôpitaux les blessures les plus légères.

Ces blessés graves sont au nombre de 68 :

1° Plaies par armes à feu des parties molles (23 observations);

2° Fractures compliquées par armes à feu (21 observations);

3° Plaies articulaires par armes à feu (19 observations);

4° Plaies des vaisseaux (2 observations);

5° Plaies viscérales (3 observations). »

Nous ne pouvons suivre le docteur Phocas dans le détail de son compte rendu et nous nous bornons à l'exposé de ses conclusions :

« Si nous jetons un coup d'œil sur les principaux cas que nous avons pu examiner et soigner, nous trouvons d'abord une prédominance manifeste des lésions des membres et une pénurie très grande des lésions viscérales. Il existe certainement une cause d'erreur que nous venons de signaler. Les blessures viscérales sont en général si graves qu'elles ne sont pas arrivées jusqu'à nous.

Le rapport réel entre les lésions des membres et celles des viscères n'est donc pas celui indiqué par nos observations. Mais, d'après nos renseignements, d'après la mortalité survenue dans les bateaux qui transportaient les blessés, on peut affirmer que les lésions viscérales ont été assez rares.

Une autre remarque est bonne à retenir :

Les plaies soignées dans le service de l'arrière ont été d'une remarquable bénignité, à tel point que sur nos 68 observations, nous n'avons à signaler que 3 morts (fracture du crâne, plaie du rectum et plaie pénétrante double du thorax). Sans compter les plaies des parties molles, nous avons 39 observations de fractures compliquées graves et de plaies articulaires, presque toutes ayant intéressé une grande articulation, qui, toutes, sans exception, ont fini par guérir. Les statistiques partielles déjà publiées indiquent la même bénignité. Nous ne pouvons expliquer ces résultats que par la mise en pratique de l'antisepsie. »

M. PICQUÉ fait observer qu'une guerre continentale ne saurait être comparée à la guerre gréco-turque. M. Phocas fait la critique de l'hôpital de campagne. Il oublie que c'est une fondation roulante, par conséquent légère. Aussi, ne peut-il emporter de lits, comme le veut M. Phocas; il est nécessaire de garder les paillasses. De plus, on ne peut, on ne pourra faire d'opérations aux hôpitaux de campagne : il faut y faire, comme aux ambulances, des pansements simplement. Il faut évacuer sur le service de l'arrière tous les malades à opérer, et on ne peut songer à faire de la chirurgie dans un hôpital de campagne; c'est le principe du service de santé.

M. PHOCAS prétend qu'il est impossible de tout évacuer en arrière. Il faut qu'il y ait des hôpitaux où on puisse opérer sans évacuer dans le service de l'arrière.

M. PICQUÉ a par lui-même constaté récemment dans les manœuvres que l'hôpital de campagne ne peut servir à faire des opérations.

M. PHOCAS répond que c'est là une lacune qu'il faut combler.

M. REYNIER. La trépanation de l'apophyse mastoïde est souvent insuffisante pour les anciennes suppurations de l'oreille. Jamais la trépanation et le lavage consécutif ne suffiront à enlever les cholestéotomes, etc., qui se trouvent dans toutes les anfractuosités de la région. Aussi faut-il, dans ces cas, mettre ces anfractuosités à jour; il faut faire l'**évidement pétro-mastoïdien**, préconisé par M. Broca.

Pourquoi cette opération est-elle peu en honneur? A cause de ses dangers (nerf facial, lésion des canaux semi-circulaires des sinus, méningite, etc.). Quels résultats donne cet évidement? C'est un point sur lequel les observations sont encore muettes.

M. Reynier a fait quatorze fois l'évidement pétro-mastoïdien cette année. Voici quelle est sa technique :

L'absence de règles semble aujourd'hui seule régir cette opération. C'est une erreur absolue, contre laquelle il réagit en réglant l'opération ainsi : incision de la peau, ouverture de l'antre mastoïdien, de l'aditus, de la caisse.

Sur quatorze opérations, il n'a jamais eu un accident,

grâce à sa prudence, et surtout parce qu'il n'a pas pris de grands ciseaux, qui auraient pu donner lieu à des échappées.

La guérison complète a suivi ses opérations dans un certain nombre de cas, mais elle arrive au bout d'un temps variable. Tous ses malades ont eu l'audition améliorée, alors qu'avant ils n'entendaient pas du tout.

L'évidement pétro-mastoïdien donne donc d'excellents résultats.

M. BROCA est d'accord avec M. Reynier, au point de vue des indications; il y a à peine quelques points de désaccord : c'est en ce qui concerne certains dangers de l'opération. Jamais il n'a ouvert un sinus, aussi il ne croit pas ce procédé dangereux à ce point de vue; il n'a pas vu davantage de lésions du canal semi-circulaire.

Sur ce fait de l'audition recouvrée, il est d'accord avec M. Reynier.

M. MALHERBE confirme les idées de MM. Reynier et Broca, et revendique pour lui la paternité du mot « évidement pétro-mastoïdien ».

MM. JABOULAY et RIVIÈRE (de Lyon) font une communication sur les **abcès cérébraux consécutifs aux otites suppurées**, et rapportent un nouveau cas d'abcès cérébral otitique, récemment observé par eux, diagnostiqué et opéré sans succès. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, notoirement tuberculeux : atteint d'une ancienne suppuration d'oreilles qui, le 29 novembre 1896, fut pris de céphalée vive et mal localisée, de courbature, de frissons légers avec un peu d'élévation de la température. L'ancienne otorrhée réveillée donnait un écoulement très fétide avec des douleurs dans la région parotidienne. Vomissements le quatrième jour avec exacerbation progressive des symptômes.

Un nettoyage de l'apophyse et de la caisse, pratiqué le 5 décembre, n'arrête pas la marche des lésions. Le 10 décembre, céphalées atroces, vomissements et frissons intenses, puis le lendemain torpeur cérébrale. Deuxième intervention (par la brèche déjà faite) au cours de laquelle on ouvre un abcès cérébral et un sous-dural contenant un pus très fétide.

La température baisse, mais l'agitation et les autres symptômes restent identiques et le malade succombe le 13 décembre.

De ces observations et de cas précédemment observés, MM. Jaboulay et Rivière concluent :

1° Que l'abcès cérébral est généralement une infection surajoutée à une otite tuberculeuse;

2° Que le diagnostic, qui doit être précoce, doit surtout s'appuyer sur la céphalée fixe, la fièvre, la gravité des phénomènes généraux, les localisations, etc.;

3° Que la grande difficulté opératoire réside dans la presque impossibilité de faire un drainage durable, les drains en caoutchouc troués ou non, en métal, étant expulsés ou obstrués, seul un drain métallique avec rebord terminal serait utile. L'incision au thermocautère est insuffisante, et l'excision des parties environnantes mènerait probablement trop loin.

MM. VILLARD et RIVIÈRE communiquent un cas de **phlébite du sinus**. Il s'agit d'un jeune homme tuberculeux, dans le demi-coma, avec torpeur, torticolis, élévation considérable de température. Pas de troubles cérébraux proprement dits. Le diagnostic de phlébite des sinus est porté. On intervient et la mort survient quelques jours plus tard, de pleuro-pneumonie.

Si on avait pu intervenir plus tôt, le malade eût été probablement sauvé. Ces auteurs insistent pour que l'intervention soit précoce.

M. MALHERBE. **L'évidement pétro-mastoïdien dans l'otite moyenne sèche** donne de bons résultats. Une des premières indications est la disparition de l'audition des sons aigus, qui est d'un pronostic grave au point de vue des fonctions de l'oreille.

L'observation nous apprend que tous les malades ont tiré bénéfice de l'opération. L'audition est devenue plus nette, et l'amélioration porte surtout sur les sons élevés. En même temps les bruits objectifs ont disparu.

M. GIRARD (de Berne) a cherché une méthode de **résection du maxillaire supérieur** qui n'ouvre pas la cavité buccale.

Voici comment il fait : *a*) extraction des dents quelques jours à l'avance; *b*) incision des téguments de la face; *c*) décollement du repli muqueux labio-buco-gingival, puis la gencive en contournant le bord alvéolaire du maxillaire. Ainsi on arrive à décoller le revêtement périosto-muqueux de la voûte du palais du côté malade; *d*) résection de l'os maxillaire suivant les règles habituelles.

C'est un procédé extra-buccal. Il permet aux malades de parler avec leur voix habituelle et de se passer d'appareils prothétiques.

M. INGLESSIS (de Marseille) communique un fait de **plaie perforante double de la face par arme à feu**, observé pendant la guerre helléno-turque en 1897. Il s'agit d'un officier qui, au moment où la tête tournée à gauche et la bouche largement ouverte donnait un ordre, fut frappé par une balle de fusil Mauser à la région massétérine droite. Le projectile suivant une direction transversale et un peu oblique à gauche, en bas et en arrière, perfora le muscle masséter de ce côté, les piliers antérieurs droit et gauche du voile du palais, la glande parotide et ressortit au niveau de l'angle gauche de la mâchoire inférieure. Les parties molles seules ont été intéressées. Il y eut une hémorragie immédiate par la bouche assez abondante : mais l'hémostase devint définitive après les premiers soins donnés au blessé au poste de secours. Consécutivement surviennent des complications septiques du côté des plaies en rapport avec la muqueuse buccale avec dysphagie, dysphonie, gêne respiratoire et suppuration fétide; une constriction des mâchoires par contracture du masséter; enfin une fistule salivaire parotidienne. Au bout d'un mois la guérison était complète. Cette observation démontre tout d'abord le rôle que les mouvements peuvent jouer dans les blessures : l'abaissement de la mâchoire inférieure a permis au projectile de traverser la cavité buccale sans toucher ni les os maxillaires ni les dents; elle présente ensuite dans le même cas deux raretés assez exceptionnelles : une perforation double du voile du palais et une perforation transversale de la loge parotidienne sans lésion des vaisseaux importants de cette région. Enfin l'intérêt de ce fait résulte de ses multiples complications consécutives et de sa terminaison par la guérison complète et rapide.

M. ISCH-WALL (de Paris) dit que l'on peut enlever les gros **polypes naso-pharyngiens** sans résections osseuses. Il a fait cette opération sur un enfant de neuf ans, ayant un polype qui envahissait le pharynx nasal, les fosses nasales, le sinus maxillaire droit, la fosse temporale et l'orbite du même côté.

Le malade a été endormi la tête en bas. Avec une rugine l'opérateur détache les insertions basilaires et ptérygoïdiennes qui existaient dans ce cas. La tumeur est saisie avec une pince pendant que l'index introduit dans la narine droite déchire avec son ongle le point rétréci de la tumeur au moment de son passage en dehors du pharynx.

La pince arrache la portion pharyngo-nasale du néoplasme, et une éponge introduite dans le pharynx fait une compression presque inutile, car il y a peu de sang. Aussitôt grande incision à la fosse temporale, la tumeur est mise à nu et pincée. Un coup de ciseaux sectionne l'arcade zygomatique qui s'oppose à l'ablation, et dès que cet os est sectionné, la tumeur peut être extirpée par traction.

L'hémorragie reparaît au moment de cette seconde ablation, elle est arrêtée par compression.

Les suites opératoires ont été bonnes et la guérison rapide.

M. MAUNY (de Saintes) relate un cas de **kyste séreux congénital de la base du cou**, chez un enfant de vingt-deux mois, kyste dont il fit l'ablation totale avec succès.

Le diagnostic est souvent difficile, surtout quand la poche est multiloculaire avec prolongements profonds et sans fluctuation. On peut les confondre avec des ectasies vasculaires, principalement avec les dilatations veineuses, avec les angiomes.

Par leur volume et leur siège, ces kystes peuvent faire courir grands dangers. L'intervention s'impose dans la majorité des cas.

Les ponctions et injections modificatrices sont dangereuses. Il faut les abandonner pour faire place à l'ablation totale de poche avec ses prolongements. C'est la méthode de choix.

M. FAURE (de Paris) fait une communication sur le **traitement du goitre exophtalmique par la résection totale du grand sympathique.** Il a fait trois résections du grand sympathique cervical, en vue de combattre les accidents du goitre exophtalmique.

Dans le premier cas, il a obtenu par la résection bilatérale du ganglion cervical supérieur et de 5 à 6 centimètres du cordon sous-jacent, une diminution notable de l'exophtalmie, une grande régression du goitre, une accalmie dans les phénomènes cardiaques, mais surtout une véritable transformation de l'état général. Le malade est revenu à la santé. L'opération date de plus de quatre mois et l'amélioration s'accentue.

Dans le second cas, M. Faure a fait une résection totale du grand sympathique droit, en y comprenant le ganglion supérieur et le ganglion inférieur. A gauche, à la suite d'une syncope qui s'est produite au moment où il écartait le pneumogastrique, il s'est contenté d'exciser le ganglion supérieur à 4 ou 5 centimètres du cordon sous-jacent. Il y a eu rétrocession presque complète du goitre, diminution de l'exophtalmie qui a presque disparu, état à peu près stationnaire du cœur, mais amélioration très grande des troubles généraux, sans qu'elle soit cependant aussi marquée que chez la première malade. Il est vrai que la dernière n'est opérée que depuis deux mois et demi.

Sa troisième observation a trait à une malade à laquelle il a extirpé sans incident la totalité du grand sympathique cervical droit, jusques et y compris le ganglion cervical inférieur. Au moment de commencer l'opération à gauche, la malade a présenté une syncope due au chloroforme et a succombé.

L'opération lui a toujours semblé délicate, mais relativement facile. Les résultats obtenus dans les deux cas où les malades ont survécu ont été vraiment favorables, ils semblent s'accentuer encore, et dans ces conditions il n'est pas possible de nier l'influence de l'opération.

Mais il a eu, sur trois opérations, une syncope grave et une mort due au chloroforme. Il se demande s'il ne faut pas voir dans cette série d'accidents une conséquence de l'extirpation du sympathique. Il est possible que le cœur, privé d'une de ses sources d'énergie, soit plus sensible à l'action toxique du chloroforme.

Quoi qu'il en soit, il faut cependant pratiquer l'opération double en deux séances, et pour sa part, à l'avenir, il emploiera l'éther. Mais les résultats qu'il a obtenus dans ses deux premiers cas, sont trop favorables pour qu'il ne recommence pas à la première occasion cette opération qui, en dehors de ces syncopes dont elle est peut-être innocente, lui a paru d'une efficacité incontestable.

MM. JONNESCO et DOYEN font une communication sur le **goitre exophtalmique**, à peu près semblable à celle qu'ils ont faite au Congrès de Moscou.

M. ABADIE fait sur le même sujet la communication suivante :

« L'année dernière, à ce même Congrès, je fis une communication sur la **nature et le traitement du goitre exophtalmique.** Je m'efforçai de renverser la théorie thyroïdienne et de démontrer que, dans la maladie de Basedow, tout se comportait comme s'il y avait une excitation permanente des vaso-dilatateurs seuls du sympathique cervical. Je terminais en disant que sûrement, à l'avenir, la section du sympathique cervical atténuerait ou ferait disparaître les trois principaux symptômes de cette étrange maladie.

Depuis, les faits dans leur ensemble sont venus confirmer le bien fondé des idées que j'avais émises à ce sujet. A l'heure actuelle, le nombre des chirurgiens qui renoncent à agir sur la thyroïde pour s'attaquer au sympathique cervical augmente tous les jours ; mais, néanmoins, une opposition assez vive est faite encore par ceux qui ont obtenu des succès avec la thyroïdectomie partielle. Examinons donc à nouveau la question et voyons les diverses phases par lesquelles elle est passée depuis un an.

D'une part, les discussions sur ce sujet à la Société de chirurgie ont démontré le danger, parfois inévitable, toujours mystérieux et menaçant des thyroïdectomies partielles. Tous les chirurgiens devraient avoir présent à l'esprit le cas de Lejars. Ayant réséqué le lobe droit du corps thyroïde chez une jeune fille de dix-huit ans, du service de M. le professeur Debove, sans qu'il survînt le moindre incident, la moindre complication au cours de l'opération, cette malade succomba le soir même et l'autopsie fut absolument impuissante à révéler la cause de la mort.

D'autre part, Quénu a rapporté le cas d'une basedowienne chez laquelle on fut obligé d'enlever tout le corps thyroïde pour mener à bonne fin une opération, qui devenait pénible et dangereuse. Il survint ultérieurement du myxœdème, qui nécessita l'emploi indéfini de la médication thyroïdienne.

Enfin, Jaboulay, Sænger ont observé des malades chez lesquels l'ablation partielle de la glande fut rapidement suivie de l'hypertrophie des parties restantes. De telle sorte

qu'il y eut pour ainsi dire récidive sur place et aucun amendement des autres symptômes.

Voilà des faits avec lesquels il faut compter. Et, quoi qu'en aient dit Doyen et Péan, quelle que soit l'habileté opératoire du chirurgien traitant, une thyroïdectomie partielle expose au myxœdème, à la récidive, parfois à la mort.

Tout cela pour obtenir en somme, même dans les cas les plus favorables, une simple diminution du goitre, car l'action de l'ablation partielle sur l'exophtalmie est à peu près nulle.

Jusqu'ici, au contraire, toutes les opérations pratiquées sur le sympathique cervical ont donné des résultats favorables, et comme je l'ai dit dès la première heure, la simple section du sympathique cervical s'est montrée suffisante. Il est parfaitement inutile, comme le recommande pourtant Jonnesco, de l'enlever complètement. Le tronc nerveux, en effet, n'est ni malade ni dégénéré. Son tissu est intact et ne présente aucune lésion.

En réalité le point de départ de la maladie se trouve dans la partie supérieure de la moelle et le bulbe, au niveau des noyaux d'origine des nerfs dilatateurs du sympathique cervical.

C'est là qu'il faudrait agir si la chose était possible et le vrai traitement curatif serait celui qui éteindrait là, sur place, l'excitation anormale qui provoque la vaso-dilatation.

Mais en sectionnant les filets nerveux qui sont les agents de transmission de cette excitation anormale, le but est encore atteint, quoique d'une manière indirecte.

On a parlé aussi de récidives qui auraient suivi la section du sympathique et l'on a proposé de recommencer la section plus haut ou plus bas, en raison des anomalies que pourraient présenter les filets du sympathique.

Ce n'est pas, non plus, mon avis; l'observation prolongée des malades opérés a, du reste, prouvé qu'il n'y avait réellement pas récidive dans le sens rigoureux du mot. Ce qui est vrai, c'est que quelquefois l'exophtalmie, tout en rétrocédant au point de ne plus être ni un danger, ni même une difformité, persiste un peu.

Nous croyons cela dû à ce que l'exophtalmie, surtout quand elle est excessive, relève de deux facteurs principaux; d'abord de l'excitation des fibres lisses de Müller contenues dans l'aponévrose orbito-oculaire, et aussi de la vaso-dilatation des vaisseaux rétro-bulbaires.

La section du sympathique au-dessus du ganglion moyen fait bien cesser l'excitation des fibres lisses de Müller innervées par la branche nerveuse que l'on sectionne. Mais la vaso-dilatation rétro-bulbaire persiste parce que les nerfs dilatateurs de cette région, émanant des parties plus élevées de la moelle cervicale, échappent à la section nerveuse pratiquée au-dessous d'eux. »

Séance du mercredi 20 octobre (soir). — Présidence de M. Bœckel.

M. Calot (de Berck) n'admet dans le **traitement du mal de Pott** d'autre intervention active que celle qui a pour but la correction de la difformité. S'attaquer à la paralysie ou à l'abcès par congestion (autrement que par les simples ponctions), c'est transformer le mal de Pott fermé en un mal de Pott ouvert. Or, si le premier a 95 chances sur 100 de se terminer par la guérison, le deuxième a 95 chances sur 100 de se terminer par la mort. C'est ainsi que se conduisent d'ailleurs tous les chirurgiens sages, en présence ou de la tumeur blanche du genou ou de la coxalgie, n'intervenant directement et activement que pour combattre les déviations. Le redressement des gibbosités pottiques est aussi légitime que celui des déviations de la hanche ou du genou; non seulement aussi légitime, mais aussi nécessaire, aussi urgent. Il est tout aussi bénin, si l'on suit le manuel opératoire recommandé par M. Calot et bien connu; il n'y a à peu près jamais ni choc opératoire, ni rupture d'abcès, ni paralysie à redouter. La preuve est faite par les centaines d'observations d'enfants opérés depuis huit mois. Cependant, pour mieux assurer cette innocuité, il faut s'abstenir d'opérer les enfants par trop cachectiques, les enfants porteurs d'abcès par congestion volumineux (on guérit d'abord ces abcès : l'on opérera ensuite), les enfants qui ont des fistules, les enfants porteurs de gibbosités résistant à une traction de 60 à 80 kilos. L'obstacle à la réduction vient presque toujours, dans ce dernier cas, des soudures osseuses qui se sont produites entre les lames vertébrales dans le rachis postérieur; et il est beaucoup plus sage et plus chirurgical d'aller sectionner à ciel ouvert ces soudures osseuses postérieures. Dès que la plaie cutanée sera cicatrisée, l'on recommencera les manœuvres orthopédiques de correction.

M. Calot compte arriver ainsi à corriger même de très vieilles et de très grosses bosses, pourvu qu'il s'agisse de sujets âgés de moins de vingt à vingt-cinq ans. Il montre des photographies témoignant qu'il a pu arriver à la correction parfaite d'une bosse presque colossale, vieille de dix ans, pour une jeune fille de dix-sept ans, par les seules manœuvres externes.

Comment se font la réparation et la consolidation du rachis? Soit par soudure antérieure. Des radiographies présentées par M. Calot ne laissent pas de doute à cet égard, la soudure antérieure étant précédée et facilitée par un tassement des pièces postérieures du rachis, produit par les manœuvres de redressement.

Soit par soudure postérieure, s'il s'agit de grosses gibbosités, cette soudure se faisant spontanément après un temps plus ou moins long (elle s'est fait spontanément dans le tiers des cas dans l'espace de six mois), ou bien devant être produite par une dénudation des lames vertébrales, l'avivement de leurs bords qui sont au contact, parfois même imbriqués, et le rabattement par-dessus les lames du périoste soulevé avec les parties molles. M. Calot a fait dix fois cette petite intervention.

L'on peut faire cette soudure dès le troisième mois (pour gagner du temps), si le mal de Pott est guéri. La durée du traitement sera ainsi de cinq à six mois. Si le mal de Pott est encore en évolution, la durée du traitement sera très variable on le conçoit, les tuberculoses osseuses pouvant durer six mois, un an et même plusieurs années quelquefois. La condition du succès, c'est d'appliquer à la suite du redressement un grand appareil plâtré céphalo-thoracique bien construit. Lui seul peut maintenir la correction.

C'est dire que les ligatures préconisées par l'Américain Hadra d'abord et après lui par Chipault ne valent rien.

M. Chipault (de Paris). « Lorsque, en décembre 1896, notre confrère Calot publia à l'Académie son procédé de réduction en un temps des gibbosités pottiques, je revendiquai de suite la priorité, au moins la priorité actuelle, de la méthode réductrice. Les extraits, que je citai, de mes publications antérieures non seulement à la présentation, mais

encore aux premières opérations de Calot, ont eu un retentissement suffisant pour que je pense inutile de les relire devant vous.

A ces preuves, je suis du reste heureux d'ajouter aujourd'hui une preuve nouvelle; j'ai reçu pour la troisième année des « Travaux de neurologie chirurgicale » un certain nombre d'observations de gibbosités pottiques traitées, avant même la présentation de Calot, par la technique que j'avais indiquée : les chirurgiens qui me les ont transmises ont fait, et parfaitement fait, la réduction intégrale des gibbosités qu'ils m'avaient fait l'honneur de traiter par ma méthode.

Donc, non seulement j'avais exprimé ma pensée à ce sujet, mais je l'avais exprimée avec une clarté suffisante pour être compris.

Il faut donc croire que la question aurait, sans la communication de Calot, fait son chemin : je serais mal venu de méconnaître que cette communication lui a donné un élan extraordinaire et qu'elle a franchi d'un bond un espace que j'aurais mis de longues années à lui faire parcourir.

Cette divulgation rapide a-t-elle été tout à l'avantage de la méthode? Je suis loin de le croire. Je le crois d'autant moins qu'aujourd'hui, dix mois après sa première communication, le docteur Calot a rapproché de la mienne, sur plus d'un point, sa technique qui, au début, en était très notablement différente.

En effet, dès le début, j'ai dit : Je diffère, relativement à Calot, d'avis sur plusieurs points, les uns relatifs aux indications de la réduction, les autres relatifs à sa technique.

1° Indications : Il n'est, disait Calot, presque pas de gibbosité pottique qui ne soit curable... et il ajoutait autre part : L'intervention est toujours indiquée. Je disais, au contraire, et en propres termes : Je réduis seulement les gibbosités non ankylosées, c'est-à-dire plus ou moins récentes, et encore à condition qu'elles soient petites ou moyennes. Les gibbosités ankylosées, je ne les réduis pas.

Je suis heureux de reconnaître que, sur cette nécessité de choisir les cas à réduire, Calot s'est rangé à mon avis, et qu'il reconnaît, suivant les propres termes de sa communication au Congrès de Moscou, que quelques chirurgiens sont allés trop loin dès le début de leur pratique, et que ces excès ne peuvent que retarder la vulgarisation d'une méthode appelée à rendre les plus grands services, pourvu qu'on ne veuille pas l'appliquer indistinctement et inconsidérément à tous les cas. C'est bien là, exprimée par Calot, et mieux que je n'aurais fait moi-même, mon opinion tout entière.

2° Je passe aux détails de technique.

Je disais :

a. Calot appuie pour réduire jusqu'à l'extrême limite de ses forces et fait en même temps tirer son malade, à la tête et aux pieds, par quatre aides vigoureux. Je n'y comprends rien : toutes les gibbosités pottiques que j'ai réduites se sont déroulées sous le bout de mon doigt, sans effort et sans bruit. Je suis heureux de reconnaître qu'ici encore Calot s'est entièrement rangé à mon avis. « La manœuvre de correction, nous dit-il maintenant, dure quelques secondes : elle se fait sans secousse, avec une douceur extrême. » Il ne reste plus à Calot qu'à adopter pour ces gibbosités le qualificatif que je leur ai donné, de déroulables, pour que nous soyons d'accord, même au point de vue linguistique.

Et tout à fait d'accord, même à ce point de vue, puisque dans sa communication je le vois désigner les malades atteints de mal de Pott et les accidents du mal de Pott du nom de malades ou d'accidents « pottiques », terme que j'ai employé le premier, il y a trois ou quatre ans.

b. Sur un second point, je suis heureux de voir que la manière d'agir de Calot tend aussi à se rapprocher de la mienne. Vous savez avec quelle ténacité j'ai défendu l'importance des ligatures apophysaires pour le maintien des gibbosités réduites. Or, en bas de page, dans une courte note de sa communication au Congrès de Moscou, je lis : « L'ankylose des apophyses pourra être favorisée en réunissant les apophyses par leur périoste détaché et suturé. » C'est bien, à n'en pas douter, un premier pas vers les ligatures apophysaires dont les faits imposeront, j'en suis convaincu, la nécessité dans tous les cas où la déformation est un tant soit peu accentuée, pour éviter les insuccès et les récidives.

Un mot encore. Renonçant à réduire les gibbosités ankylosées, Calot propose de les atténuer par l'ablation des apophyses épineuses « souvent saillantes ». Souvent, c'est peut-être beaucoup dire, car, d'ordinaire, les apophyses épineuses correspondant aux gibbosités pottiques sont écrasées, aplaties et bifides. Quoi qu'il en soit, en décembre 1896, dans ma première réponse à Calot, je citai deux cas de gibbosité ankylosée améliorée par cette technique : j'espère vous démontrer tout à l'heure qu'il y a, dans les cas de ce genre, autre chose et mieux à faire. »

M. CALOT reprend alors la parole pour discuter la priorité et fatigue véritablement l'assemblée en insistant avec opiniâtreté sur ce point par trop personnel de la question.

M. REDARD. « J'ai soutenu depuis longtemps qu'il faut empêcher la production des gibbosités, et quand elles existent qu'il faut les réduire. Mais il serait dangereux de dire que toutes les gibbosités doivent être réduites. Je n'opère que les gibbosités facilement réductibles. La brusquerie et la violence ne doivent jamais être employées; je suis heureux de voir que M. Calot, à Moscou, est revenu à ces idées, alors qu'au début il préconisait la réduction violente.

Le chloroforme est indispensable.

Notre statistique a 35 cas : pas d'accidents de rupture, d'abcès, ni de paralysie, ni autre. La réduction est donc exempte de dangers si elle est faite prudemment. Les résultats éloignés sont absolument favorables. Jamais nous n'avons vu de généralisation et toujours nous avons vu le rachis bien maintenu. »

M. CHIPAULT veut bien enregistrer les 35 cas de succès de M. Redard. « Pour moi, dit-il, sur 100 cas, je n'en ai choisi que 12 à réduire; là-dessus, j'ai eu 1 cas de méningite que je considère comme le résultat de la réduction; j'ai eu 1 autre cas d'alerte chloroformique sérieuse.

D'autre part, M. Bilhaut dit que les fils ne sont pas tolérés dans les ligatures apophysaires. Je n'en ai jamais vu et suis certain que les ligatures apophysaires ne sont pas justiciables de ce reproche. »

M. LEVASSORT a recommandé d'aller doucement dans le redressement du mal de Pott.

Il a préconisé la suspension par les pieds, tête en bas, comme il l'a dit dans un mémoire que l'Académie n'a pas voulu accepter. Ceci dans le but d'éviter les alertes, et tant

dans scoliose que dans mal de Pott. L'enfant respire très facilement dans ces conditions, ce que M. Chipault constate également.

M. BAUBY (de Toulouse) croit qu'il y a mieux à faire que de suspendre par la tête ou les pieds. Après la réduction, il met l'enfant sur le dos, il passe une sangle sous l'ancienne réduction et il la suspend à une barre de fer transversale fixée à un appareil contenteur quelconque. On soulève ainsi l'enfant par sa gibbosité et l'enfant ne repose plus que par la tête et les pieds. On a une réduction parfaite de la gibbosité et on applique l'appareil plâtré très simplement.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La mélancolie (1), par les docteurs J. ROUBINOVITCH, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, et Édouard TOULOUSE, médecin de l'asile de Villejuif [ouvrage couronné par l'Académie de médecine (prix Lefèvre, 1896)].

Cet ouvrage est le dernier livre qu'on ait écrit sur la *Mélancolie*, cet état morbide observé si communément dans les milieux hospitaliers et en ville. Il n'est pas nouveau que par la date, mais aussi par les idées générales et les tendances expérimentales qui y sont manifestées. On y trouvera une critique de la théorie de Lange, qui donne aux conditions physiques des émotions la première place, antérieure même au fait de conscience. On y trouvera aussi de nombreux tracés, graphiques et photographies; c'est là, d'ailleurs, un des côtés originaux de cette monographie, qui marque un réel progrès sur toutes ses devancières par l'application à l'étude des maladies mentales de la méthode expérimentale. Enfin, les praticiens y liront avec plaisir un très substantiel chapitre de thérapeutique, longue revue générale sur tous les moyens de traitement employés contre ces états mentaux, qui vont de la simple neurasthénie à la mélancolie délirante et à la stupeur, en passant par l'hypocondrie. L'eau, l'air, la lumière, tous les agents physiques, les sérums, les médicaments hypnotiques et sédatifs, le traitement par le lit sont étudiés; la technique de l'alimentation artificielle y est exposée avec beaucoup de détails. Mais les paragraphes les plus importants sont ceux consacrés au traitement moral, si délicat, et à l'internement. A cette occasion, les auteurs se livrent à des appréciations, parfois sévères, sur l'organisation des asiles d'aliénés et vantent les bienfaits de l'assistance familiale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — La séance d'oral des candidats militaires aura lieu le mardi 26 octobre, à neuf heures et demie du matin, à l'Administration centrale.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés, pour l'année scolaire 1897-1898, chefs des travaux et chefs de laboratoire :

1° TRAVAUX PRATIQUES. — Chimie : M. Hanriot, agrégé libre, chef. — Physique : M. Weiss, agrégé, chef. — Histologie : M. Rémy, agrégé libre, chef. — Physiologie : M. Rémy, agrégé libre, chef. — Anatomie pathologique : M. Brault, chef. — Physiologie : MM. Laborde, chef; Camus, chef-adjoint.

2° LABORATOIRES DE RECHERCHES ET D'ENSEIGNEMENT. — Physiologie : MM. Langlois, chef; Héricourt, chef-adjoint. — Thérapeutique et matière médicale : M. Gilbert, agrégé, chef. — Pathologie et thérapeutique générale : M. Desgrez, chef. — Médecine légale : MM. Descoust, chef des travaux; Ogier, chef du laboratoire de chimie; Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — Chimie : M. Fiquet, chef des travaux biologiques. — Pathologie expérimentale et comparée : M. le docteur Courtade, chef, en remplacement de M. Wurtz, dont la délégation est expirée. — Hygiène : M. Netter, agrégé, chef. — Pharmacologie : M. Brissemoret, chef.

3° LABORATOIRE DES CLINIQUES. — Clinique médicale (Charité) : MM. Springer, chef des travaux de physiologie pathologique; Drouin, chef des travaux chimiques; Suchard, chef des travaux d'anatomie pathologique. — Clinique chirurgicale (Charité) : MM. Pilliet, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; Robin, chef des travaux bactériologiques et chimiques.

Clinique médicale (Hôtel-Dieu) : M. Caussade, chef. — Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu) : MM. Du Pasquier, chef des travaux chimiques; Hallion, chef, en remplacement de M. Lamy, dont la délégation est expirée; Savoire, chef-adjoint.

Clinique médicale (Pitié) : MM. Gouget, chef des travaux anatomiques; Mangin-Bocquet, chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Achalme, appelé à d'autres fonctions; Besançon, chef.

Clinique médicale (Saint-Antoine) : MM. Thiercelin, chef des travaux d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Lion, dont la délégation est expirée; Winter, chef des travaux chimiques.

Clinique chirurgicale (Necker) : M. Fabre-Domergue, chef.

Maladies du système nerveux : MM. Souques, chef; Philippe, chef des travaux d'anatomie pathologique.

Accouchements (rue d'Assas) : M. Galippe, chef. — (Baudelocque) : M. Wallich, chef.

Maladies mentales : MM. Sauvineau, chef des travaux ophtalmologiques; Rabaud, chef des travaux d'anatomie pathologique; Dumas, chef du laboratoire de psychologie.

Maladies cutanées et syphilitiques : MM. Sabouraud, chef; Cathelineau, chef-adjoint.

Clinique ophtalmologique : M. Mermet, chef-adjoint.

Maladies des enfants : M. Ledoux-Lebard, chef.

Maladies des voies urinaires : MM. Hallé, chef de la section de bactériologie et d'histologie; Chabrié, chef de la section de chimie.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Labatut, suppléant des chaires de physiologie et de chimie, est chargé d'un cours de chimie et de toxicologie.

— M. le docteur Florand est élu membre du Conseil général du Puy-de-Dôme, pour le canton de Bourg-Lastic.

— M. le docteur Masius, professeur de clinique médicale, est nommé recteur de l'Université de Liège.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteu Ernest Mall, décédé à Pont-à-Mousson, où il était venu se fixer en 1871 après l'annexion de son pays natal.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques obligatoires pour les étudiants en médecine, pendant le semestre d'hiver, sont :

DOCTORAT. — Nouveau régime : Première année, chimie biologique, dissection; deuxième année, dissection; troisième année, anatomie pathologique, parasitologie.

Ancien régime : Deuxième et troisième années, dissection; quatrième année, anatomie pathologique.

OFFICIAT. — Troisième et quatrième années, dissection.

Ces travaux auront lieu à partir du 1er novembre 1897, aux jours et heures ci-après indiqués, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine.

1° Chimie biologique, sous la direction de M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. Mardi, jeudi, samedi, de huit heures à dix heures et demie du matin.

2° Dissection (voir l'affiche spéciale).

(1) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

3° Anatomie pathologique, sous la direction de M. Brault, chef des travaux. Tous les jours, de deux à trois heures.

4° Parasitologie, sous la direction de M. N..., chef des travaux. Lundi, mercredi et vendredi, de une heure à trois heures.

MM. les étudiants seront convoqués par lettre individuelle, d'après l'ordre de la prise de l'inscription du premier trimestre 1897-1898.

Il leur est recommandé : 1° de prendre régulièrement l'inscription de janvier, s'ils veulent être maintenus sur la liste d'appel ; 2° de faire connaître leur changement d'adresse, s'il y a lieu.

— Les exercices de dissection (sous la direction de M. Quénu, agrégé, chef des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux) commenceront à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin, 17), le vendredi 5 novembre 1897, pour les débutants (ostéologie), et le lundi 8 novembre 1897 pour les vétérans (dissection).

Les élèves désignés recevront une lettre de convocation individuelle.

— M. le docteur Lavaux commencera son cours sur les affections des voies urinaires, à l'École pratique (amphithéâtre Cruveilhier), le jeudi 4 novembre 1897, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— Nous recevons le premier numéro du « Journal de médecine interne ». Ce journal paraîtra le 1er et le 15 de chaque mois, sous la direction scientifique de M. Lancereaux, et aura M. le docteur J. Besançon pour rédacteur en chef. Tous nos vœux pour cette nouvelle publication.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Stations hivernales, Nice, Cannes, Menton, etc. — Billets d'aller et retour collectifs valables* 30 *jours.* — Il est délivré, du 15 octobre au 30 avril, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres, aller et retour, aux familles d'au moins quatre personnes payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs, de 1re, 2e et 3e classes, pour les stations hivernales suivantes : Hyères et toutes les gares situées entre Saint-Raphaël, Grasse, Nice et Menton inclusivement.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois, c'est-à-dire que les trois premières personnes paient le plein tarif, et que la quatrième et les suivantes paient le demi-tarif seulement.

Neurosine Prunier — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 123. — MARDI 26 OCTOBRE 1897. 70e ANNÉE. MARDI 26 OCTOBRE 1897. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 25 octobre 1897.

Nous ne voulons point revenir sur ce que nous avons déjà dit pendant la durée du procès intenté au docteur Laporte. Le jugement que vient de rendre la neuvième chambre correctionnelle passe par-dessus notre malheureux confrère, pour nous atteindre tous, qui que nous soyons. Il rend plus difficile encore l'exercice déjà si pénible de notre profession. Heureusement, la sentence n'est pas sans appel, et c'est le seul espoir qui nous reste.

Voici le jugement *in extenso* que, pour l'instant, nous publions sans commentaires :

Attendu que Laporte, qui a obtenu le diplôme de docteur en médecine en 1893 et qui avait vainement cherché à se créer une clientèle dans le dix-septième arrondissement, s'est installé le 1er septembre 1897 boulevard de Charonne, n° 104 ;

Attendu qu'ayant été agréé en 1895 comme médecin de service de nuit, il fut requis, dans la soirée du 11 septembre, de se rendre rue Courat, n° 32, chez la dame Fresquet, qui était depuis plusieurs heures dans les douleurs de l'enfantement et dont l'accouchement présentait des difficultés ;

Attendu que Laporte s'étant muni d'un forceps — seul instrument qu'il possédât pour faire les opérations obstétricales — se présenta au domicile de la femme Fresquet qui avait déjà eu cinq enfants et auprès de laquelle se trouvait une sage-femme, la demoiselle Maîtrepierre; qu'après examen le docteur Laporte jugea que l'application du forceps était nécessaire, application qui avait déjà eu lieu avec succès dans deux des couches précédentes de cette dame;

Attendu que la manière de procéder du médecin surprit dès le commencement les personnes présentes et leur inspira des doutes sur sa compétence; qu'il fut manifeste pour elles que le maniement du forceps ne lui était pas familier; qu'il n'avait aucune notion de la position que devait avoir la patiente, dont il laissait les jambes basses le long du lit; que le mari et la dame Houbert crurent même devoir intervenir pour lever et maintenir les jambes pendant que l'opérateur appliquait le forceps et que la sage-femme ne put s'empêcher de dire : « Nous sommes mal tombés » ;

Attendu que trois applications du forceps furent faites, mais sans résultats; que les témoins présents à l'accouchement déposent du trouble, de l'agitation du prévenu qui, après l'insuccès du forceps, dit à plusieurs reprises : « Je suis au bout de mon rouleau » ;

Attendu qu'on lui proposa d'aller chercher un autre médecin pour l'assister; qu'il se borna à repondre : « Attendons; » qu'il dit alors à la sage-femme : « Il n'y a plus qu'à perforer le crâne de l'enfant qui doit être mort » ;

Attendu qu'après avoir vérifié, l'un et l'autre, qu'on ne sentait plus les battements du cœur de l'enfant, Laporte se mit en devoir de pratiquer la craniotomie, mais qu'il n'avait aucun des instruments employés d'ordinaire pour cette opération; qu'il essaya d'abord de se servir de la pointe de son forceps qui était trop courte; qu'ayant demandé à Fresquet un instrument quelconque, celui-ci lui apporta sa boîte à outils dans laquelle Laporte prit d'abord un porte-étiquettes et un équarissoir, qui ne lui parurent pas utilisables, puis une aiguille à matelas à bout pointu, aplati et recourbé, dont il crut pouvoir se servir;

Attendu que, sans l'aseptiser ni la tremper dans l'eau bouillante, il introduisit d'une main cette aiguille dans le vagin, se bornant de l'autre à écarter les lèvres des parties génitales de la patiente, et chercha à plusieurs reprises à piquer le crâne de l'enfant;

Attendu qu'ayant retiré l'aiguille sans vérifier quel avait été le résultat de ces piqûres, Laporte prit alors dans la boîte à outils un ciseau à froid et un marteau, et qu'ayant appliqué le ciseau sur la tête de l'enfant qui, disait-il, avait la boîte cranienne dure, il frappa avec le marteau sur le ciseau; mais qu'à ce moment Fresquet et la dame Houbert, émotionnés et outrés, intervinrent et lui arrachèrent le ciseau et le marteau des mains;

Attendu que, presque aussitôt, la femme Fresquet, cessant d'être sous l'action du chloroforme, fit un mouvement, une contraction; que la tête de l'enfant parut à la vulve; qu'elle fut signalée par Fresquet au médecin qui ne la voyait pas et qui, appliquant une dernière fois le forceps, ne tarda pas à retirer le corps;

Attendu que le médecin se disposait à partir sans délivrer la femme, mais que la sage-femme, craignant une hémorragie, l'obligea à terminer son opération ;

Attendu qu'aussitôt après, ayant fait quelques recommandations au sujet des soins à donner à la malade, il se retira et ne revint plus ;

Attendu cependant que la dame Fresquet ne tarda pas à présenter les symptômes d'une maladie grave consécutive à l'accouchement; que, visitée le lendemain par le docteur Ballouhey, son état fut jugé si sérieux que son transport immédiat à l'hôpital fut décidé, et qu'elle y mourut le 14 septembre à huit heures du matin ;

Attendu que l'autopsie de l'enfant a révélé sur le pariétal

droit une plaie et perforation ayant laissé s'écouler une petite quantité de matière cérébrale;

Attendu d'autre part que l'autopsie de la dame Fresquet a conduit le médecin commis aux conclusions suivantes :

« La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie. Cette double perforation a été faite avec un instrument piquant, tel que l'aiguille placée sous scellé »;

Attendu que l'expert ajoute que ces différentes lésions ont été reconnues exactes par l'inculpé au cours de l'autopsie à laquelle il assistait;

Attendu que ces conclusions sont confirmées par M. le docteur Maygrier, expert commis, qui a vu les pièces anatomiques et est d'accord avec son confrère pour déclarer que la double perforation de la vessie est le résultat de la piqûre d'un instrument pointu, comme l'aiguille à matelas saisie, qui a traversé la vessie pour atteindre le péritoine et déterminer ensuite une péritonite mortelle;

Attendu, il est vrai, que M. le docteur Pinard a contesté à l'audience ces constatations et conclusions; qu'il estime qu'à raison du long travail de l'enfantement, les perforations de la vessie se sont probablement produites spontanément; qu'elles peuvent aussi avoir été déterminées par des aiguilles osseuses;

Mais attendu que les experts, tant dans leur déposition orale que dans une note complémentaire remise à l'audience pour préciser et justifier leur opinion, ont déclaré que l'examen minutieux des organes de la dame Fresquet ne permet pas de considérer les perforations constatées comme des ruptures spontanées; qu'il est de plus impossible que les lésions de la vessie, à la place où elles se trouvaient, aient été causées par des aiguilles osseuses, qui, d'ailleurs, dit le docteur Socquet, n'existaient pas dans le bassin;

Attendu que le tribunal, placé entre des constatations faites sur les organes et des conclusions qui en découlent, d'une part, et, d'autre part, une argumentation basée sur des hypothèses, des conjectures et des raisons théoriques, ne peut hésiter à faire confiance aux premières émanant d'hommes de l'art distingués et expérimentés, agissant en vertu d'un mandat de justice;

Attendu qu'étant admis par le tribunal que les perforations de la vessie ont été faites par l'aiguille à matelas dont s'est servi Laporte, il y a lieu d'examiner en droit et en fait si les procédés et opérations du prévenu, qui ont amené cette lésion dont la mort a été la conséquence, le rendent passible des dispositions de l'article 319 du Code pénal;

Attendu, en droit, que les termes généraux de cet article s'appliquent à toutes personnes, quels que soient leur art ou leur profession, par conséquent au médecin et à l'opérateur qui, dans l'exercice de sa fonction, se rend coupable de faits et de négligeance graves; qu'il est certain que les tribunaux doivent user avec prudence des pouvoirs que la loi leur confère; que l'appréciation des théories, des opinions, des systèmes leur échappe; qu'ils ne peuvent se rendre juges du diagnostic, de l'opportunité d'une opération, du plus ou moins de dextérité avec laquelle elle est faite, de la valeur d'un procédé comparé à un autre, de l'opportunité de telle ou telle médication; mais que leur action commence et s'exerce là où il y a de la part du médecin faute lourde, négligence, legèreté, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit nécessairement savoir; que telle est la doctrine du procureur général Dupin dans le réquisitoire dont une partie a été lue à l'audience;

Attendu que le tribunal doit rechercher si des actes de cette nature sont imputables au docteur Laporte dans l'accouchement de la dame Fresquet;

Attendu, en fait, que Laporte, quoiqu'il se présentât aux habitants du quartier de Charonne comme accoucheur (il avait fait apposer, à sa porte, ces mots « médecin-accoucheur »), n'avait rien moins que des connaissances pratiques en la matière; qu'en dehors des opérations de cette nature qu'il avait pu faire à l'hôpital, alors qu'il était étudiant, il n'avait opéré depuis 1893 que deux accouchements; que pour ceux-ci, l'application du forceps n'avait pas été nécessaire;

Attendu, d'autre part, qu'il n'avait jamais fait la craniotomie, qu'ainsi, sa pratique des opérations obstétricales était presque nulle;

Attendu que son inexpérience s'est d'ailleurs accusée aux yeux de tous, notamment de la sage-femme, dès son arrivée chez la dame Fresquet; que sans parler de l'administration du chloroforme, qui paraît avoir été faite sans surveillance, la manière dont Laporte se servait du forceps, la position dans laquelle il laissait la parturiente, et qui a déterminé l'intervention du mari et de la dame Houbert, ont révélé qu'il n'avait aucune notion de ce qu'en pareille circonstance un médecin doit faire et savoir et ont motivé les propos de la sage-femme relevés ci-dessus;

Attendu que l'incohérence, la maladresse des actes de Laporte et son excitation étaient telles que la demoiselle Maîtrepierre crut devoir, à un moment donné, lui demander s'il était souffrant, et qu'après l'application infructueuse du forceps, il dut reconnaître qu'il était au bout de son rouleau;

Attendu que, dans ces conditions, se trouvant en présence d'une opération grave, la craniotomie qu'il n'avait jamais faite, les instruments *ad hoc* lui manquant, il devait, ainsi que le lui conseillaient les personnes présentes, envoyer l'une d'elles chercher un autre médecin, ou tout au moins tenter d'en trouver un pour l'assister; qu'en ne le faisant pas, il a commis une faute grave qui peut lui être reprochée pénalement;

Attendu de plus qu'en pratiquant la craniotomie, il a fait preuve d'une impéritie et d'une ignorance manifeste des choses que tout homme de l'art doit savoir;

Attendu, en effet, qu'il est élémentaire et enseigné par tous les traités sur la matière, que le chirurgien qui fait cette opération avec un instrument approprié doit introduire sa main gauche dans le vagin, que les doigts doivent prendre contact avec la tête fœtale, autant que possible maintenue stable par la main d'un aide, placée sur le ventre, et que le perforateur, tenu par la main droite de l'opérateur, doit être guidé et appuyé jusqu'à la place où il agira, sur les doigts indicateur et médius de la main gauche; que, dans le cas où la tête de l'enfant est près de la vulve, on peut se dispenser d'introduire la main, mais que tout au moins les deux doigts, indicateur et médius, doivent conduire et diriger l'instrument;

Attendu que cette manière de procéder, mise en pratique par tous les médecins-accoucheurs, a pour but, non seulement d'assurer le succès de la perforation, mais encore de protéger les organes de la femme de toute déchirure ou rupture, que le défaut de direction de l'instrument amènerait presque fatalement;

Attendu que ces règles prescrites et observées dans les opérations faites avec des instruments appropriés sont encore plus impérieuses lorsque le praticien a en main, comme Laporte, un instrument, disent les experts, certainement défectueux, difficile à manier et à diriger avec sûreté, en raison de sa ténuité, et dont les échappées étaient à craindre;

Or, attendu que l'information et les débats ont recueilli les déclarations nettes, formelles, que rien ne peut faire suspecter, des dames Houbert et Delanoé qui étaient auprès de la parturiente, et qui déclarent formellement que lorsque Laporte a introduit l'aiguille à matelas, il ne l'a dirigée ni avec la main, ni avec les doigts;

Attendu que la demoiselle Maîtrepierre dit, il est vrai,

pour l'aiguille : « Il me semble qu'il a introduit un doigt, mais je ne puis l'affirmer, » mais qu'elle explique que, placée en arrière de la dame Fresquet, dont elle maintenait la tête dans son bras, elle n'a pas bien pu voir ce qui se passait en avant ;

Attendu qu'en admettant même cette déclaration formulée à l'audience dans la forme la plus dubitative, et qui ne peut dès lors infirmer les déclarations précises des dames Houbert et Delanoé, le docteur Laporte n'aurait introduit qu'un doigt pour diriger l'aiguille, ce qui serait manifestement insuffisant et inopérant pour l'empêcher de glisser à droite ou à gauche sur les organes de la femme ;

Attendu au surplus que les déclarations du docteur Laporte, à l'instruction, constituent des aveux de sa faute; qu'en effet, confronté avec la sage-femme, il déclare : « Je crois que c'est avec l'aiguille à matelas que j'ai perforé le crâne, mais je n'ai pas mis le doigt pour le vérifier. J'ai le souvenir d'être allé, à un moment donné, un peu trop loin avec mon aiguille, mais je ne me suis jamais rendu compte d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré » ;

Attendu que Laporte reconnaît aussi ne pas avoir conduit ni dirigé l'aiguille, puisqu'il ne s'est pas rendu compte jusqu'où elle était allée, ni si elle avait perforé le crâne ;

Attendu que M. le docteur Pinard estime que le prévenu a dû guider l'aiguille, parce que si elle ne l'avait pas été, l'autopsie aurait révélé des désordres au cul-de-sac vaginal, alors qu'il en résulte qu'il était intact ;

Attendu que M. le docteur Maygrier a répondu qu'il ne pouvait être aussi affirmatif que M. le docteur Pinard, et qu'il a d'ailleurs lieu de considérer que Laporte ouvrait, d'après les témoins, la vulve avec les doigts de la main gauche, pendant qu'il introduisait l'instrument de la main droite, et qu'ainsi il a pu se diriger jusqu'à l'organe dont il est question sans l'atteindre ;

Attendu qu'il est démontré pour le tribunal que le docteur Laporte a ainsi contrevenu aux règles élémentaires de l'art, qu'il a commis une imprudence, une négligence opératoire, qui constituent une faute lourde, laquelle a été la cause directe et involontaire de la mort de la dame Fresquet ;

Attendu que sans qu'on puisse retenir pénalement cet élément, le présent jugement ne peut pas ne pas relever comme une nouvelle preuve de son incompétence et du désarroi de son esprit l'usage inutile, inconsidéré et cruel du ciseau et du marteau ;

En ce qui concerne l'application de la peine :

Attendu qu'il y a lieu de tenir compte au prévenu de l'honorabilité de sa vie, des difficultés de ses débuts, de l'impossibilité où l'a mis l'absence de clientèle d'acquérir l'expérience de son art, de son état d'esprit, de son agitation, de son émotion même, lorsqu'en présence des complications qui survenaient, il s'est senti désarmé, obligé cependant de rester auprès de la malade et de l'assister jusqu'à sa délivrance par devoir et par humanité ;

Attendu que ces considérations sont de nature à concilier au prévenu l'indulgence du tribunal ;

Par ces motifs, le condamne à trois mois d'emprisonnement; et vu l'article 1er de la loi du 26 mars 1891, ordonne qu'il sera sursis à l'exécution de la peine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Un malade était entré dans le service de M. Barth (1) avec des douleurs simulant les coliques hépatiques ; il présenta, au bout de quelques jours, un très grave ensemble de symptômes de nature à faire penser à une occlusion intestinale. A l'autopsie, on trouva une **thrombose totale de la veine porte** et de ses branches, et, à environ 1 mètre au delà du duodénum, un segment de l'intestin rouge violacé qui semblait en voie de mortification. M. Barth a pu relever dans la littérature plusieurs cas identiques quant aux symptômes et aux lésions. Il lui paraît certain que, dans ces cas, la pyléphlébite est primitive, qu'elle provoque la thrombose du tronc et des veines afférentes et amène un trouble intense dans la vitalité d'un segment de l'intestin. Cet accident se produirait surtout chez des alcooliques. M. Rendu, faisant remarquer qu'il semblait y avoir une inflammation aiguë de l'intestin sur ce point, pense qu'il s'agit d'une lésion infectieuse avec pyléphlébite consécutive.

(1) Société médicale des hôpitaux, 22 octobre 1897.

MM. Thoinot et Griffon ont constaté des lésions d'**aortite aiguë** à la suite d'un érysipèle récidivant de la face. Ponfick avait déjà signalé la survenue de l'aortite aiguë dans ces conditions; les auteurs français se montraient sceptiques à son égard.

Avant les vacances, M. Chauffard avait présenté à la Société un jeune homme atteint de sténose pylorique et de **grande dilatation de l'estomac**. En introduisant dans son estomac rempli d'eau une petite lampe électrique montée sur une sonde gastrique, on voyait s'éclairer à la façon d'une lanterne vénitienne rouge toute la partie de la paroi abdominale correspondant à l'estomac dilaté. La zone lumineuse, largement étendue au-dessous de l'ombilic, allait presque d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine iliaque du côté opposé. Le malade a subi avec succès la gastro-entérostomie pratiquée par M. Quénu au mois de juillet. Actuellement, tous les signes de la stase gastrique par sténose pylorique ont disparu. Il mange, il digère bien, il a notablement engraissé. L'éclairage électrique pratiqué de la même façon montre cette fois une cavité stomacale beaucoup plus restreinte, ne dépassant guère l'ombilic et ne dépassant pas la ligne médiane. Les résultats de la gastrodiaphanie rendent ainsi perceptible à la vue l'heureux résultat de la gastro-entérostomie.

Ce mode d'exploration de l'estomac ne donne des résultats très nets que lorsque le diagnostic est déjà certain; au contraire, dans les cas difficiles, incertains, il ne tranche pas le plus souvent la difficulté. Il ne fait voir que des tumeurs qu'on percevait nettement ou des dilatations que les symptômes et l'exploration par les procédés usuels rendaient déjà évidentes.

M. Huchard fait une communication très intéressante sur un signe d'auscultation cardiaque qu'il dénomme **bradydiastolie**. Dans certains cas, les deux bruits du cœur sont très rapprochés, le petit silence très diminué, le grand silence, au contraire, exagéré d'autant ; il n'y a pas de tachycardie. Cet état correspond à la dilatation du cœur et à la diminution de la durée de la diastole. C'est un grave signe de fatigue du cœur que l'on rencontre surtout dans l'intoxication digitalique et dans l'asystolie terminale chez les cardiaques. On le constate à la période agonique ou préagonique, sa signification pronostique, sans être fatale, est donc très grave. Dans ces conditions, il ne faut pas avoir recours à la digitale qui aggraverait le mal, mais à la caféine ou à l'huile camphrée.

L'étude des viciations du rythme du cœur, et en particu-

lier de ce qu'on pourrait appeler les arythmies rythmiques, est au moins aussi intéressante que celle des souffles, c'est avec intérêt que nous la voyons s'enrichir d'un chapitre nouveau.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

XIe Congrès

Séance du mercredi soir 20 octobre (*suite*). — Présidence de M. Bœckel.

M. Chipault (de Paris) a insisté sur d'autres maux de Pott, que l'on oublie peut-être un peu trop dans cette discussion, et qui cependant sont au moins aussi nombreux, sinon davantage : « Je veux parler dit-il, d'une part, des maux de Pott où il n'existe pas de gibbosités et, d'autre part, des maux de Pott où il existe une gibbosité, mais une gibbosité irréductible.

1° Un mot, tout d'abord, sur les cas où il n'y a pas de gibbosité. Il y a simplement de la rigidité vertébrale sans déformation, ou, s'il existe une déformation, cette déformation, consistant dans la légère saillie d'une apophyse, ne peut véritablement être considérée comme une gibbosité. Dans ces cas, très fréquents, qui constituent peut-être la moitié des maux de Pott qui se présentent au chirurgien, le seul traitement à suivre est l'immobilisation en position horizontale, sur un lit orthopédique quelconque, permettant mieux la surveillance que les appareils plâtrés et assurant mieux la décompression des parties malades. Il n'y a à entreprendre ni réduction ni autre intervention quelconque. Voilà, me direz-vous, une opinion bien classique et qu'il n'est guère nécessaire d'exprimer. Aussi n'ai-je point l'intention, en l'énonçant devant vous, de vous apprendre quoi que ce soit, mais seulement de vous dire qu'à mon avis, dans la grande majorité des maux de Pott, l'immobilisation est parfaitement suffisante pour obtenir un résultat tout à fait satisfaisant, c'est-à-dire la guérison sans difformité. Ce n'est donc point d'aujourd'hui que les maux de Pott pris à temps guérissent et guérissent d'une façon parfaite, même au point de vue esthétique. On a, depuis un an, trop souvent dit le contraire pour que je ne le constate pas pour ma part.

2° J'en arrive aux gibbosités ankylosées, et, ici, je m'appesantirai davantage, car je crois que le traitement doit être notablement modifié et modifié dans un sens tout particulier.

Avant d'y arriver, il est nécessaire de résoudre une question de diagnostic : comment reconnaître les gibbosités pottiques ankylosées de celles qui ne le sont point? Souvent, le simple examen du malade y suffit; la gibbosité est très ancienne, indolore et de plus a pris, d'une façon définitive, l'une des formes spéciales dont la description m'entraînerait trop loin, et dont je donnerai, dans mon mémoire, une série de reproductions photographiques. Mais il est aussi d'autres cas, moins caractéristiques, où l'ankylose est douteuse : la gibbosité est plus ou moins ancienne, il est vrai, et date de quatre, six ou huit ans, mais cette ancienneté ne suffit pas pour affirmer l'ankylose, qui, d'un sujet à l'autre, suivant son état de santé général, le traitement suivi, l'évolution des lésions locales, met un temps très variable à se produire. Dans ces cas douteux, il n'est qu'un moyen de diagnostiquer l'ankylose, c'est d'endormir le malade; si, sous l'influence de légères tractions et de très légères pressions, la gibbosité ne se réduit pas, ne se déroule pas, c'est qu'elle est ankylosée : le chloroforme est la pierre de touche de l'ankylose des gibbosités pottiques.

Il est admis actuellement par tous qu'on n'a pas le droit de tenter sur ces gibbosités ankylosées une réduction violente, dont le résultat esthétique, discutable, est hors de toute proportion avec ses incertitudes et ses dangers.

Est-ce à dire qu'il faille dès lors abandonner complètement ces malades?

Certes, si gibbosité ankylosée voulait dire gibbosité immuable, on pourrait se contenter de cette expectative plus ou moins surveillée; mais il n'en est pas ainsi : les gibbosités ankylosées ne sont pas des gibbosités guéries : elles sont, au contraire, en état d'équilibre instable, et, de plus, elles ont une évolution progressive, toute particulière et trop peu connue.

Sans doute, il existe, et vous en avez tous vu, des gibbeux par mal de Pott, gibbeux avec gibbosité considérable, d'ordinaire avec gibbosité dorsale, mener pendant des années une existence suffisamment active; ils sont peu nombreux; sous le vêtement, rien n'est plus facile à confondre avec une gibbosité pottique dorsale que les gibbosités par cyphoscoliose rachitique infantile, qui, dépassé un certain âge, s'accommodent bien plus volontiers d'un tel état stationnaire; il n'en est pas moins vrai que, dans un certain nombre de gibbosités pottiques, cet état stationnaire s'établit : la gibbosité s'est équilibrée. Cela est loin d'être la règle. Les deux tiers au moins des gibbosités pottiques ankylosées (ce chiffre de deux tiers correspond à peu près au quantum de ma statistique personnelle), les deux tiers, dis-je, sont instables et progressives.

Je vais le démontrer.

a. Instables tout d'abord : cela saute aux yeux dès le premier coup d'œil jeté sur ces malades; ils recherchent avec inquiétude les positions les plus singulières, pourvu qu'elles leur permettent d'étayer leur colonne vertébrale; ils s'entourent des appareils orthopédiques les plus compliqués et les plus pesants pour la soutenir; ce sont des infirmes dans la pire acception du mot.

b. Progressives en outre : cela découle de l'examen prolongé d'une série de dix-sept malades de cette sorte que j'ai pu suivre et voir depuis trois ans à intervalles suffisamment rapprochés : chez tous, lentement et régulièrement, la gibbosité s'est accrue, son rayon de courbure diminuant sans cesse; en même temps, les déformations secondaires ont augmenté, en suivant une progression parallèle : naturellement gêne cardiaque et gêne pulmonaire se sont aggravées de même; elles ont abouti, chez plusieurs de ces sujets, à la suite de très légères bronchites, à la terminaison fatale.

Quelle est la cause anatomique de cette évolution habituelle des ankyloses pottiques? Je laisse bien entendu de côté les cas où l'on pourrait soupçonner qu'il s'agit d'une récidive tuberculeuse. Pour les autres, il me paraît vraisemblable que la coudure vertébrale entraîne à son niveau, par suite de l'affaiblissement ou des contractures musculaires d'une part, par suite, d'autre part, des modifications de la statique corporelle, un centre de pression excessive et que cette pression excessive provoque le tassement de l'os autrefois malade : l'examen des pièces anatomiques démontre, en effet, que cet os, atteint d'ostéite raréfiante, est d'une friabilité imprévue, composé, sauf une coque

mince et incomplète, de travées fragiles et sans résistance.

Instabilité, d'une part, tassement, d'autre part, sont donc les deux éléments de l'évolution progressive, bien constatée, des gibbosités ankylosées.

Il n'est donc pas douteux que le chirurgien ait pleinement le droit de chercher à l'entraver.

Jusqu'à présent, me semble-t-il, cet essai n'a été fait qu'à l'aide des appareils orthopédiques. Je ne voudrais point dire que ceux d'entre eux qui sont bien faits ne soulagent point les malades, qu'ils n'atténuent point, au moins en partie, leur gêne cardiaque ou respiratoire, qu'ils ne retardent point l'apparition progressive des accidents : ce serait contraire à la vérité; mais il lui serait également contraire de dire qu'ils s'y opposent d'une façon complète. Je n'en veux d'autre preuve que l'histoire des 17 malades dont je parlais tout à l'heure et qui, tous, étaient porteurs d'appareils orthopédiques, dont quelques-uns étaient certainement de véritables modèles d'ingéniosité.

Il faut chercher autre chose, et je crois qu'ici, comme pour le maintien des gibbosités réduites, les ligatures apophysaires sont appelées à jouer un rôle de premier ordre.

Je n'ai eu l'occasion de les appliquer, dans ces conditions, que dans trois cas, sur lesquels il me paraît utile de retenir quelques instants votre attention.

a. Deux de ces cas étaient relatifs à des gibbosités dorsales inférieures datant l'une de trois ans, l'autre de sept ans et demi, et dont le déroulement, essayé sous chloroforme, avait été impossible : il s'agissait donc de gibbosités ankylosées. En désespoir de cause, je l'avoue, je me contentai de ligaturer au fil d'argent les apophyses épineuses : résultat opératoire absolument simple; résultat esthétique nul, bien entendu; résultat fonctionnel remarquablement intéressant. Mes deux opérés, qui sont des adolescents, ont pu, trois semaines après l'intervention, se lever; ils se passent, depuis trois et depuis quatre mois, des appareils orthopédiques qu'ils ne pouvaient, autrefois, quitter un instant sans ressentir, au niveau de leur gibbosité, une sensation de fatigue extrême qui nécessitait à nouveau, et de suite, leur emploi. L'un de ces deux malades même, pendant une réparation de son appareil, avait dû garder le repos au lit. Il n'est pas douteux que, chez tous les deux, les ligatures apophysaires ont consolidé, et remarquablement consolidé, le rachis malade.

b. Dans mon troisième cas, relatif à une jeune fille qui, atteinte d'une volumineuse gibbosité interscapulaire, n'avait jamais été immobilisée d'une façon rationnelle, les apophyses épineuses prenaient, à la constitution de la gibbosité, une part tout à fait exceptionnelle. Je crus devoir joindre à la ligature des apophyses sus et sous-jacentes à la gibbosité, la résection des apophyses les plus saillantes. La déformation s'en est trouvée notablement atténuée; mais, fait beaucoup plus important, à mon avis, les phénomènes de gêne cardiaque et pulmonaire, qui, avant l'intervention, s'accentuaient de plus en plus, se sont arrêtés dans leur évolution progressive; je dirai mieux : ils ont rétrogradé. Il n'est pas douteux pour moi que les ligatures aient entravé un tassement gibbositaire qui se faisait, et par là même les déformations organiques qui en étaient la conséquence : c'est là, me semble-t-il, la seule explication rationnelle de l'amélioration constatée chez cette opérée.

Tels sont les trois cas, répondant à une indication nouvelle de la fixation apophysaire opératoire, sur lesquels j'ai cru devoir retenir un instant votre attention.

Ils me permettent de résumer mon opinion relativement à la thérapeutique des gibbosités pottiques ankylosées, de la manière suivante :

1° Il ne faut jamais réduire les gibbosités ankylosées, je l'ai toujours dit; j'en ai plus que jamais la conviction. La seule intervention esthétique qui paraisse rationnelle dans les cas de ce genre est la résection des apophyses épineuses, intervention indiquée seulement dans les rares cas où ces apophyses prennent une part notable à la constitution de la gibbosité, intervention que l'on complétera toujours par la fixation l'une à l'autre des apophyses sus et sous-jacentes aux apophyses réséquées.

2° La plupart des gibbosités pottiques ankylosées ont une évolution progressive à laquelle il est nécessaire de s'opposer : la fixation opératoire des apophyses épineuses paraît répondre à cette indication.

Certes, il ne s'agit pas là d'une intervention brillante, comme la réduction des gibbosités non ankylosées, mais seulement d'une intervention utile, destinée, lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une gibbosité pottique ankylosée progressive, à la transformer, de gibbosité progressive en gibbosité non progressive, de gibbosité intolérable en gibbosité tolérable et compatible avec le bon fonctionnement mécanique des viscères, c'est-à-dire compatible avec l'existence. »

SCOLIOSES

M. CALOT (de Berck) fait une communication sur la **correction opératoire des scolioses graves.** Il est bien acquis, pour tous, qu'il y a des scolioses graves, l'on pourrait dire malignes, qui résistent à tous les traitements qu'on leur opposait jusqu'à ce jour.

C'est pour ces scolioses à formes graves, que rien ne peut améliorer, que M. Calot propose un traitement analogue à son traitement des gibbosités pottiques : le redressement sous le chloroforme (à l'aide d'une machine qui réalise et maintient une extension de 100 à 120 kilos sur la colonne vertébrale); il a deux machines remplissant les conditions nécessaires, l'une de Mathieu, l'autre de Collin.

La correction désirée étant obtenue, on la maintient avec un grand appareil plâtré, embrassant le tronc et la base de la tête. Pendant que se consolide l'appareil plâtré, on ajoute à la traction une pression directe exercée au niveau de la gibbosité. Tous les deux ou trois mois, on change l'appareil plâtré en complétant et augmentant davantage la correction, si elle n'était pas parfaite du premier coup.

Si les adhérences osseuses qui doivent maintenir la correction tardent à se faire, on les provoquera, on les créera par le moyen déjà indiqué pour les gibbosités.

Le reste de la communication de M. Calot n'est qu'une longue revendication de priorité.

M. FORGUE (de Montpellier) fait des redressements progressifs. Il faut, en effet, bien distinguer les scolioses fixes, pour lesquelles le redressement progressif est très efficace. Pour ces scolioses fixées et immobiles, on ne peut compter sur un redressement dans une seule séance; il faut un assouplissement progressif. Il y a là une voie à creuser.

M. BILHAUT (de Paris) croit que l'avenir du **traitement de la scoliose** n'est pas dans l'emploi des corsets dits

orthopédiques, mais dans une suite d'efforts réfléchis et logiques.

Il faut s'attaquer à la cause de la scoliose et donner au traitement des végétations adénoïdes, des amygdales hypertrophiées, une importance plus considérable. On évitera que l'inégal accroissement des membres inférieurs ne soit une cause de déformation définitive du rachis ; pour cela, on égalisera la longueur de ces membres, soit en surélevant le talon, soit en appliquant un liège dans la chaussure. On corrigera le pied-bot. On mettra les malades dans les meilleures conditions d'hygiène ; on surveillera surtout l'hygiène alimentaire, dans le cas de scoliose rachitique. On procédera ensuite au redressement progressif de la scoliose, pendant l'anesthésie chloroformique, en combinant la traction et les pressions latérales. La manœuvre de redressement devra se faire lentement, régulièrement, et la force de traction restera proportionnée à la résistance du sujet, à son âge et à l'importance de la gibbosité. Une traction de 40 à 50 kilos suffit chez les jeunes enfants. Chez les adolescents très déviés, il n'a jamais dépassé 90 kilos. Dans les grosses gibbosités latérales, constituées par la déviation des côtes, on exercera des pressions croissantes et on obtiendra du même coup leur retrait et de nouveaux degrés d'allongement.

L'appareil plâtré sera appliqué directement sur la peau : il consistera en deux valves de tarlatane en quatre doubles, l'une dorsale, l'autre abdominale, réunies définitivement par quelques circulaires faits avec des bandes de tarlatane plâtrées. Il est important de gagner dans cette première séance tout ce que l'on peut ; chez les divers sujets, on devra obtenir un allongement de 6 à 12 centimètres. Les rectifications du corset une fois faites, on soumettra le scoliotique au repos dans le décubitus dorsal pendant les premières semaines. Au bout de deux mois environ, on renouvellera l'appareil, tant pour donner des soins de propreté que pour gagner une nouvelle correction. Les appareils ultérieurs de contention ne nécessitant qu'une traction beaucoup moindre, on les appliquera en utilisant ce que la suspension de Sayre peut donner ; en cas de résultat insuffisant seulement, on demanderait aux appareils à traction le complément de réduction indispensable pour un réel succès. On pourra de même profiter de la correction que donne chez certains malades la suspension à deux trapèzes d'inégale hauteur. Le traitement sera de longue durée et l'on ne se tiendra pour satisfait qu'au moment où, la croissance aidant, on aura vu s'égaliser sensiblement les deux côtés des vertèbres cunéiformes. C'est dans ce cas que la radiographie sera d'un réel secours. Enfin on complètera la cure par les exercices gymnastiques, le massage, etc. Les corsets métalliques pourront aussi être d'un judicieux emploi comme parachèvement du traitement.

AFFECTIONS DU THORAX ET DES POUMONS

M. PEYROT fait une communication sur un **vaste abcès froid thoracique**. Il cite l'observation d'un homme qui avait une tuméfaction de trois à quatre travers de doigt de large en avant, et en arrière une autre tuméfaction aussi large.

Celle d'avant avec des caractères pulsatiles : on voyait à chaque battement du cœur une sorte de flot entrer dans la tumeur, comme venant d'une poche profonde dans une poche superficielle.

Il porta le diagnostic de double abcès froid costal, ne communiquant probablement pas, l'un étant pulsatile, l'autre ne l'étant pas. Il fit une injection d'éther iodoformé, de naphtol camphré. Mais il fallut ouvrir ces abcès. Sous la poche antérieure, large orifice communiquant avec une poche profonde, sous-pariétale, d'où pulsatilité.

Le malade étant mort peu après, on put voir que le pus remontait beaucoup plus haut qu'on ne croyait, surtout en arrière où il allait jusqu'au médiastin postérieur.

M. Peyrot dit en terminant que les abcès froids du thorax sont, en général, sous-pleuraux. Les infections costales sont des infections bacillaires surajoutées aux gommes tuberculeuses de la plèvre, et leur sont secondaires. Ces abcès peuvent avoir des battements isochrones à ceux du cœur et sont alors pulsatiles.

M. LEJARS relate un cas de **plaie de poitrine par coup de feu**. Le fait suivant montre les heureux résultats d'une intervention large, pratiquée à temps.

Un garçon de seize ans se tire un coup de pistolet chargé de 60 grains de plomb dans la poitrine. Hémorragie abondante par la plaie, vomique sanglante, accidents d'oppression auxquels on remédie provisoirement. Le lendemain, fièvre, anhélation. La matité occupe la moitié à peine du thorax en arrière, mais on trouve un signe de broncho-pneumonie traumatique, qui devient de plus en plus alarmante. L'épanchement dans la plèvre s'accroît, et un suintement sanguin abondant se produit par l'orifice d'entrée.

Le chirurgien décide d'intervenir. Première incision au niveau de la plaie, résection d'un long segment de côte, création d'une large brèche. Issue de grande quantité de caillots. Deuxième résection costale à la partie déclive de la plèvre. On achève l'évacuation de la cavité, et on voit la surface du poumon noirâtre, comme labourée, avec des débris de parenchyme sphacélés. On fait un grand lavage à l'eau bouillie, et l'on place des drains d'une ouverture à l'autre. Deux mois plus tard la guérison était complète.

Les accidents ont donc été ceux d'une broncho-pneumonie traumatique, puis l'hémothorax s'accroît dans d'énormes proportions, sous l'influence de la réaction pulmonaire. Il y avait des lésions étendues, mais peu profondes, du poumon. C'est à la double thoracotomie, au drainage, que la guérison rapide et complète est due.

M. POTHERAT cite deux cas de **kyste hydatique du poumon**.

Le point intéressant de la première opération fut la production d'un pneumothorax guéri au bout de quatre mois. Le kyste était suppuré.

Le second malade se plaignait d'une douleur continue dans le côté droit du thorax depuis quatre ans. Il y avait des accidents généraux qui firent penser à de la tuberculose. Ces accidents généraux auxquels s'ajoutent de la dyspnée, un point de côté, sont des plus intenses. On croit à une pleurésie purulente. Derrière les côtes se trouvait une large poche avec liquide clair, aqueux et des vésicules. Il sortit à peu près quatre litres de liquide ; on fit des lavages boriqués. Le malade, après l'opération, était dans un état demi-syncopal. Peu à peu il se remonta et actuellement il est guéri.

Le développement de ces kystes hydatiques est lent et insidieux. Mais des phénomènes inflammatoires peuvent survenir et donner lieu à des apparences de pleurésie purulente. On fait l'erreur de diagnostic facilement avec la tuberculose. Il faut chercher le bacille de Koch.

Le traitement doit consister en une simple incision sans résection costale. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours de la médaille d'or (médecine) est définitivement constitué de la manière suivante : MM. Besnier, Lermoyez, Talamon, Danlos et Périer.

— « Les internes en médecine des salles de garde soussignées ont à cœur d'adresser leurs respectueuses félicitations à M. le professeur Pinard pour les énergiques paroles qu'il a prononcées au cours du procès du docteur Laporte.

Il appartenait à une conscience juste et éclairée d'intervenir, avec toute son autorité, dans ces regrettables débats.

Les salles de garde d'Andral, Bichat, Broca, Broussais, La Charité, Laënnec, Dubois, Necker, Ricord, Saint-Antoine. »

— La séance d'ouverture de la troisième session du Congrès dentaire national aura lieu le jeudi 28 octobre, à deux heures et demie de l'après-midi, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Brouardel, doyen de la Faculté.

1° Allocution de M. le docteur Lecaudey, président du bureau local et du bureau central; 2° Discours de M. le docteur Rosenthal, président du Congrès; 3° Discours de M. le docteur Brouardel, président d'honneur; 4° Rapport de M. de Marion, secrétaire général; 5° Communication de M. Joseph Mendel : De l'opportunité de l'avulsion dentaire précoce ou tardive dans la périodontite suppurée aiguë, opinion de MM. les professeurs Berger, Duplay, Le Dentu, Terrier et Tillaux; 6° Discussion.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été presque entièrement consacrée à des rapports de prix, rapports sur les épidémies par M. Ferrand, sur les mémoires envoyés pour le prix Marie Chevalier par M. Dieulafoy, sur les travaux d'hygiène adressés pour le prix Vernois par M. Vallin. A l'occasion d'un de ces derniers travaux, M. Vallin a insisté sur les bons effets obtenus dans les casernes par l'emploi des vitres du médecin principal Castaing, vitres disposées de façon à assurer l'aération continue. Cette disposition, fort simple, très peu coûteuse, vaut infiniment mieux que tous les appareils les plus compliqués et les plus coûteux.

Après la lecture du rapport de M. Vallin, M. Potain a pris la parole pour appuyer de sa grande autorité l'opinion émise par M. le rapporteur sur les résultats véritablement merveilleux obtenus par ce mode d'aération. Nous insistons d'autant plus volontiers sur cette question que nous sommes bien convaincus que c'est là, non seulement au point de vue hygiénique, mais aussi au point de vue thérapeutique, un des moyens les plus puissants dont nous disposions contre la tuberculose.

Au début de la séance, trois communications ont été faites à l'Académie : M. Potain a lu, au nom de M. Vaquez, un travail sur les apoplexies myocardiques chez les femmes enceintes. En rendant compte de ce travail, M. Potain en fait ressortir toute l'importance en rappelant que, fréquemment, le médecin est consulté sur les dangers possibles du mariage chez les jeunes filles présentant des troubles organiques du cœur. Parmi ces troubles, il importe donc de pouvoir distinguer ceux qui peuvent être influencés d'une façon fâcheuse par la grossesse. La dégénérescence graisseuse du myocarde ou la myocardite jouent ici un grand rôle. M. Vaquez a étudié très minutieusement les faits de ce genre et, chez trois femmes qui succombèrent à la Maternité, à la suite de l'accouchement, étant atteintes de rétrécissement mitral, il a fait une étude histologique très complète et très attentive du myocarde.

Il a constaté :

1° Qu'il n'existait de surcharge graisseuse du cœur que chez une de ces trois jeunes femmes et que cette surcharge n'affectait en aucune façon les fibres musculaires, restées absolument intactes au milieu des gouttelettes de graisse interfasciculaires;

2° Qu'il n'existait aucune trace d'un processus myocarditique actif.

Ce qu'il a constaté, c'est une dilatation excessive des capillaires sanguins et des veinules du myocarde, des ruptures vasculaires et des hémorragies capillaires formant des foyers multiples d'apoplexie myocarditique.

Ces lésions prédominaient dans les parois du ventricule droit et surtout de l'oreillette gauche, témoignant ainsi de la part considérable qui revenait à l'obstacle mécanique créé par le rétrécissement.

La mort paraît donc avoir été, dans ces cas, la conséquence d'une sorte d'asphyxie et de cyanose de la paroi cardiaque.

Il est évident que la stase sanguine qui résulte d'une circulation suractivée, à laquelle l'orifice rétréci ne suffit plus, est la cause première et principale des accidents; que le danger, par conséquent, est proportionnel au degré du rétrécissement et qu'il importe, pour apprécier le danger, de déterminer autant que possible quel est le degré de la lésion.

Or, on n'en peut juger ni par l'intensité des bruits anormaux, qui dépend de tout autres causes, ni par les troubles fonctionnels qui peuvent être nuls s'ils n'ont pas eu l'occasion de se manifester, mais par une série de caractères et de signes locaux, dont l'étude de M. Vaquez montre toute l'importance.

M. Doumer (de Lille) a fait une communication sur le traitement de la fissure douloureuse de l'anus par l'emploi des courants de haute fréquence appliqués localement au moyen de l'électrode à manchon de verre. La guérison est obtenue après quatre ou cinq séances.

Enfin, M. Cordes, en son nom et au nom de M. Chossat, a fait connaître les résultats d'expériences relatives à l'influence sur la nutrition du séjour dans les puits à — 110 degrés. Il se produit une stimulation profonde de la nutrition, d'où les indications de la frigothérapie dans la chlorose, l'anémie, le diabète, l'obésité.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

XIe Congrès

VOIES URINAIRES

M. LE BEC (de Paris) lit une observation d'**hydronéphrose avec oblitération totale de l'uretère**. Il s'agissait d'une jeune femme sans antécédents personnels très marqués. Depuis quelque temps, elle ressentait des douleurs ressemblant à des coliques néphrétiques, avec fréquentes envies d'uriner. Il existait une tumeur sous le foie, diminuant après les crises, c'est-à-dire tous les mois. Mais la tumeur ne diminuait pas après la miction.

On avait porté le diagnostic de kyste de l'ovaire. Le diagnostic était évidemment erroné, car il y avait une indépendance de cette tumeur avec les organes génitaux; il était plus logique de penser à une tumeur rénale. L'opération montre une tumeur rétropéritonéale, dont on retire 1500 grammes par une ponction. Puis la tumeur est enlevée en totalité. C'était une hydronéphose avec oblitération de l'uretère.

M. LOUMEAU (de Bordeaux) rapporte une observation personnelle de **tuberculose primitive du rein à forme hématurique** traitée par la néphrectomie lombaire et suivie de guérison.

La malade, âgée de vingt-sept ans, célibataire, de souche tuberculeuse, était en proie, depuis huit mois, à des hématuries bacillaires spontanées, profuses, répétées, réfractaires à tous les traitements médicaux. Une anémie profonde, aggravée par des syncopes menaçantes, commandait d'urgence l'intervention. Le rein droit, bien que non augmenté de volume, paraissait nettement le point de départ de l'hémorragie en raison des coliques urétérales localisées de ce côté, qui accompagnaient les hématuries; en raison aussi de l'examen cystoscopique, qui montrait, avec l'intégrité de la cavité vésicale et l'aspect normal de l'urine émise par l'uretère gauche, la coloration rutilante du jet fourni par l'uretère droit. La néphrectomie lombaire, pratiquée sans incident, le 10 novembre 1896, amena la disparition définitive des hématuries. La malade reprit rapidement ses forces et un certain embonpoint, et la guérison ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. A noter seulement deux légères hémoptysies, survenues en avril et mai dernier au moment des règles, sans lésions appréciables du côté du poumon. Le rein enlevé présentait, sous un volume normal, une assez vive congestion de la substance corticale, plus particulièrement au niveau de l'extrémité inférieure, où existaient quatre petits nodules tuberculeux, non ramollis, gros comme des têtes d'épingles. L'unique rein gauche qui reste maintenant à la malade a doublé de volume depuis l'opération. Son urine ne contient pas de bacilles de Koch.

M. ALBARRAN a fait onze néphrotomies pour parer à des accidents de rétention purulente.

Mais la néphrectomie est préférable chez les tuberculeux à la néphrotomie. Il est vrai qu'il faut tenir compte de l'état de l'autre rein, de l'état général, de l'état des lésions du rein malade.

Quand il y a simplement tuberculose sans pyonéphrose, la seule opération rationnelle est la néphrectomie. Quand il y a pyonéphrose, rétention rénale, on peut faire la néphrotomie, qui est moins grave.

Les lésions périrénales ont aussi leur importance; elles demandent souvent la néphrotomie au lieu de la néphrectomie.

Dans aucun cas de chirurgie rénale, on ne peut extirper un rein sans savoir l'état du rein opposé. Le cathétérisme uretéral est employé à cet usage.

La néphrectomie est aussi capable d'enrayer les phénomènes de cystite accompagnant quelquefois les lésions du rein; aussi, au point de vue opératoire, la cystite ne doit-elle pas effrayer le chirurgien. De même, l'état cachectique, la fièvre ne sont pas des contre-indications dans tous les cas. M. Albarran a obtenu de bons succès en opérant des malades arrivés, par leur tuberculose rénale, à un degré prononcé de cachexie. Il faut savoir, en effet, la part qui revient dans la cachexie à la tuberculose rénale et à la tuberculose pulmonaire ou autre.

En tout cas, il faut, dans la tuberculose rénale, considérer la néphrotomie comme une opération palliative, parant à des accidents urgents; la néphrectomie est l'opération de guérison.

M. HARTMANN. **L'uretérectomie totale** a été encore peu souvent pratiquée. M. Hartmann a eu l'occasion d'y recourir une seule fois.

En 1894, une malade, qui souffrait déjà depuis longtemps du rein, eut une poussée de fièvre qui se répéta assez souvent. Le rein était augmenté de volume. On fit la néphrotomie. C'est en novembre que M. Hartmann vit la malade avec une fistule lombaire et une fièvre constante. A ce moment, on reconnaissait l'uretère très augmenté de volume au niveau du vagin. On décida de faire la néphrectomie avec uretérectomie. La néphrectomie fut faite dans une première séance. Un mois plus tard fut faite l'uretérectomie; M. Hartmann chercha l'uretère au point où il croise les vaisseaux iliaques. L'opération fut assez facile. Depuis cette époque, la malade va assez bien, mais elle a toujours dans ses urines du bacterium coli, cause première de ses lésions rénales; ce qui constitue une menace pour le rein opposé. M. Hartmann croit qu'il y a lieu d'enlever l'uretère dans les cas où il y a lésions profondes de cet organe.

M. POUSSON cite un cas analogue à celui de M. Hartmann. Mais il n'a pas fait l'uretérectomie totale. Il le regrette, car la partie laissée entretient une petite fistulette, qui nécessitera sans doute nne nouvelle intervention, consistant à enlever le reste de l'uretère.

M. LAVAUX (de Paris) cite **un cas intéressant de fièvre urineuse** observé sur un malade chez lequel un simple débridement du méat urinaire, pratiqué par un chirurgien de Paris, fut suivi de fièvre urineuse, d'une vaginalite suppurée ayant nécessité l'ablation d'un testicule et de l'apparition sur la face interne des jambes de larges plaques rouges, puis violacées, qui ne disparurent qu'au bout de huit à dix jours. L'opérateur avait prescrit 2 grammes de salol; mais il n'avait pratiqué ni le lavage de l'urèthre ni le lavage de la vessie sans sonde. Or, il existait un deuxième rétrécissement, qui siégeait dans la région périnéo-bulbaire, et les voies urinaires inférieures étaient infectées.

Il est à noter que l'examen bactériologique a montré que tous les accidents avaient été causés par le staphylocoque (staphylococcus pyogenes aureus).

Lorsque ce rétréci vint consulter M. Lavaux, plusieurs mois plus tard, les mictions étaient très difficiles, l'urine était ammoniacale, les lèvres du méat étaient recouvertes

de pseudo-membranes et il existait une hyperesthésie considérable du gland et de l'urèthre. Grâce à l'emploi de ses procédés habituels, il obtint la guérison de ce malade, qui jouit depuis plusieurs mois d'une santé parfaite.

M. Lavaux en conclut :

1° Que l'antisepsie directe des voies urinaires inférieures permet seule d'éviter sûrement la fièvre urineuse chez les rétrécis ;

2° Que la pénétration de l'urine dans la circulation ne peut être invoquée ici pour expliquer l'apparition de la fièvre urineuse ;

3° Que la simple infection d'une plaie uréthrale suffit pour qu'il se produise parfois des accidents infectieux généraux et des infections locales dans des points éloignés des voies urinaires ;

4° Qu'il faut prendre les plus grandes précautions antiseptiques, même si le canal est sain, lorsqu'on veut pratiquer une opération sur l'urèthre, si simple que cette opération puisse paraître.

M. LAVAUX (de Paris) cite deux intéressantes observations de malades atteints à la fois de **calculs uriques** et de **tuberculose urinaire** et il termine par les conclusions suivantes :

La tuberculose urinaire peut coïncider avec la gravelle urique.

Un traitement basé sur un diagnostic incomplet peut avoir dans ces cas des conséquences déplorables.

La formation des calculs cesse ordinairement chez ces malades quand l'hématurie d'origine rénale disparaît.

Le traitement doit être surtout dirigé contre la tuberculose de l'appareil urinaire.

Pour éviter une erreur de diagnostic dans ces cas complexes, on doit se rappeler que la tuberculose urinaire débute presque toujours par le rein et que dans la gravelle urique simple l'urine ne contient pas de pus.

TUBE DIGESTIF

M. VILLAR (de Bordeaux) fait une communication sur la cure des **hernies inguinales** et rappelle l'avantage du procédé de Bassini, qui fait une heureuse réfection de la paroi.

Néanmoins, cette cure a encore été modifiée de nos jours.

Après la cure habituelle, les fils ont le tort de donner lieu à des points de suppuration dans certains cas. N'y aurait-il pas moyen de supprimer les fils? Déjà Duplay et Cazin ont cherché à les supprimer. La tendance actuelle est non seulement de chercher à refaire le canal, mais aussi à supprimer les fils. Les cas de Duplay, Cazin, Jonnesco, Villar ne sont, toutefois, pas encore opérés depuis assez longtemps pour qu'on puisse se prononcer sur le résultat définitif.

M. FAURE croit aussi qu'il faut chercher à modifier l'opération dans le sens de M. Villar. On peut disséquer le sac, le diviser en deux et le nouer, en prenant les deux chefs, en lacet de bottines.

M. CAZIN rappelle avoir décrit le procédé de M. Faure dans les *Archives de chirurgie* avec M. Duplay.

M. FAURE constate qu'ils se sont ainsi tous deux rencontrés sans le savoir.

M. NIMIER a opéré par la **méthode sclérogène** 12 militaires porteurs de hernie inguinale, avec 9 succès immédiats et 3 insuccès.

L'opéré doit être tenu au lit un mois. Il n'y a pas d'accidents à craindre, pas de réaction très vive. La fièvre reste modérée et dure deux jours en général.

Sous bénéfice de sanction du temps pour les succès obtenus, M. Nimier estime que, chez l'adulte, ce traitement est particulièrement recommandable quand il s'agit d'une pointe de hernie. Lorsque l'intestin descend dans les bourses, l'on n'y aura pas recours si l'anneau est large et la paroi abdominale faible. Enfin, une contre-indication résulterait du défaut de vitalité des tissus, par suite d'un tempérament lymphatique exagéré.

M. FRŒHLICH (de Nancy). « On a été retenu dans la **cure des hernies chez les nourrissons**, à cause de la nécessité de l'anesthésie, à cause de l'infection facile de plaie par l'urine. Cependant, depuis quelque temps une réaction s'est faite contre ces idées.

En ce qui nous concerne, nous dirons que la cure radicale chez les nourrissons ne nous semble pas grave. Nous avons une mortalité faible, et surtout une faible récidive qui s'élève jusqu'à 6 p. 100 seulement. Néanmoins, il ne faut pas oublier que la première et la deuxième année sont favorables à la guérison par le bandage, sans opération.

On commencera donc toujours le traitement par l'application du bandage, qui réussira d'autant mieux qu'on aura affaire à des enfants mieux soignés et dont on s'occupe plus (classes riches). Si au contraire on ne les soigne pas, il se produit des éruptions, qui peuvent être assez intenses et douloureuses pour altérer la santé générale de l'enfant (cachexie herniaire).

Une fois que l'on croit devoir intervenir chez le nourrisson, il est inutile d'isoler et d'extirper le sac. Oblitérer le collet du sac par suture nous semble imiter la guérison naturelle. Donc : inciser la peau, saisir le collet sans ouvrir le sac ni l'extirper ; oblitérer le collet sans ouvrir le sac, en suturant ce collet suturer les piliers. »

Parfois M. Frœhlich remplace la suture du collet par sa ligature. C'est un procédé qu'il a mis huit fois en pratique avec succès.

M. BROCA croit, en effet, que la cure radicale est quelquefois indiquée chez l'enfant. Mais il insiste sur ce fait que, après deux ans, le bandage n'est pas inutile ; toutefois, une opération est plus rapidement efficace.

On peut commencer à opérer un enfant à quatorze, quinze et seize mois.

Les dangers de la cure opératoire dans le bas âge sont faux : perte de sang, infection par urine. (M. Broca a eu 2 suppurations sur 117 hernies.) Il fait le pansement avec une pâte contenant de la gélatine, de la glycérine et de l'oxyde de zinc.

M. Broca ne saurait admettre le mode opératoire de M. Frœhlich. Craint-il les péritonites? On ne doit pas en avoir, pas plus chez les enfants que chez les adultes. Si on en a, il ne faut pas s'en prendre au procédé, ni aux dispositions anatomiques. Il faut simplement accuser la saleté et la septicité de l'opérateur, et rien d'autre.

Dans le milieu hospitalier, l'infection est plus à craindre, mais en isolant les enfants avec leurs nourrices et leurs veilleuses, en les traitant dans des milieux propres, on ne voit pas ces accidents.

En tout cas, le point capital de l'opération, c'est précisément la dissection du sac ; il faut avant tout isoler, disséquer et enlever le sac pour être sûr de faire une cure radicale.

M. FORGUE partage l'avis de M. Broca. Il ajoute que laisser le sac peut être dangereux, non seulement parce que cela ne guérit pas suffisamment la hernie, mais aussi parce que l'enfant peut rester exposé à des accidents ultérieurs, tels que production d'hydrocèle ou de kystes du cordon.

M. J.-L. FAURE (de Paris) lit une note sur un **nouveau procédé de gastro-entérostomie : la gastro-entérostomie par invagination**, et s'exprime ainsi :

« Nous savons tous qu'un des inconvénients les plus graves de la gastro-entérostomie est le passage des aliments dans le bout supérieur de l'intestin, où ils s'accumulent et déterminent des accidents mortels. Beaucoup de procédés, retournement de l'anse, procédés valvulaires, anastomose secondaire, jéjuno-jéjunale, gastro-entérostomie, etc., n'ont n'autre but que de remédier à cet inconvénient.

Je crois que le procédé que je propose permet d'y obvier, sinon d'une façon absolue, comme le procédé en question, au moins d'une façon très suffisante et supérieure sous ce rapport à ce que donnent les autres procédés à anastomose unique.

Il s'agit tout simplement de pratiquer une invagination de l'estomac dans l'intestin, de façon à ce que le cône stomacal invaginé présente une ouverture dirigée vers le bout inférieur de l'intestin. De cette façon, les aliments passent nécessairement de l'estomac dans ce bout inférieur et ne peuvent refluer dans le bout supérieur. Les matières, bile, etc., qui, au contraire, ont à passer du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur, le font sans difficulté, en soulevant la valvule formée par le cône invaginé. On obtient ce résultat très facilement, en pratiquant les sutures dont le détail est représenté par certains dessins que M. Faure présente au Congrès.

Le cône gastrique invaginé dans une boutonnière intestinale est, en somme, maintenu aux lèvres de cette boutonnière par deux plans de sutures en surjet, renforcés au besoin de points séparés. La boutonnière ouverte sur le flanc du cône gastrique, qui regarde le bout inférieur de l'intestin, doit être ourlée par un surjet qui la maintient régulièrement ouverte.

Ce procédé, qui peut s'appliquer aussi bien à la gastro-entérostomie postérieure qu'à la gastro-entérostomie antérieure, demande seulement que l'estomac soit assez grand pour pouvoir se laisser facilement attirer et invaginer. C'est dire qu'il est surtout applicable aux cas où l'estomac est bien mobile, dilaté, et par conséquent aux affections non cancéreuses.

Après la pylorectomie, il est très facile d'invaginer l'angle inférieur de l'estomac réséqué. On obtient ainsi une valvule fonctionnant parfaitement bien.

On peut aussi appliquer ce procédé à la cholécystentérostomie, et former ainsi une sorte de valvule qui évite dans une certaine mesure les infections biliaires. »

M. REBOUL (de Nîmes) communique l'observation d'une enfant de cinq ans qui lui a été adressée à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, le 24 février 1897, par le docteur Patron (de Salindres), pour un **prolapsus du rectum** enflammé, irréductible, avec gangrène et perforation large de l'intestin hernié. Le prolapsus du rectum avait débuté à l'âge de deux ans, à la suite de la coqueluche. Depuis lors, le prolapsus se produisait presque à chaque selle, d'abord peu développé, puis de plus en plus accusé, mais toujours réductible. Le 4 février, le prolapsus se produit; la mère de l'enfant étant malade, on néglige de le réduire; l'enfant s'affaiblit, dépérit, a une diarrhée verte sanguinolente. On espère que tout cela s'arrangera spontanément et on ne montre l'enfant au docteur Patron que vingt-huit jours après et ce n'est qu'au bout de quatre jours qu'il peut décider les parents à la conduire à l'Hôtel-Dieu de Nîmes. M. Reboul constate un prolapsus total de huit centimètres de long, irréductible, enflammé, fortement coudé en arrière. Sur la convexité de la tumeur, il y a une large plaque de sphacèle en partie perforée; l'anus normal, situé à l'extrémité conique de la tumeur, regarde en arrière et en haut, et ne donne plus passage aux matières. En arrière, au niveau de la coudure, se trouve une large perforation par où s'échappent les matières formées de diarrhée verte, séro-sanguinolentes.

L'enfant se plaint de coliques, le ventre est ballonné, le facies tiré. Malgré cet état de faiblesse extrême, ne pouvant tenter de réduire cet intestin perforé et gangrené, M. Reboul pratique le 25 février la résection totale du prolapsus par une incision elliptique au bistouri, d'abord à droite, puis à gauche, sans hémostase provisoire, plaçant des pinces sur le bout central de l'intestin. Suture au surjet à points entrecoupés et suture à points séparés de l'intestin à la peau de l'anus. Recto-périnéorraphie sans avivement.

Trois jours après, l'enfant rend, à deux ou trois reprises, quantité d'ascarides lombricoïdes, dont quelques-uns mesurent 20 à 25 centimètres de long. Dès lors, la diarrhée diminue, l'état général s'améliore et, quinze jours après, on peut enlever les points de suture et rendre l'enfant à ses parents le vingtième jour. Depuis cette époque, la santé de l'enfant s'est améliorée; la guérison du prolapsus s'est maintenue.

Dans ce cas, le prolapsus a débuté après les quintes de toux de la coqueluche; il a dû certainement être aggravé par les ascarides lombricoïdes, dont le séjour dans l'intestin affaiblissait encore l'enfant et provoquait des contractions intestinales.

Ce fait de prolapsus total, avec gangrène et perforation de l'intestin hernié, montre que, même chez les enfants, cette affection peut présenter de graves complications, nécessitant l'intervention, la résection totale du prolapsus, et que, malgré l'état de faiblesse et de débilité de l'enfant, on peut obtenir une guérison durable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 octobre 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

COMMUNICATIONS

Appendicite herniaire; abcès péricæcal. — M. J. BŒCKEL communique l'observation d'un homme de soixante-trois ans, qui portait une tumeur allongée occupant toute la hauteur du canal inguinal droit. On fit le diagnostic d'épiplocèle ancienne. Un mois plus tard, en présence de phénomènes nouveaux, la tumeur avait augmenté de volume, était devenue douloureuse, bosselée; l'état général étant devenu mauvais, on pensa à un carcinome sur une ancienne épiplocèle. L'intervention pratiquée montra qu'il s'agissait d'une hernie du cæcum et de l'appendice, qui baignaient dans un pus fétide. L'intestin sphacélé fut réséqué et l'on fit un anus artificiel. L'appendice contenait des calculs ster-

coraux et présentait une petite perforation. Le cordon spermatique, soudé à l'appendice, fut réséqué et la castration pratiquée. Trois semaines après l'opération, l'anus fut refermé, l'intestin suturé et la guérison fut complète et définitive.

Mobilisation mécanique prolongée comme traitement de certaines ankyloses. — M. PHOCAS (de Lille) fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Résection bilatérale du sympathique cervical dans le glaucome. — M. JONNESCO (de Bucharest) rappelle les résultats fournis par la résection du sympathique dans le goitre exophtalmique. Considérant ce qui se passe dans le glaucome : constriction des vaisseaux de l'œil, dilatation de la pupille, M. Jonnesco a remarqué qu'après la section du sympathique, c'est précisément l'inverse qu'on observe. Il a donc pensé que la section du sympathique pourrait avoir un effet utile sur le glaucome. Dans trois cas opérés par l'auteur, les effets ont été assez favorables. Au début, ils sont excellents, puis l'amélioration diminue ensuite. En tout cas, le danger de l'opération est nul.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA CIRRHOSE DES BUVEURS

M. LABORDE fait observer que, dans le travail de M. Lancereaux, il est une conséquence de ses conclusions qu'il n'a pas abordée et qui a pourtant une grande importance. Si, comme le soutient M. Lancereaux, le vin est le seul générateur de la cirrhose, le public buveur se dira qu'il n'en faut plus boire et qu'on peut alors se rejeter sur l'alcool lui-même, puisqu'en accusant le plâtrage des vins, M. Lancereaux semble, par cela même, innocenter l'alcool. C'est là, d'ailleurs, un fait accompli. M. Laborde raconte, à ce propos, une conversation qu'il a eue avec un homme du monde qui se plaignait à lui que l'Académie considérant l'eau comme chargée de microbes pathogènes, le lait comme pouvant transmettre la tuberculose, l'alcool comme essentiellement nuisible, il restait au moins le vin. Eh bien! voilà qu'aujourd'hui elle déclare le vin lui-même comme plus dangereux que l'alcool.

Il y a longtemps, d'ailleurs, que M. Lancereaux soutient cette doctrine. Il y a lieu de faire des réserves et de démontrer que le vin apporte aussi son tribut à l'alcoolisme. M. Vallin a fait justice de certaines des assertions de M. Lancereaux. Mais M. Lancereaux a déclaré qu'il n'était pas convaincu par les critiques de M. Vallin et lui a demandé d'apporter des faits contradictoires avec les siens. Ce sont de ces faits que M. Laborde veut apporter aujourd'hui dans le débat.

Pour remplir les conditions du programme de M. Lancereaux, il faut tout d'abord trouver des sujets qui soient des buveurs exclusifs de vin; puis, pour établir une comparaison, il faut pouvoir étudier également des sujets qui soient des buveurs exclusifs d'alcool. Or il est extrêmement difficile aujourd'hui de rencontrer des buveurs qui ne boivent que du vin. Le canon sur le comptoir n'existe même plus aujourd'hui. Il y a bien encore quelques corps de métier dans lesquels on boit plutôt du vin, les maréchaux ferrants, par exemple, les ouvriers verriers, mais il en est bien peu qui ne boivent pas aussi de l'absinthe ou des liqueurs. Ce sont, en général, des buveurs panachés que l'on rencontre dans les grands centres. Pour trouver des buveurs de vin, il faut aller dans certains pays vignobles, en Bourgogne, par exemple, où l'on trouve des gens qui boivent à outrance dans leur cellier ou dans leur cave. Ils supportent cela d'ailleurs assez bien, et la cirrhose, chez eux, est plutôt rare. Mais dans les grandes villes, c'est surtout à des buveurs mixtes que l'on a affaire, ou à des buveurs de vin blanc pris à jeun. On sait, en effet, que le vin blanc est consommé en grande quantité, pour tuer le ver, dit-on, et ce vin blanc est frelaté, très toxique. Cliniquement, nous manquons donc de base d'observations bien rigoureuse. Mais si on se reporte à l'étranger, si on étudie ce qui, par exemple, se passe en Amérique, on voit qu'on n'y boit pas de vin, qu'on y boit surtout et presque exclusivement des alcools, et qu'on en boit des quantités considérables. Or la cirrhose alcoolique est très fréquente en Amérique.

Dans la prochaine séance, M. Laborde se propose d'apporter les résultats d'expériences sur les animaux.

M. LANCEREAUX maintient qu'il n'est pas si difficile de trouver des buveurs de vin; certains ouvriers, les tonneliers, par exemple, les porteurs à la halle, ne boivent que du vin. M. Lancereaux a eu l'occasion d'observer plusieurs médecins atteints de cirrhose, et comme il leur demandait ce qu'ils buvaient, ils répondaient n'avoir jamais bu que du vin. M. Lancereaux rappelle que ses observations remontent à quarante années. Il reconnaît qu'il y a des buveurs de vin qui présentent les accidents de l'alcoolisme. Mais il y a des troubles, tels que la pituite, les troubles gastriques, qui dépendent uniquement du vin et non de l'alcool. On distingue très bien les uns des autres. M. Laborde dit que la cirrhose est fréquente en Amérique; mais on n'y boit pas que des liqueurs alcooliques, on y boit aussi du vin. Il en est de même en Angleterre, où la cirrhose est fréquente et est attribuée aux liqueurs alcooliques. Si on interroge de près les malades, on apprend qu'ils boivent aussi du vin.

M. VALLIN rappelle que M. Lancereaux, dans son travail, a écrit que Magnus Huss, dans son magistral *Traité de l'alcoolisme*, attribue aux excès de vin la production de la cirrhose. Or c'est justement le contraire qu'a dit Magnus Huss. M. Vallin a lu la traduction allemande qui a été faite de cet ouvrage. Or l'auteur dit que c'est exclusivement chez les buveurs d'eau-de-vie qu'on rencontre le foie granuleux. Et veut-on savoir ce que buvait à ce moment (vers 1840) un buveur suédois, buvant modérément?

De cinq à six heures, il buvait une tasse de café avec 70 grammes d'eau-de-vie. A huit heures même dose, de même au dîner de midi; autant encore à celui du soir et au souper. Soit en tout, à l'ordinaire, 300 grammes d'eau-de-vie par jour. Les jours de fête, la dose était au moins du double.

Frerichs insiste sur les dangers de l'alcool comme producteur de la cirrhose, tandis que le vin et la bière déterminent, d'après lui, bien plus rarement cette affection.

La séance est levée.

Séance du 26 octobre 1897. — Présidence de M. CAVENTOU

(Voir le Premier-Paris.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 1er AU 6 NOVEMBRE 1897)

Examens de doctorat.

MERCREDI 3 NOVEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Rémy, Retterer et Weiss; — M. Netter, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Marchand, Ricard et Walther; — (2e série) : MM. Segond, Delbet et Lejars; — M. Déjerine, suppléant.

JEUDI 4 NOVEMBRE (1), à une heure. — 3e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Bar et Albarran; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Debove et Achard.

(1) Ce jour, conseil de la Faculté, à trois heures.

4e examen : MM. Pouchet, Gilbert et Thoinot; — M. Gley, suppléant.

VENDREDI 5 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, École pratique, épreuve pratique : MM. Ricard, Delbet et Lejars.

2e examen (nouveau régime) : MM. Gariel, Rémy et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Tillaux, Bonnaire et Walther.

4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter; — M. Ricard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Terrier, Segond et Broca; — (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Letulle; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Marchand; — M. Kirmisson, suppléant.

SAMEDI 6 NOVEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Achard et Gley.

3e examen (2e partie) : MM. Dieulafoy, Ballet et Achard; — M. Roger, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Le Dentu, Quénu et Albarran; — (2e série) : MM. Berger, Campenon et Nélaton; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Gilbert et Marfan; — M. Marie, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar; — M. Ménétrier, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 3 NOVEMBRE, à une heure. — M. Chevalier. Contribution à l'étude de la goutte saturnine; — M. Montignac. Atrophie rénale consécutive à la scarlatine (MM. Potain, président; Terrier, Widal et Broca). — M. Rosdeveix. Considérations sur les luxations des cartillages costaux (MM. Terrier, président; Potain, Widal et Broca). — M. Jumelais. Étude sur la nécessité de l'antisepsie dans les maladies de la peau en général (pyodermites en particulier) (MM. Fournier, président; Pinard, Gaucher et Varnier). — M. Thebaud. Placenta prævia par glissement (MM. Pinard, président; Fournier, Gaucher et Varnier). — M. Frigoux. Luxation du radius en avant; — M. Lamotte. Contribution à l'étude du kyste du creux poplité (MM. Tillaux, président; Kirmisson, Tuffier et Sebileau).

JEUDI 4 NOVEMBRE, à une heure. — M. Charrier. Contribution à l'étude de l'élimination de la potasse urinaire dans les néphrites (MM. Guyon, président; Dieulafoy, Quénu et Roger). — M. Culianu. Quelques considérations d'ordre pratique sur le traitement de l'appendicite (MM. Dieulafoy, président; Guyon, Quénu et Roger). — M. Pompéani. Le climat d'Ajaccio et le traitement de la tuberculose pulmonaire (MM. Grancher, président; Proust, Netter et Charrin). — M. Riureanu. La peste. Étude étiologique, bactériologique et prophylactique (MM. Proust, président; Grancher, Netter et Charrin). — M. Bilski. Contribution à l'étude au point de vue clinique et thérapeutique de l'anévrysme inguinal (MM. Le Dentu, président; Berger, Nélaton et Thiéry). — M. Lapointe. Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum; — M. Decrette. Déformation des narines dans le bec de lièvre (MM. Berger, président; Le Dentu, Nélaton et Thiéry). — Mlle Abricossoff (Glafira). L'hystérie aux dix-septième et dix-huitième siècles (MM. Joffroy, président; Hutinel, Marie et Ménétrier). — M. Fauvet, Du traitement de la neurasthénie par l'isolement; — M. Faugoin. Contribution à l'étude de la rétention d'urine d'origine nerveuse chez la femme (MM. Hutinel, président; Jeoffroy, Marie et Ménétrier).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Les candidats militaires ont eu à traiter pour l'épreuve orale les questions suivantes : « Nerf sciatique, poplité externe; — Panaris. »

Nous donnons ci-après les notes totales (épreuves écrites et orales) des candidats militaires :

Notes. — MM. Girard, 27 + 19 = 46, et Guéniot, 28 + 18 = 46. — Brecy, 26 + 16 = 42, et Desjardins, 26 + 16 = 42. — Gouraud, 24 + 17 = 41. — Lippmann, 26 + 13 = 39. — Gauckler, 20 + 15 = 35. — Dupuy, 19 + 11 = 30.

Lecture des copies des candidats non militaires :

Anatomie. — MM. Léo, 15. — Loubet et Petit-Jean, 13. — Aribat, Arloing, Chevrier et Herscher, 12; — Gentin, 11. — Debret et Le Maguet, 10. — Lobligeois, 9. — Bizard, 8. — Ferras, 6. — Artaud et Berthe, 5.

Pathologie. — MM. Alglave et Le Sourd (F.), 13. — Bonnet et Le Sourd (L.), 12. — Morichau-Beauchamps et Saint-Cène, 11. — Athanasiu, 9. — Bardon, 5.

— La Société de médecine de Paris a adopté à l'unanimité l'ordre du jour suivant, présenté par les docteurs Martin-Durr et Ladreit de Lacharrière :

« La Société de médecine de Paris, la plus ancienne société de médecine de France, et qui a fêté son centenaire en 1896;

Émue par l'erreur judiciaire qui a eu pour conséquence la condamnation du docteur Laporte;

Considérant qu'aucune opération urgente ne serait possible si la responsabilité médicale pouvait être jugée suivant la jurisprudence des juges de la police correctionnelle;

Que la conduite chirurgicale du docteur Laporte a été correcte et loyale;

Adresse au docteur Laporte l'expression de sa sympathie, émet le vœu que le jugement qui l'a condamné le 22 octobre 1897, soit réformé par la cour d'appel, et s'associe pour obtenir cette revision, moralement et pécuniairement, à toutes les sociétés médicales qui ont déjà manifesté leurs vœux. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Duplay, professeur de clinique chirurgicale, est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1897-1898.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Druhen, professeur de clinique obstétricale, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1897. — M. Druhen est nommé professeur et directeur honoraire.

— *École de médecine de Limoges.* — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Lemaistre, professeur de clinique médicale.

M. Thouvenet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé d'un cours de clinique médicale.

— *Amphithéâtre d'anatomie.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 8 novembre 1897.

Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherche histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

— M. le docteur Sevestre, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le mercredi 3 novembre 1897, à neuf heures du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades (pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie).

MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine seront admis à suivre cet enseignement. Ils seront classés par séries de vingt et pour une période d'un mois. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit une autre pièce énonçant leur identité. Chacun d'eux sera exercé à

l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures.

— M. le docteur A. Terson, chef de clinique, recommencera le mardi 16 novembre, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° ophtalmoscopie (avec malades). Rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales ; — 2° chirurgie de l'œil (avec exercices par les élèves).

M. Terrien, chef du laboratoire, commencera le mercredi 17 novembre, à cinq heures, des conférences pratiques : 1° anatomie normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique histologique) ; — 2° bactériologie oculaire.

Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures ; le second, les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages circulaires à itinéraires fixes.* — Il est délivré, pendant toute l'année, à la gare de Paris-Lyon, ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter en 1re ou 2e classe, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie, la Suisse, l'Autriche et la Bavière.

Avis important. — Les renseignements les plus complets sur les « Voyages circulaires et d'excursion » (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le *Livret-Guide officiel*, édité par la Compagnie P.-L.-M. et mis en vente, au prix de 40 centimes, dans les principales gares, les bureaux de ville et dans les bibliothèques des gares de la Compagnie.

— *Relations directes entre Paris et l'Italie (viâ Mont-Cenis).* — Billets d'aller et retour de Paris à Turin, à Milan, à Gênes et à Venise (viâ Dijon, Mâcon, Aix-les-Bains, Modane). — Prix des billets : Turin, 1re classe, 147 fr. 60 ; 2e classe, 106 fr. 10. — Milan, 1re classe, 166 fr. 35 ; 2e classe, 119 francs. — Gênes, 1re classe, 167 fr. 10 ; 2e classe, 119 fr. 15. — Venise, 1re classe, 216 fr. 35 ; 2e classe, 154 francs. — Validité : 30 jours.

Ces billets sont délivrés toute l'année à la gare de Paris-Lyon et dans les bureaux-succursales.

La validité des billets d'aller et retour Paris-Turin est portée gratuitement à 60 jours lorsque les voyageurs justifient avoir pris à Turin un billet de voyage circulaire intérieur italien.

D'autre part, la durée de validité des billets d'aller et retour Paris-Turin peut être prolongée d'une période unique de 15 jours, moyennant le paiement d'un supplément de 14 fr. 75 en 1re classe et de 10 fr. 60 en 2e classe.

Arrêts facultatifs à toutes les gares du parcours. — Franchise de 30 kilogr. de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, 17, rue Cassette

LE SAMEDI 27 NOVEMRBE 1897

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des diverss établissements de l'administration pendant l'année 1898.

1er lot.	*Instrum*ts *en gomme et caoutchouc.*	15000 fr.
2e —	*Id. Id.*	15000
3e —	*Articles de caoutchouc*	15000
4e —	*Thermomètres*	35000
5e —	*Articles divers (irrigateurs, etc.).*	10000

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de cette Administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

LE SAMEDI 27 NOVEMBRE 1897

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, n° 3, avenue Victoria, à l'adjudication, en deux lots et sur soumissions cachetées, des *bandages, pessaires, bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette l'Administration pendant l'année 1898.

L'importance du marché est évaluée à 45000 fr. pour chaque lot.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Secrétariat général de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 125. — SAMEDI 30 OCTOBRE 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 30 OCTOBRE 1897. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas mardi.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

XIe Congrès

TUBE DIGESTIF

M. Forgue a cherché à parer à la corrosion grandissante des bords de la fistule gastrique après la **gastrostomie**.

Ce qu'il croit être le mieux, c'est le procédé de valvulation spontanée, réédité avec modifications récemment par Fontan, et conseillé pour la première fois par Briande (1882), étudié ensuite expérimentalement par Pénières. Contrairement aux conseils de ce dernier, M. Forgue a opéré chez ses quatre malades en un temps, faisant dans la même séance la ponction stomacale. Les jours suivants, le retrait élastique des lèvres cutanées, la rétraction inodulaire des tuniques musculaires et séreuses déterminent l'entropion des bords de la fistule.

M. Forgue a opéré ainsi quatre fois, et pour des rétrécissements tant cancéreux que non cancéreux. Il a opéré une jeune fille et un douanier qui avaient des rétrécissements œsophagiens par ingestion de liquides caustiques; quelque temps après ils avaient tous deux repris leurs forces et sortaient de leur état d'inanition.

C'est une simplification technique; l'établissement de la bouche gastrique ainsi faite facilite même peut-être le cathétérisme de l'œsophage, d'après ce qu'il lui en semble, et permet la dilatation. Si celle-ci réussit, il suffit de supprimer le passage de la sonde dans l'estomac, et on voit la bouche gastrique se fermer spontanément.

Quant aux cancéreux, M. Forgue croit qu'il faut opérer avant que le rétrécissement soit très marqué; il faut opérer alors qu'ils sont encore dans un état de résistance suffisant.

M. Guinard croit que le procédé de M. Fontan donne d'excellents résultats; M. Ricard nous a montré à la Société de chirurgie des malades qui s'en trouvaient fort bien.

M. Faure a fait une fois le procédé de M. Fontan avec un excellent résultat. Quant à celui de M. Forgue, il le fera à l'occasion, il se rapproche du reste beaucoup de celui de M. Fontan.

M. Vautrin (de Nancy) fait une communication sur le **traitement des tumeurs du gros intestin**. Il a pratiqué deux résections du cæcum pour tumeur maligne et pour tuberculose de cet organe. Dans l'une, il a laissé une fistule de sûreté, dans l'autre pas. Dans les deux cas, il a obtenu la guérison.

Il croit qu'il faut opérer en un temps. Il faut faire aussi des ligatures en masse sur le mésentère et le mésocôlon, pour éviter les accidents de sphacèle secondaire, dus à la ligature imprudente des gros vaisseaux. Il a recours aux sutures en surjet, plutôt qu'au Czerny-Lembert.

Pour les tumeurs non opérables du gros intestin, il faut discuter l'anus contre nature et l'entéro-anastomose. L'anus contre nature vise les accidents aigus d'obstruction ou bien les cas où il y a déjà réaction péritonéale. L'entéro-anastomose semble toutefois préférable chaque fois qu'on le peut: il s'agit de l'entérorraphie sans résection primitive. Après cette entérorraphie, on a pu faire des résections secondaires.

D'une façon secondaire, en face de tumeurs opérables de l'intestin, que faire? Si c'est sur partie mobile (S iliaque, etc.), il faut faire la résection. Mais si on est sur d'autres segments comme le côlon transverse, cette résection devient plus difficile. Quant à la résection de l'S iliaque, il est bon de tirer la tumeur avec l'intestin au dehors, de faire la résection à l'extérieur du ventre, ce qui permet en même temps de faire un anus contre nature, par lequel souvent se termine l'opération.

M. Frœlich (de Nancy) étudie le **drainage pelvien chez l'homme.** Lorsque, dans le cours d'une laparotomie, on rencontre dans le petit bassin, chez l'homme, une poche purulente qu'il est impossible d'extirper ou de désinfecter, et dangereux de drainer uniquement par la paroi abdominale, on peut établir un drainage pelvien par la paroi postérieure du bassin. Pour cela on suit, avec l'index, le bord droit du sacrum dans le petit bassin et on arrive au niveau du petit ligament sacro-sciatique. Là on perfore la paroi postérieure du bassin avec une pince de Wœlfler armée d'un drain en croix. La pince sort avec le drain en arrière, au milieu d'une ligne qui va de l'épine iliaque postéro-supérieure à la partie la plus saillante de l'ischion. L'auteur a eu l'occasion de pratiquer une fois ce drainage sur le vivant et il a pu constater sa facilité d'exécution et son efficacité.

M. DURET (de Lille) donne lecture d'une note sur le **traitement chirurgical des abcès rétro-cæcaux dans les appendicites.**

Ces abcès, dit l'auteur, sont fréquents, puisque d'après Fergusson, Talamon, Bigs, etc., dans plus d'un quart des cas, l'appendice se trouve situé derrière le cæcum. Un certain nombre de ces collections purulentes ont, en outre, pour origine, des infections à distance par les veines et les lymphatiques, l'appendice ayant d'ailleurs une situation normale ou autre. Ils sont caractérisés par une saillie, une voussure qui soulève le flanc droit, pour peu qu'ils soient volumineux. On les croit ordinairement situés derrière la paroi abdominale et en contact avec elle. Il semble qu'il n'y ait qu'à inciser celle-ci pour ouvrir le foyer et donner issue au pus, sans danger, la communication avec la séreuse étant fermée par des adhérences. Or, il n'en est rien, et cette erreur de diagnostic est ordinairement commise. Par l'incision pariétale on tombe en plein péritoine; il s'écoule une certaine quantité de liquide séreux ou trouble. Il n'y a pas d'adhérences; on voit le cæcum distendu. Si on le décolle sans précautions, le pus inonde le péritoine. Pour éviter cet accident, M. Duret indique le procédé suivant : 1° après laparotomie, fixer par une suture continue à points passés le péritoine pariétal au cæcum, près de son bord externe, dans la plus grande étendue de la plaie pariétale, et en oblitérer les deux extrémités avec deux petites mèches de gaze iodoformée : ainsi l'isolement est complet; 2° ouvrir le foyer du bec de la sonde ou avec l'index, sur le bord externe du cæcum, l'évacuer, le curer et l'écouvillonner; 3° drainage de Mickulicz; quelquefois contre-ouverture lombaire; 4° suture à trois plans de la paroi pour prévenir les hernies consécutives.

M. POTHERAT passe vite sur la symptomatologie des **appendicites.** Il fait remarquer en passant que la gravité des lésions est en désaccord avec la symptomatologie. Il rappelle quelques caractères de la douleur, en particulier la douleur paradoxale siégeant à gauche (1).

Il cite quelques faits exceptionnels comme complications : un phlegmon gazeux de la paroi abdominale chez une femme de quarante-sept ans, obèse, et qui guérit après une large incision; un phlegmon des bourses consécutif à un abcès péri-appendiculaire ayant fusé par le canal inguinal. Le malade, âgé de vingt-huit ans, finit par succomber à l'hecticité. De même, femme de vingt-trois ans, morte par suite de l'ouverture d'un abcès dans l'intestin.

M. Potherat communique une observation de salpingite et d'appendicite concomitantes, unies dans une même masse, enlevées par laparotomie. Enfin, dans un dernier cas, une plaque de sphacèle de l'intestin grêle provoqua par élimination un anus contre nature qui guérit par entérorraphie longitudinale.

MM. PICQUÉ et GUILLEMOT citent une observation où le malade, arrivé à l'hôpital, avait tous les symptômes d'une **appendicite, au cours de la laparotomie**; on trouve le diverticule de Meckel rempli de pus, qui, examiné au laboratoire, contenait des coli-bacilles. Fait important, intéressant au point de vue du diagnostic, à ajouter à la pathologie du diverticule de Meckel, sur laquelle M. Kirmisson a fait une remarquable leçon.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 274, 282, 306 et 327.

M. RIOBLANC communique un cas d'**appendicite, compliquée d'anus contre nature**; nous reviendrons sur son observation.

M. HARTMANN présente une observation d'une malade de vingt-neuf ans atteinte d'un **kyste hydatique de la rate,** pour lequel il fit une splénectomie. La malade avait des troubles digestifs tels, qu'elle avait maigri de 18 livres en quatre mois. Il y avait une tumeur dans la fosse iliaque; mais la malade disait que la tumeur était primitivement dans l'hypocondre. Dans la position de Trenledenburg, la tumeur prenait bien les caractères d'une tumeur mobile de la rate. L'ablation totale des organes fut assez facile. La tumeur pesait 1100 grammes, elle contenait une grande masse kystique avec hydatides. L'examen du sang n'a jamais rien donné avant ni après l'opération. La malade a parfaitement guéri.

M. Hartmann recommande le plan incliné pour diagnostiquer quelques tumeurs abdominales. Les tumeurs reviennent à leur point de départ.

Il connaît dix autres cas de splénectomie pour kyste hydatique de la rate. Ce qui fait 11 opérations avec 2 morts. Dans le premier cas de mort, le kyste était suppuré; dans le second cas il y avait un kyste du foie concomitant.

M. Hartmann préconise cette opération mais ne conseille pas de la faire toujours; il convient aussi de faire la ponction, l'incision, la fixation dans certains cas. Mais si le kyste est développé dans une rate mobile, il vaut mieux faire la splénectomie.

M. DURET (de Lille) fait une communication sur les **lithiases biliaires latentes et leur traitement chirurgical.** Il appelle l'attention sur ces cas où il n'y a ni ictère, ni tumeur dans la région de la vésicule, ni le cortège symptomatique ordinaire des lithiases biliaires. Les douleurs et les troubles généraux sont cependant particulièrement intenses, et conduisent les malades à un état d'adynamie et d'amaigrissement progressif des plus pénibles. Ils en arrivent presque tous à solliciter d'être soulagés de leurs longues souffrances par une action chirurgicale. Or, celle-ci est efficace, et il serait regrettable qu'elle leur fût refusée, comme on l'a vu quelquefois, parce qu'on ne trouve pas de tumeur apparente. Déjà l'auteur a esquissé ce point particulier des lithiases biliaires latentes au Congrès de 1892, et dans la thèse de Soulble, 1895. Avec ses observations et celles de Routier, qui a décrit des cas analogues, il établit la pathogénie, la physionomie clinique et le traitement de ces lithiases spéciales. Elles sont causées le plus souvent par un ou plusieurs calculs enclavés dans la vésicule hypertrophiée, sans que celle-ci soit distendue par du liquide. Elle est au contraire souvent très rétractée, et au moment de l'opération doit être cherchée sous le foie ou au milieu d'un magma fibreux. On ne la dégage que par une dissection attentive. Le plus souvent, il s'agit de malades du sexe féminin (11 fois sur 12); souvent elles n'ont pas eu de coliques hépatiques (Kader); mais elles ont souffert de crises, de douleurs intenses, de poussées inflammatoires dans la région de la vésicule. L'origine du mal est souvent fort lointaine et remonte à deux, six, huit et dix ans. Il y a des troubles digestifs très prononcés, de l'anorexie, de l'impossibilité de s'alimenter; elles finissent par tomber dans la neurasthénie, l'amaigrissement et la cachexie. L'intervention, souvent difficile, a consisté dans la cholécystectomie

(6 fois), ou la cholécystostomie (6 fois). Malgré les difficultés de l'opération, la guérison a presque toujours été obtenue (11 fois sur 12).

M. MOULONGUET (d'Amiens) donne lecture d'une observation de **cholécystite calculeuse compliquée d'adénite lombo-sacrée.**

« Chez une jeune femme amaigrie, dit-il, se plaignant de douleurs extrêmement vives de sciatique gauche, je trouvai dans l'abdomen une tumeur allongée contre la colonne vertébrale, plongeant dans le petit bassin, immobile. Après la laparotomie et l'incision du péritoine pariétal postérieur, je tombai sur une chaîne de gros ganglions lombo-sacrés, dont le plus gros avait le volume d'un œuf de dinde. Je les enlevai avec soin et refermai l'incision péritonéale postérieure. Cherchant alors dans les viscères la cause de cette énorme adénite lombo-sacrée, je trouvai la vésicule biliaire transformée en une poche dure, développée sous le foie et faisant à peine saillie sous son bord tranchant. Elle ne contenait que quelques gouttes de liquide visqueux et était remplie par cinquante-quatre petits calculs polyédriques tassés les uns contre les autres. Je fis la cholécystostomie.

Les suites opératoires furent d'une bénignité absolue. Dès le lendemain, les douleurs par compression du sciatique gauche avaient disparu. L'écoulement de bile fut peu abondant; les jours suivants et en six semaines, la fistule biliaire était tarie. Cette malade, déjà cachectisée, a repris son embonpoint très rapidement. L'opération date de quatre mois et demi, et son état de santé est florissant.

L'examen histologique n'a révélé que du tissu inflammatoire dans les ganglions enlevés.

Il s'agissait donc, tant d'après les résultats cliniques que d'après l'examen histologique, d'une grosse adénite inflammatoire provoquée et entretenue par une cholécystite calculeuse et comprimant le sciatique gauche. »

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM

Après la lecture du rapport de M. Quénu (1), les orateurs suivants prennent successivement la parole :

M. JULLIARD préconise l'anus contre nature soit comme premier temps de l'extirpation, soit comme traitement palliatif.

Cette opération permet la désinfection complète du rectum et de faire une opération antiseptique. Elle met à l'abri de l'introduction de matières dans la plaie opératoire, permet l'alimentation en tous moments, avant et après l'opération.

L'anus iliaque est le meilleur.

Il faut attendre quelques jours entre l'établissement de l'anus et l'extirpation du rectum.

L'efficacité de l'extirpation est moindre chez l'homme que chez la femme, parce que chez l'homme le cancer confine à l'urèthre et à la prostate. Chez la femme, c'est la paroi postérieure du vagin qui s'enlève facilement et rend l'opération plus complète.

Le traitement palliatif doit être fait en deux temps : 1° anus; 2° désinfection du bout inférieur avec anesthésie.

La déviation des matières supprime le ténesme et les douleurs et ralentit la marche du cancer, qui n'est plus irrité par les matières.

M. Julliard cite, en terminant, le cas d'un malade qui a été si soulagé par l'anus contre nature qu'il a refusé l'extirpation. Il a vécu trois ans et demi sans souffrir de son cancer.

M. POLLOSSON (de Lyon) rappelle avoir, le premier, proposé l'anus contre nature comme premier temps du traitement opératoire du cancer du rectum.

Cet anus sera *iliaque* et *terminal*, c'est-à-dire disposé de façon que rien ne passe dans le segment inférieur. C'est pour arriver à un anus terminal que l'orateur crée un anus en canon de fusil.

Un autre point à étudier est de savoir s'il faut, dans une même séance, faire l'anus et extirper le rectum. Il vaut mieux deux séances, car la tumeur subit une sorte de retrait après l'anus contre nature établi. Enfin, l'anus sera plutôt définitif que temporaire.

Les malades n'acceptent pas volontiers la double opération et l'idée d'un anus contre nature; toutefois, les heureux résultats obtenus influeront sur leur décision dans l'avenir.

M. BERGER a enlevé un rectum, qu'il considérait comme cancéreux, par la voie abdomino-périnéale. Mais c'était une erreur de diagnostic fort instructive, comme on va le voir.

Une femme avait eu, il y avait longtemps, un rétrécissement du rectum. Quand M. Berger la vit, de nombreuses années plus tard, il trouva un rétrécissement valvulaire et, au-dessus, un rétrécissement beaucoup plus serré. Elle ne voulut pas d'un anus contre nature. Elle quitta l'hôpital, mais y revint après une série d'accidents d'obstruction. A ce moment, M. Berger sentit une tumeur au niveau du rétrécissement. Cette tumeur n'était pas stercorale; le diagnostic fut porté : cancer du rectum mobile, greffé sur un anneau, rétrécissement. Donc, ablation de ce cancer par la voie abdomino-périnéale.

La laparotomie fut pratiquée suivant les règles ordinaires : isolement du rectum; fixation de l'extrémité supérieure du rectum : fermeture de la plaie abdominale et anus contre nature. La seconde partie de l'opération fut difficile et laborieuse; il y eut une hémostase très longue. On fit des injections de sérum.

Les suites furent simples, il y eut cependant des accidents. L'anus contre nature était sur la ligne médiane et ne fonctionnait pas aussi bien que les anus iliaques. De plus il infecta la plaie abdominale. La pièce comprenait 25 centimètres de longueu : tout le rectum et la partie inférieure de l'S iliaque. La pièce nous semblait être une infiltration épithéliale des parois rectales situées sous le rétrécissement. Mais l'histologie a montré qu'on se trouvait là en présence d'un rétrécissement fibreux ordinaire, peut-être syphilitique ou inflammatoire. Il n'y avait pas d'épithéliome, pas même de tubercules, comme nous l'avons cru un moment. Il ne s'agissait que d'un rétrécissement inflammatoire.

Il est certain que l'opération de l'extirpation du rectum par voie abdomino-péritonéale est une opération qui peut être méthodiquement conduite; elle donne une extirpation complète du rectum et des ganglions lymphatiques. Mais elle est longue, laborieuse, et pour le temps périnéal très hémorragique. Enfin il convient de créer un anus contre nature à distance de l'incision primitive pour éviter l'infection de la plaie par les matières et pour éviter une coudure possible de l'intestin. Mais c'est une bonne opération dans certains cas déterminés.

M. GALLET (de Bruxelles) dit que l'ablation du rectum est

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1149.

souvent impossible, les malades arrivant trop tard. Il est intervenu vingt fois, et il lui a fallu faire neuf anus contre nature sur ces vingt cas. A tous les points de vue cependant, l'ablation totale vaut mieux.

Le meilleur procédé est alors l'incision périnéale chez 'homme, vaginale chez la femme, qui lui ont donné des résultats encourageants. Toutefois, quand les cancers sont très élevés, les indications et le pronostic changent. Dans ces cas, il a deux fois fait l'opération de Kraske : une fois, le malade est mort le lendemain, l'autre fois il a dû terminer par un anus sacré, plus pénible que l'iliaque. Aussi quand le néoplasme a dépassé le péritoine, il faut aborder le néoplasme par voie abdominale et mettre le malade dans la position de Trendelenburg, puis on ouvre largement l'abdomen. Si l'ablation n'est pas possible, on fait l'anus contre nature. Si elle est possible, on attire autant que possible le néoplasme dans l'angle inférieur de la plaie. L'entérorragie présente alors des dangers et des difficultés : on y abouche en canon de fusil les deux bouts réséqués de l'intestin. On est alors devant un anus artificiel comme celui qu'on a à traiter après la hernie gangrénée. Quatre ou cinq semaines après l'opération, on fait l'entérotomie.

M. Gallet a opéré trois malades, un est mort le soir même, l'autre six mois après, de généralisation, le troisième vit encore après un an.

M. PÉAN lit un mémoire que nous publierons.

M. JULES BŒCKEL dit que les cancers de l'extrémité inférieure du rectum, soit ceux qui remontent à 10 ou 12 centimètres, sont justiciables de l'extirpation par la voie ano-périnéale.

La gravité de cette intervention est à peu près nulle.

La survie peut être de plusieurs années : six, huit et dix ans et plus.

Les carcinomes cylindriques, de beaucoup les plus fréquents, sont ceux qui donnent sous ce rapport les meilleurs résultats.

Les sarcomes, heureusement plus rares, ont un pronostic plus sombre.

Les tumeurs cancéreuses qui ne sont plus accessibles au doigt explorateur peuvent de même être extirpés avec succès et aussi chance de survie.

La voie sacrée ou sacro-périnéale est celle qui convient à ces cas.

Le pronostic de ces interventions est plus grave que celui de l'extirpation ano-périnéale.

Les tumeurs qui siègent très haut, celles qui dépassent l'ampoule rectale et qui empiètent sur l'S iliaque peuvent être extirpées totalement par la voie sacro-iliaque, comme il l'a prouvé l'un des premiers, ou par la voie sacro-abdominale préconisée par Quénu.

Mais l'opération est d'une gravité incontestable et les très rares faits connus jusqu'ici ne permettent pas d'établir encore sa valeur.

Pour son compte, malgré le succès qu'elle lui a donné, il l'envisage comme très sérieuse dans ses résultats immédiats et peu encourageante dans ses suites éloignées.

M. J. Bœckel estime que la colotomie iliaque simple devra lui être préférée, la survie qu'elle procure, contrairement à ce qui se passe dans les cancers même étendus, dépassant assurément celle que fournit l'opération radicale.

C'est pour cette raison que l'extirpation devra être réservée aux cas des deux premières catégories, tandis que la colotomie devra être choisie dans ceux de la troisième (carcinome très haut situé, carcinome de l'S iliaque).

M. DEPAGE (de Bruxelles) rapporte les résultats éloignés de dix cas de résection du rectum pour cancer :

Deux malades, opérés pour cancers au début, survivent depuis plus de trois ans et demi.

Deux, opérés pour cancers avancés avec atteinte des ganglions lymphatiques, survivent depuis un an sans récidive.

Les six autres, opérés tous pour cancers avancés, sont morts après un temps variable, soit de récidive, soit à la suite d'une propagation cancéreuse au foie, soit à la suite de maladie indépendante du cancer.

M. Depage estime que, pour le cancer au début, la cure radicale donne généralement, sinon une guérison définitive, au moins une guérison durable.

Quand les cancers sont plus développés, qu'ils ont envahi les ganglions ou qu'ils se sont propagés aux organes voisins, la récidive, après l'ablation, devient la règle. Dans ces cas, il faut qu'il y ait des symptômes sérieux pour que l'intervention soit justifiée. Lorsque celle-ci est décidée, c'est à la cure radicale qu'il faut avoir recours, et exceptionnellement à la colotomie.

Comme technique opératoire, M. Depage s'en tient aux règles qu'il a exposées au Congrès de l'année dernière.

M. A. MOULONGUET (d'Amiens) dit qu'au mois de mai 1890, il a renoncé à la suture des deux bouts de l'intestin dans l'extirpation du cancer du rectum par le procédé de Kraske et a amené le bout supérieur dans l'anus après avoir réséqué et enlevé le bout supérieur ano-rectal sous-jacent au néoplasme. Hochenegg, de son côté, annonçait plus tard (septembre 1891) qu'il avait substitué à la suture intestinale l'abaissement du bout supérieur dans l'anus, en l'invaginant dans le bout inférieur qu'il conservait intact.

La fixation du bout supérieur au pourtour anal doit être préférée à la suture intestinale chaque fois que la portion d'intestin ano-rectale sous-jacente au néoplasme n'a point une étendue trop considérable dépassant 5 à 6 centimètres.

L'abaissement du bout supérieur de l'intestin et sa fixation dans le sphincter anal intact paraissent, quand cela est possible, le meilleur traitement du cancer annulaire du rectum et doivent être préférés à la création d'un anus artificiel coccygien, périnéal ou iliaque, avec retournement du bout supérieur.

Mais on doit renoncer à cet abaissement chaque fois qu'il pourrait compromettre la vitalité de l'intestin et entraîner sa mortification. Dans l'appréciation de ce danger, il faut tenir compte de l'aspect et de l'état des parois de l'intestin. Il est des intestins amincis, pâles, qui ne sauraient supporter le moindre tiraillement, ni la moindre modification dans leur apport nutritif. Il en est, au contraire, qui, à tuniques épaisses, bien colorées, présentent des dangers beaucoup moindres de mortification et de gangrène.

M. TAILLEFER fait la statistique des opérations de cancer du rectum dans le service de M. Jeannel. De ses observations, il conclut : L'indication de la cure du cancer est déterminée par l'état du péritoine. Elle doit être précédée par l'anus contre nature qui, dans les cas non opérables, sera l'opération palliative.

L'anus iliaque ne semble pas, à M. BAUBY (de Toulouse), être la seule opération palliative : il y a aussi le curage du rectum, qui est particulièrement apte à supprimer l'ichor fétide.

M. QUÉNU répond par quelques mots. Tout le monde semble d'accord sur ces deux points :

1° Abandon de l'opération de Kraske ;

2° Avantages de l'anus iliaque préalable.

Mais, de plus, il s'élève contre l'idée qu'en faisant passer des litres de liquide à travers un anus contre nature dans le rectum, on arrive à désinfecter le rectum. Le milieu rectal est absolument infecté : il n'y faut pas toucher. C'est aussi pour cela qu'il ne faut pas morceler le rectum, comme semble le vouloir M. Péan. Il faut, au contraire, enlever le rectum comme une poche septique, sans l'ouvrir.

CHIRURGIE DES MEMBRES

M. M. DESPREZ (de Saint-Quentin) lit une note sur la **suppression de la douleur et le rétablissement précoce de la marche dans le traitement des fractures de la jambe à l'aide des bandes de gutta-percha, système Desprez**, dont voici les conclusions :

1° Les bandes perfectionnées de gutta-percha (système Desprez) assurent l'immobilité d'une manière absolue et constituent, dans le traitement des fractures des membres spécialement, le moyen le plus efficace de supprimer la douleur ;

2° Tout en faisant disparaître les douleurs occasionnées par le traumatisme et par la mobilité des fragments, ce pansement assure la guérison la plus rapide, dans les conditions les meilleures, si la réduction de la fracture a été bien faite et bien maintenue pendant l'application de l'appareil, qui se fait, du reste, très rapidement;

3° Le pansement est à peine terminé, que la solidité de l'appareil est assez avancée pour ne plus avoir à s'en occuper. Une demi-heure après, le blessé peut être transporté, sans la moindre souffrance, dans un véhicule ordinaire ;

4° Ce mode de traitement a, de plus, l'avantage considérable, dans les fractures de la jambe, de rendre la marche possible de très bonne heure, sans compromettre en rien la consolidation de la fracture ;

5° Appliqué aux tumeurs blanches, ce traitement a le privilège de réduire les tumeurs à leur plus simple expression et d'en rendre possible la résection quand elle est nécessaire ;

6° Dans les grands traumatismes, il est un agent de conservation inappréciable.

M. KUMMER (de Genève) a fait des expériences sur les **fractures de l'astragale**. Il a obtenu, le plus souvent, des fractures par inflexion, par arrachement de l'apophyse postérieure, et enfin par pénétration. Il se borne à lire les conclusions de son travail.

Section complète du nerf sciatique poplité interne par coups de fusil; suture de ce nerf au sciatique poplité externe; guérison avec rétablissement des fonctions du membre, tel est le titre d'une observation de M. J. REBOUL (de Nîmes), dont voici le résumé :

Dans un accident de chasse, un jeune homme de dix-neuf ans est blessé presque à bout portant dans la région poplitée gauche. Le coup faisant balle, entre sur le bord interne de la partie supérieure du creux poplité, traverse cette région obliquement en haut et en dehors, et va ressortir sur la partie moyenne de la face externe de la cuisse. Le malade ne peut se relever. On le transporte à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, où l'interne de garde, M. Coste, constate, en outre d'une hémorragie facilement arrêtée par la compression, une paralysie motrice et sensitive complète de la jambe et du pied gauches. Trois jours après, des accidents tétaniques surviennent; deux injections de sérum antitétanique sont faites. Ces accidents s'amendent et les plaies marchent régulièrement vers la guérison sans nouveaux accidents.

En janvier 1897, en reprenant son service, le docteur Reboul trouve le malade toujours paralysé de la jambe et du pied gauches, avec anesthésie, ne pouvant ni marcher, ni même se tenir debout. Pensant à une section complète du nerf sciatique poplité interne et à des lésions probables du nerf sciatique poplité externe, le docteur Reboul intervient le 25 janvier et trouve le creux poplité rempli d'un tissu cicatriciel épais et dur, renfermant de nombreux grains de plomb.

Après dissection pénible de la région et mise à découvert des nerfs poplités, on constate que le nerf sciatique poplité interne est complètement sectionné, que ses deux bouts, formés par deux névromes olivaires et contenant des grains de plomb, sont distants l'un de l'autre de 6 centimètres, que le sciatique poplité externe est aplati, comprimé par le tissu cicatriciel, contenant des grains de plomb. Le docteur Reboul essaie d'amener à contact par élongation et flexion de la jambe les deux bouts du nerf sciatique poplité interne, mais, ne pouvant y parvenir, fait une résection en double biseau du névrome du bout périphérique du sciatique poplité interne et l'insinue dans une fente verticale, comprenant toute l'épaisseur du sciatique poplité externe, maintenant les deux nerfs greffés par quatre points de suture à la soie, faisant ainsi une greffe interstitielle totale. Ce procédé de greffe totale interstitielle paraît devoir mettre plus directement en connexion les tubes nerveux du nerf greffé avec celles du nerf porte-greffe. Le névrome du bout central et le sciatique poplité externe sont ensuite débarrassés des grains de plomb qui les incrustent.

Actuellement, neuf mois après l'intervention, l'anesthésie a disparu en grande partie; les muscles de la jambe et du pied répondent à l'excitation électrique ; le malade marche avec facilité, sans gêne, et a pu même se livrer à des travaux pénibles pendant les vendanges.

M. LE DENTU rapporte un cas de **tumeur de l'humérus.** Un malade jeune a une tuméfaction de l'humérus, qui devient au bout de quelque temps douloureuse. On pense à une ostéomyélite ; on incise, il sort des matières ayant un aspect bizarre ; M. Le Dentu pense alors à une tumeur maligne. Il fait la désarticulation de l'épaule, et présente au Congrès un humérus ayant à sa partie moyenne une tumeur assez volumineuse.

Cette tumeur est formée de différents éléments : il y a peu d'éléments osseux, mais beaucoup d'éléments cartilagineux et muqueux, analogues à la gélatine de Wharton. Enfin, d'autres éléments en moindre quantité semblent plaider en faveur d'un sarcome à myéloplaxes. On trouve enfin de petites masses encapsulées extra-osseuses, et des sphères irrégulières constituées par du carbonate de chaux avec de la substance organique. En se combinant les unes aux autres, ces sphères prennent un aspect variable. Ces corps calciques avec substance organique ont déjà été trouvés chez les animaux inférieurs. Hertniz les appelle *calco-sphérites*. C'est la première fois qu'on les rencontre

chez l'homme ; aussi, à partir de ce jour, ne faut-il plus les considérer comme propres aux animaux inférieurs, mais faut-il les considérer comme pouvant exister chez tous les êtres organisés.

M. Le Dentu revient ensuite à la clinique : il y avait un ganglion qui fut cureté. Depuis six mois, il n'y a pas de récidive et le malade est en excellent état.

M. LENTZ (de Metz) a vu un cas assez analogue à celui de M. Le Dentu. Il a pensé à un ostéo-sarcome, et a fait la désarticulation de l'épaule. Mais, d'après ce qu'il pense, ce devait être une tumeur dans le genre de celle de M. Le Dentu, bien que l'examen histologique n'ait pas été fait. Toutefois, dans son cas, il y avait une considérable atrophie des muscles du bras et le malade semble dans un état général assez mauvais, ce qui fait penser à un cancer caché.

M. J. REVERDIN (de Genève) a observé un cas d'**anévrisme cirsoïde d'origine infectieuse de la région du sourcil**, qui lui paraît pouvoir éclairer la pathogénie, encore obscure, de cette maladie. Un homme de trente et un ans est atteint, en mars 1895, d'une gastro-entérite infectieuse, caractérisée par un état typhoïde, une fièvre peu vive, des vomissements et de la diarrhée, des épistaxis, de l'albuminurie légère, suivie d'une névrite du médian, d'ascite et d'œdème des membres inférieurs. Au début de la maladie, il s'était produit un gonflement avec œdème et sensibilité à la pression à la racine du nez. La guérison s'était achevée et les forces étaient peu à peu revenues, lorsqu'au printemps suivant on remarqua à la partie interne du sourcil gauche une petite grosseur, qui augmenta peu à peu et prit les caractères d'un anévrisme cirsoïde : tumeur bosselée, laissant voir par transparence un lacis de vaisseaux dilatés et tortueux; dilatation et état tortueux des artères voisines, souffle continu à redoublement, thrill. Il pense qu'il faut interpréter ce fait de la façon suivante : au début de la maladie, artérite infectieuse causant la tuméfaction de la racine du nez, laissant comme trace une thrombose organisée d'une artériole constatée dans la pièce après l'opération ; cette artérite a d'autre part affaibli les parois des artérioles voisines et peu à peu celles-ci se sont laissé dilater et ont ainsi donné lieu à la formation de l'anévrisme cirsoïde. Il pense que très probablement, comme divers auteurs l'ont déjà supposé, les anévrismes cirsoïdes, consécutifs aux traumatismes, s'expliquent aussi par l'artérite ; peut-être des lésions de même ordre sont-elles à l'origine des anévrismes cirsoïdes consécutifs aux nævi et peut-être enfin quelques-uns des anévrismes cirsoïdes qualifiés de spontanés sont-ils dus, comme dans son cas, à des artérites de cause interne méconnues. La pathogénie des anévrismes cirsoïdes se trouverait ainsi unifiée.

M. REBOUL cite un fait analogue.

M. SCHWARTZ lit un travail sur les **paralysies post-anesthésiques** ; nous y reviendrons ultérieurement.

M. LEBRUN (de Namur) décrit trois cas de **maladie de Little**, dans lesquels il est intervenu chirurgicalement, en suivant la méthode indiquée par M. Marfan en 1894, et d'une façon très analogue en 1896 par MM. La Bonnardière et Vincent (de Lyon). Cette méthode consiste dans l'éducation méthodique des membres, d'abord des mouvements passifs d'extension et de flexion, et, s'il existe des rétractions fibreuses des tendons, à pratiquer la ténotomie, et en même temps du massage ; puis l'éducation des mouvements actifs, et enfin des exercices de marche facilités par des appareils orthopédiques. Dans les trois cas, il a obtenu une amélioration sensible, immédiate au point de vue de la motricité progressive et rapide au point de vue de la marche, enfin un retentissement favorable sur l'état général. Contrairement cependant à M. Vincent, l'auteur, après la ténotomie, ne prolonge pas l'immobilisation dans un appareil plâtré au delà de dix à douze jours, c'est alors qu'il commence les massages, etc.

M. DEMONS relate un procédé d'**arthrotomie pour la cure des luxations de l'épaule**. Souvent il y a échec dans les arthrotomies pour vieilles luxations de l'épaule : il croit que ces échecs tiennent à une faute de manuel opératoire.

L'erreur vient de ce que l'on veut recourir au même procédé pour les tumeurs blanches de l'épaule et pour les luxations. Les conditions ne sont cependant nullement les mêmes.

M. Demons fait une incision transversale qui part de l'acromion et va à l'apophyse coracoïde. Ce procédé met à nu toute la ligne d'obstacle. On peut vaincre ainsi non seulement la présence de l'apophyse coracoïde, mais la présence des muscles qui s'attachent à cette apophyse. Aussi n'hésiterait-il pas à faire la résection temporaire de cette apophyse coracoïde. On a un jour considérable qui permet de détacher la tête et de la réintégrer dans la cavité glénoïde.

M. CLAUDE MARTIN (de Lyon). Des expériences qu'il a faites sur la **régénération des os sur appareil prothétique interne** chez le chien, il peut conclure :

1° Il est possible d'obtenir la régénération complète d'un os ou d'une extrémité articulaire en fournissant comme guide à l'ossification un appareil léger et solide ;

2° Cet appareil doit être formé de tiges de platine iridié, réunies entre elles par des traverses de même métal. Il est mis en place au milieu des tissus ou fixé dans l'os au moyen de vis également en platine. Cet appareil doit avoir la forme et le volume de l'os ou de la portion d'os à faire régénérer;

3° Il maintient l'écartement des fragments et rétablit la continuité de la colonne osseuse. Il s'oppose à l'interposition des parties molles musculaires ou autres.

Il permet d'introduire à son intérieur des fragments d'os qui comblent le vide laissé au centre de l'appareil et contribueront à l'édification de l'os de nouvelle formation.

4° Deux causes peuvent compromettre le résultat final :

I. La mobilisation de l'appareil, ce qui explique pourquoi les résultats sont plus satisfaisants expérimentalement sur les os de l'avant-bras et de la jambe, le deuxième os formant attelle.

II. L'infection de la plaie et la suppuration ; mais si celle-ci n'est pas trop abondante ou aiguë, elle peut ne pas s'opposer d'une façon absolue à la régénération osseuse.

M. BAUBY (de Toulouse), de ses expériences cadavériques et d'une opération faite sur le vivant, conclut que la **méthode d'A. Wyett, dans la désarticulation de la hanche**, assure l'hémostase préalable d'une manière très satisfaisante et améliore le pronostic si grave de cette affection.

Cette méthode consiste dans l'introduction de deux fortes aiguilles à l'extrême racine de la cuisse, l'une en dehors sous l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre en dedans sous l'épine du pubis. Ces broches servent de point d'arrêt à un

fort tube élastique que l'on enroule au-dessus d'elles après avoir appliqué la bande d'Esmark.

Les manœuvres opératoires ne sont pas gênées par cet appareil, et les ligatures peuvent être faites presque à blanc.

M. LE DENTU dit que toute hémorragie peut s'éviter par la ligature préalable des vaisseaux antérieurs de la cuisse. La preuve, c'est que, dans une désarticulation qu'il a faite récemment pour un sarcome pulsatile des cuisses, il n'a pas perdu, avec cette méthode, plus de 100 grammes de sang.

MM. PIÉCHAUD et BERGOMIÉ (de Bordeaux) font une communication sur l'**anastomose tendineuse dans la déviation du pied consécutive à la paralysie infantile.**

L'essentiel, c'est de faire une suture qui tienne entre les deux tendons qu'on veut anastomoser. Aussi, faut-il faire des avivements allant jusqu'à 3 centimètres. Mais, au lieu de rapprocher les deux tendons par une suture unique, on applique une suture sur le bord postérieur de l'avivement, puis avec le même fil on fait ensuite une suture du bord antérieur de cet avivement. On a ainsi une suture complète, un rapprochement très serré et une cicatrice durable.

Ils ont ainsi opéré quatre enfants ayant une paralysie isolée du jambier antérieur avec un commencement de valgus. Jusqu'à présent, ces opérés vont très bien. Ces faits sont très intéressants pour la cure du pied bot.

Un mot encore. Il faut faire une opération peu étendue, assurer le libre mouvement des tendons en créant une gaine nouvelle entre ces tendons et la peau.

M. ALBERTIN (de Lyon) étudie le **traitement des déviations rachitiques des membres inférieurs chez l'enfant par l'ostéotomie et l'ostéoclasie combinées.**

L'ostéoclasie et l'ostéotomie sont dirigées contre les déviations rachitiques, particulièrement contre le genu valgum.

Chez l'enfant, on fracture le membre à l'ostéoclaste, on immobilise le redressement du membre et, au bout de trente jours, l'enfant est guéri. Pour les déviations de la cuisse, le traitement est donc facile à pratiquer. Mais il est plus difficile pour les déviations du tibia et du péroné. Il est à craindre alors des cals exubérants s'unissant à l'autre os et comprimant les organes. Aussi vaut-il mieux alors faire l'ostéotomie cunéiforme pour le tibia. Puis le péroné sera fracturé avec les ciseaux de Mac Ewen et on fera le redressement. On suture le périoste, la peau, et on applique un appareil plâtré.

Les suites de l'opération sont simples. Après cette ostéotomie du tibia avec ostéoclasie du péroné, il a un peu de fièvre; mais au bout de trente jours l'enfant est guéri sans qu'on enlève le pansement. L'ostéotomie est plus précise pour le tibia que l'ostéoclasie, qu'on réservera pour le péroné, comme on le fait pour la diaphyse fémorale.

M. PONCET (de Lyon) rapporte des faits de **polyarthrite tuberculeuse simulant des lésions rhumatismales chroniques déformantes.** A un examen très attentif, on voyait qu'on se trouvait en présence d'une polyarthrite déformante de nature tuberculeuse. C'est une manifestation osseuse bacillaire, la plupart du temps chez de jeunes sujets. On peut la voir chez des gens plus âgés, et alors le diagnostic est difficile avec le rhumatisme chronique déformant.

M. BÉRARD apporte des photographies radiographiques venant confirmer l'opinion de M. Poncet. Il cite les observations des malades auxquels se rapportent ces photographies : ils ne presentent que des déformations noueuses avec subluxations, comme dans le rhumatisme déformant chronique. Il n'existe pas de fistules, pas de fongosités, mais des douleurs spontanées avec pression douloureuse. Pas d'ankylose, pas d'atrophie musculaire. Presque tous les sujets étaient jeunes : huit, dix et douze ans. Cependant l'un avait quarante ans.

Il existe deux types : dans le premier, les lésions dominent dans les petites articulations, chez des sujets indemnes de toutes lésions tuberculeuses. Plus tard, il se forme une synovite à grains riziformes.

Dans le deuxième, les lésions sont précédées d'autres lésions tuberculeuses, hémoptysie, tuberculose pulmonaire.

En réalité, c'est surtout la radiographie qui fait le diagnostic. Dans le rhumatisme chronique il y a de la soufflure des extrémités articulaires avec disparition du cartilage; dans le rhumatisme tuberculeux il existe des îlots blanchâtres dans l'extrémité osseuse qui est diminuée, avec conservation du cartilage plus longtemps que dans le rhumatisme chronique déformant.

M. REDARD a également observé un cas de rhumatisme déformant chez un enfant qui plus tard a été pris du mal de Pott. Le rhumatisme était donc de nature tuberculeuse comme celui dont ont parlé Poncet et Bérard.

M. COUDRAY lit une statistique sur le résultat de la **méthode sclérogène dans la tuberculose**; il en reconnaît l'efficacité, surtout si elle est unie à l'immobilisation. Il l'a employée aussi pour les luxations congénitales de la hanche où le résultat est moins assuré, quoique bon. Enfin il a vu un cas de tumeur maligne rétrocéder sous cette influence, depuis quelques années déjà. Il n'a pas encore l'expérience des hernies, mais il proteste contre l'allégation de M. Lucas-Championnière qui dit que le chlorure de zinc ne laisse pas de trace dans les tissus. Bien au contraire, il a vu chez tous les tuberculeux articulaires qu'il a sclérosés des nodosités qui persistent depuis fort longtemps.

M. V. MÉNARD (de Berck-sur-Mer) fait une communication sur la **tuberculose juxta-coxale.** Il a rencontré un certain nombre de malades chez lesquels un foyer tuberculeux, développé sur le fémur ou sur le bassin dans le voisinage de la hanche, occasionnait des symptômes analogues à ceux de la coxalgie.

Deux de ces malades offraient une affection tuberculeuse très étendue de l'ischion; un autre de la branche ischio-pubienne; un troisième de la partie supérieure des sourcils cotyloïdiens; chez un adolescent de seize ans, l'ilium était tuméfié dans la plus grande partie de son étendue par un spina ventosa tuberculeux. Sur le fémur, les lésions tuberculeuses du grand trochanter sont assez rares chez l'enfant.

Bien qu'il y ait une certaine analogie entre les symptômes de la tuberculose justa-coxale et ceux de la coxalgie elle-même, le diagnostic différentiel entre ces deux localisations articulaire et juxta-articulaire est le plus souvent facile. On ne reconnaît l'affection juxta-articulaire qu'à la période d'abcès ou de gonflement. Les signes articulaires associés n'ont pas la gravité de ceux qu'on observe dans la coxalgie avec abcès ou avec empâtement.

Le traitement opératoire des affections juxta-coxales conduit rapidement à la guérison.

M. REDARD parle ensuite sur les **viciations du bassin**

dans la coxalgie : l'inclinaison et la flexion antérieure sont plus curables que la flexion latérale ou la torsion du bassin. Celles-ci demandent à être traitées avec grand soin. M. Redard présente des pièces montrant quelle inclinaison latérale peut présenter le bassin.

Le traitement des attitudes vicieuses qui paraît le plus indiqué chez l'enfant est le redressement forcé sous le chloroforme. Il n'a, comme contre-indication, que l'existence d'ankyloses osseuses. Il y ajoute la traction sur le membre, qui permet de redresser des attitudes vicieuses considérables. La traction, sur laquelle il insiste surtout, est utile quand il s'agit de luxations ou de subluxations par coxalgie. On les fait avec des appareils à extension; l'extension par les mains est insuffisante. Enfin, des pressions manuelles ou instrumentales exercées sur le bassin vicié aident la traction exercée sur la cuisse.

Sur 32 observations, il n'a pas enregistré d'accidents graves, pas de généralisation. Dans 16 cas, la correction a été bien obtenue; dans 3 cas, la correction a été définitive et parfaite.

Grâce à l'emploi des appareils de traction, les manœuvres de réduction sont simplifiées et beaucoup plus rapides.

Il ne faut pas faire le redressement et les tractions, s'il y a des abcès froids ou un mauvais état général.

Le redressement ne doit pas être préconisé de façon absolue; mais il a souvent ses indications et donne alors d'excellents résultats. Les opérations sanglantes (ostéotomie) doivent être réservées pour les coxalgies anciennes.

M. CAMPENON croit que les positions vicieuses sont surtout développées par les contractures des muscles, et particulièrement celle des adducteurs et des fessiers. Aussi la traction dans l'axe du membre semble-t-elle insuffisante. Il faut y ajouter une traction oblique pour remédier à la contracture qui porte la cuisse en dedans ou en dehors. C'est le moyen d'avoir un redressement complet, et d'obvier aux raccourcissements du membre. Ainsi avec l'extension continue, suivant qu'on s'adresse contre tel ou tel muscle, on arrive à diriger méthodiquement le traitement.

M. BAUBY cite une nouvelle série de **guérisons de tuberculose chirurgicale par l'eau bouillante**. Après avoir cureté les foyers, ouvert les abcès, etc., on brûle ces abcès et leurs foyers avec de l'eau bouillante, en y dirigeant un jet d'eau bouillante. De cette façon, on fait bouillir les parois des foyers, et on a un résultat supérieur à ceux observés avec le thermocautère. Il cite des observations à l'appui de cette thèse.

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

M. TERRIER donne sa statistique d'**hystérectomie abdominale totale et partielle** : 19 cas dont 14 pour fibromes. Sur ces 14, 3 décès, l'un par congestion pulmonaire, le second par ligature insuffisante sur l'utérine et hémorragie, le troisième opéré en pleine septicémie. Les 5 autres hystérectomies abdominales totales (grossesse extra-utérine, kyste, etc.) ont guéri.

Il a, de plus, fait 22 hystérectomies abdominales sus-vaginales, suivant le mode qu'il employait déjà autrefois à l'aide du tire-bouchon de Delagenière. Dans ces derniers cas, il fait un lambeau antérieur, lie les deux utérines après les avoir isolées. Le but qu'il se propose dans cette opération, c'est de séparer le plus possible les cavités vaginale et utérine de la cavité péritonéale; aussi, contrairement à différents confrères, il ne draine pas. D'autre part, il prend soin de lier le ligament rond, qui peut donner du sang, comme le font les chirurgiens américains.

Il n'accepte pas non plus une ouverture du péritoine allant communiquer avec le vagin; au contraire, il fait une suture en surjet, telle que la surface inférieure du bassin soit absolument lisse et absolument fermée.

Ses 22 observations lui ont donné 2 insuccès : un par pneumonie droite, l'autre par inoculation péritonéale d'un liquide ovarien suppuré, d'où septicémie.

Il conclut que le procédé d'hystérectomie abdominale supravaginale va plus vite que l'autre, ne donne pas de réaction (pas plus qu'un kyste de l'ovaire). Aussi, toutes les fois qu'on peut faire l'hystérectomie supravaginale, il vaut mieux la faire que l'hystérectomie totale. Ce n'est pas à dire qu'il redoute l'hystérectomie totale, quand elle est indiquée, mais l'autre est plus facile, et les résultats sont merveilleusement simples.

M. PÉAN fait une communication sur les **tumeurs multiples de l'utérus et des annexes**. Nous y reviendrons.

M. TOURNAY fait remarquer que les partisans de l'amputation supravaginale sont de plus en plus rares. De même l'engouement pour les pinces à forcipressure a fait place à l'engouement pour les ligatures. Tel est aujourd'hui l'ensemble des principes qui régissent les interventions sur l'utérus.

Dans l'hystérectomie abdominale comme dans l'hystérectomie vaginale, il emploie cependant une méthode mixte, combinant les pinces aux ligatures, ce qui lui permet de combiner les deux sortes d'hystérectomie, s'il y a lieu.

La cause première de l'hystérectomie vaginale réside dans le drainage pelvien, telle est l'opinion de Segond. Mais pourquoi ne pas drainer également la cavité abdominale dans l'hystérectomie abdominale?

Aussi est-il fidèle au procédé suivant : position de Trendelenburg, attirer la tumeur au dehors, mettre des pinces à forcipressure de chaque côté de l'utérus, en mettre une autre plus loin, couper le ligament large, libérer la tumeur, sectionner le péritoine, le décoller, puis ouvrir le cul-de-sac postérieur du vagin. La tumeur n'est plus retenue que par la partie inférieure du ligament large ; il sectionne cette partie inférieure par le vagin. Ainsi il arrive à tirer la tumeur libérée de toutes ses adhérences et de tous ses rapports.

C'est un procédé mixte qui donne toujours d'excellents résultats : 12 fois l'auteur l'a pratiqué, il a eu 2 décès, non imputables à l'opération. On voit que le procédé est sûr et donne d'heureux résultats.

M. DOYEN fait, sur l'**hystérectomie abdominale totale**, la communication suivante :

« Les nombreuses communications qui se sont succédé sur l'hystérectomie abdominale totale depuis la démonstration, en septembre 1892, au Congrès de gynécologie de Bruxelles, de mon premier procédé de décortication sous-séreuse du segment inférieur de l'utérus, témoignent de l'importance de cette nouvelle méthode.

Il s'agit aujourd'hui de discuter la valeur réelle des modifications proposées. Ceux de mes collègues présents qui assistaient au Congrès de Bruxelles, en 1892, se souviennent que l'originalité de mon procédé d'hystérectomie abdomi-

nale totale n'a été contestée par personne, et qu'à la même séance j'ai proposé ce nouveau procédé non seulement pour les fibromes, mais aussi pour les tumeurs juxta-utérines et, en particulier, pour les cas de suppurations pelviennes graves et inopérables par le vagin.

Ma première série, qui comprenait 11 cas, comportait plusieurs observations de tumeurs juxta-utérines et ligamentaires enlevées, pour plus de sécurité, avec l'utérus. Quant à mon premier cas de suppuration pelvienne traité par l'hystérectomie abdominale totale, j'y attachais une telle importance que j'avais fait représenter la pièce en coupe dans les planches qui ont été distribuées au Congrès, et que, dans mon mémoire, j'oppose nettement, à la « castration vaginale totale », la « castration abdominale totale », comme recommandable dans les cas où la première est impraticable, en raison du volume et de l'étendue des lésions.

J'ai, depuis cette époque, pratiqué la castration abdominale totale pour suppurations pelviennes et pour tumeurs juxta-utérines chaque fois que l'indication s'est présentée. Quelques-unes de mes pièces les plus curieuses ont été représentées dans ma *Technique chirurgicale*, figures 419 et 420, par exemple.

Je ne suis donc jamais tombé dans l'erreur de ceux qui ont voulu préconiser, comme méthode de choix dans les cas de suppuration pelvienne, la castration abdominale totale. Je me suis ailleurs suffisamment expliqué sur ce point : toute tumeur extirpable par le vagin doit être attaquée par cette voie. La laparatomie n'est indiquée que lorsqu'elle est évidemment moins grave que l'hystérectomie vaginale.

La castration abdominale totale pour suppuration pelvienne est donc bien une opération française. Elle a été suivie de succès dès mon premier cas, et de plus, je l'ai considérée d'emblée, non pas comme une opération applicable à la grande majorité des cas, mais bien comme une opération d'exception, qui ne devait être tentée que dans les cas graves, où l'intervention vaginale était impossible ou tout au moins très aléatoire. Mais il y a plus ; je prétends qu'il est impossible de soutenir l'originalité de ce prétendu procédé américain, où l'utérus est détaché d'un côté vers l'autre, avec ligature progressive de ce qui vient de saigner. Ce procédé n'est qu'une modification regrettable de mon premier procédé, où je détachais les ligaments larges de haut en bas, pour atteindre le col à la fin de l'opération ou même, dans le cas où le cul-de-sac de Douglas n'était pas accessible, au milieu de l'opération. Je renversais en effet dans ce cas l'utérus de la gauche vers la droite.

Mon premier procédé était supérieur à celui dit « de l'américaine » car je l'exécutais vite, tandis que la méthode que présentent aujourd'hui certains collègues est lente, pénible et laborieuse.

Donc, pour ce qui concerne le procédé dit américain, il ne présente aucune originalité et n'est qu'un dérivé timide et peu rationnel de ma première méthode, déjà sûre, rapide et brillante.

Dans ce premier procédé, je liais les pédicules tubo-ovariens, avant de les attirer dans le vagin, où je les fixais avec deux longues pinces. Ces pinces ne servaient donc pas à l'hémostase, puisqu'il y avait une ligature au-dessus d'elles. Je les ai bientôt supprimées. Les modifications ultérieures que j'ai apportées à ce procédé (avril 1894) sont trop connues pour que je désire les mentionner ici.

J'ai étudié et décrit tous les artifices opératoires qui conviennent aux cas les plus rares et les plus anormaux : énucléation préliminaire de tumeurs rétro-utérines ou d'énormes salpingites purulentes ; section préliminaire des brides ligamentaires qui peuvent s'opposer à l'élévation de l'utérus au-dessus du pubis ; isolement de l'utérus en dernier lieu, après énucléation d'énormes tumeurs juxta-utérines sous-péritonéales de 15 à 20 kilogrammes, etc.

Je puis donc affirmer qu'aucune des méthodes décrites, où le segment inférieur de l'utérus est dépouillé de son enveloppe séreuse, manœuvre proposée pour la première fois par moi en 1892 et de laquelle dépend la bénignité extrême de l'opération, ne saurait réclamer le titre de « procédé d'hystérectomie ».

L'hystérectomie abdominale a traversé plusieurs phases :

1° L'hystérectomie supracervicale, à pédicule externe, avec réduction du pédicule, avec traitement mixte ou rétro-péritonéal du pédicule ;

2° L'hystérectomie totale par la méthode de Freund pour les cancers, de Martin pour les fibromes ;

3° L'hystérectomie abdomino-vaginale de Péan ;

4° Enfin l'hystérectomie totale avec décortication sous-séreuse du segment inférieur de l'utérus, sans hémostase préventive.

Mon procédé d'hystérectomie abdominale a fait tomber la mortalité de cette redoutable opération à 5 ou 6 p. 100. Les chirurgiens les plus compétents qui n'ont pas osé tout d'abord pratiquer l'opération telle que je la conseille, en ne pinçant ou liant que ce qui vient à saigner, arrivent tous à rejeter définitivement les pratiques anciennes d'hémostase. Ma technique opératoire est simple et précise. Ceux qui voudront l'étudier avec soin constateront qu'elle répond à toutes les exigences de l'hystérectomie abdominale dans les cas même les plus compliqués et les plus graves. »

M. PÉAN. M. Doyen dit qu'il ne se sert pas de pinces. Mais les remplace-t-il par des ligatures? D'autre part, à chaque instant, le mot pince revient dans ses discours. Pince-t-il avant de lier? Ou bien ne pince-t-il pas du tout?

M. DOYEN. Mais comment lier les artères sans les pincer? Il a critiqué l'abus des pinces, de ces quarante et cinquante pinces dans le bassin, alors qu'il en prend deux ou trois seulement. Il n'a pas dit qu'il ne faut pas faire d'hémostase, mais il a dit qu'il ne faut faire que l'hémostase indispensable et ne pas l'allonger inutilement.

M. ED. SCHWARTZ (de Paris) a pratiqué l'**urétérocystonéostomie pour remédier à une section de l'uretère pendant une hystérectomie abdominale totale pour fibromes.**

« Malgré les perfectionnements de l'hystérectomie abdominale totale, dit-il, il y a des fibromes utérins, surtout quand ils siègent dans le segment inférieur de l'utérus, qui se confondent, pour ainsi dire, avec l'uretère en l'aplatissant sur eux et dont l'ablation expose à la section du conduit urinaire.

Lorsque le chirurgien aura reconnu séance tenante, une fois la tumeur enlevée, l'accident, quelle devra être sa conduite?

Nous pensons, encouragé par l'observation que nous allons vous présenter, qu'il devra tenter la suture du conduit sectionné ou sa greffe sur la vessie, si le bout périphérique ne peut être trouvé facilement. L'opération se fait dans des conditions très favorables, si l'hystérectomie abdominale a été par elle-même faite dans les délais ordinaires et sans incidents, et le drainage vaginal que nous instituons de

parti pris dans toutes nos ablations abdominales de l'utérus, nous est un sûr garant contre l'infiltration d'urine, si la suture n'était pas étanche.

Voici l'observation de notre opérée.

Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, qui nous est adressée de l'Est pour une volumineuse tumeur abdominale.

Elle entre à l'hôpital Cochin le 19 juillet.

Elle a été réglée à quatorze ans; elle a eu un enfant et une fausse couche. Elle a eu, depuis quatorze ans, des hémorragies qui se sont surtout accentuées depuis cette dernière année.

Elle perd du sang continuellement depuis le mois de mai, d'où un état d'affaiblissement qui ne peut durer sans danger.

L'examen nous montre que toute la partie inférieure de l'abdomen est remplie par une tumeur multilobée dure, surtout à droite, mobile, dépassant un peu l'ombilic. Elle plonge dans le petit bassin. Elle n'est pas douloureuse à la pression.

Au toucher vaginal, on trouve tout en haut, derrière la symphyse pubienne, un petit orifice qui paraît être celui du col, tandis que la partie supérieure du vagin est remplie et élargie par une énorme masse dure et lisse qui refoule le rectum en arrière et la vessie en avant.

Constipation très opiniâtre, envies d'uriner constantes.

L'analyse des urines ne décèle rien d'anormal.

L'état des principaux viscères est bon.

Nous proposons à la malade de la débarrasser de sa tumeur qui est manifestement un gros fibrome développé en arrière et poussant un prolongement dans le col, et nous choisissons la voie abdominale, étant donné le volume et l'étroitesse des voies naturelles.

L'opération est pratiquée le 24 juillet 1897. Anesthésie facile, plan enclavé; incision longue de 15 centimètres : on constate dès que l'abdomen est ouvert que le fond de l'utérus proémine en avant au-dessus de la masse du fibrome qui est enclavé dans le bassin et remonte ensuite jusque dans le ventre. Avec le tire-bouchon de Delagenière nous énucléons la tumeur; il est impossible de la pédiculiser. Nous procédons de gauche à droite à son ablation, sectionnant le ligament large gauche, pinçant l'utérovarienne puis l'utérine et décollant la vessie; le vagin est ouvert puis désinséré sur l'énorme masse que forme le col; à droite nous coupons peu à peu et, à un moment donné, nous sectionnons sans l'avoir vu un conduit aplati ressemblant assez bien à une grosse veine et sur lequel, songeant aussitôt à l'uretère, nous plaçons une pince. La tumeur est enlevée.

C'est alors que nous constatons que la partie en arrière de la pince se remplit d'un liquide qui n'est autre que de l'urine. Nous avons sectionné l'uretère droit très près de la vessie; il est très dilaté et un peu épaissi. Nous ne trouvons pas le bout vésical... Comme l'opération a été rapidement menée (trente-cinq minutes environ), que l'état général de la malade est excellent, nous rejetons l'idée d'aboucher l'uretère au vagin pour faire plus tard une seconde intervention et nous procédons aussitôt à la greffe vésicale. Une sonde introduite et poussée dans la vessie refoule celle-ci vers l'uretère sectionné; elle est ouverte. Une sonde olivaire dont nous enlevons le bout est insinuée par l'orifice vésical dans l'uretère et nous procédons autour d'elle à deux plans de suture : l'un muqueux, autant que possible avec points noués en dehors, l'autre séro-séreux.

La sonde uretérale est laissée à demeure de même qu'une sonde vésicale. Le péritoine est suturé au vagin, le ligament large est refermé par des sutures. Une mèche de gaze iodoformée draine le vagin et s'en va jusqu'à l'endroit ou l'uretère s'abouche dans la vessie. Fermeture du ventre à trois plans. Durée de toute l'intervention une heure un quart après cure d'une hernie ombilicale.

La sonde uretérale a fonctionné, mais il est certain que, vu la quantité d'urine rendue par la vessie, beaucoup de liquide se perd le long d'elle, sans passer par son canal cependant assez large (sonde n° 14).

Jamais il ne s'est écoulé la moindre goutte d'urine par le vagin. La sonde uretérale est enlevée le sixième jour, la sonde vésicale le huitième jour.

La malade part guérie le 20 août.

Le fibrome enlevé, qui envahissait surtout le segment inférieur, pèse $3^{kg}700$. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 27 octobre :

Anatomie. — MM. Cathelin, 14. — Tardif, 13. — Degorce (A.) et Weill (G.), 12. — Du Pasquier, 11. — Daniel, Bony et de Gorsse, 10. — Pasquier, 7. — Brun, 5.

MM. Ballet, Robillard et Sicard, absents à la séance précédente, sont autorisés à se représenter à la fin du concours.

Pathologie. — MM. Leri, 14. — Monod, 13. — Camus, Charpentier, Demerson et Grivot, 12. — Arnal, 11. — Armand-Delille, Bellin et Lacaille, 10. — Dauzats, 9. — Chardin, 6.

— Par décret, en date du 27 octobre 1897, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les docteurs Borély et Vaucel, médecins de première classe de la marine, en retraite.

— Par arrêtés ministériels, en date du 25 octobre 1897, des concours s'ouvriront : 1° le 28 avril 1898, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine d'Alger; — 2° le 9 mai 1898, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Grenoble; — 3° le 9 mai 1898, devant l'École de médecine d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à ladite école; — 4° le 28 avril 1898, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine d'Amiens.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 octobre 1897, un concours s'ouvrira, le 29 avril 1898, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Besançon.

— Un concours pour la nomination aux places d'internes titulaires en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine s'ouvrira le lundi 6 décembre 1897, à midi précis, 2, rue Lobau, où les inscriptions seront reçues de midi à cinq heures, du lundi 8 au samedi 20 novembre 1897 inclusivement.

— En 1898, la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparque (1 200 francs), à l'auteur du meilleur mémoire sur une question de pathologie relative aux affections de l'abdomen.

Les mémoires inédits devront être déposés au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, à Paris, avant le deuxième samedi de janvier. Ils devront porter une épigraphe, et être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Tercinier (de Cognac) et Vetelay (de Bellac).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — — *Voyages circulaires à itinéraires facultatifs.* — Il est délivré, pendant toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des carnets individuels et des carnets collectifs, à prix très réduits, pour effectuer sur ce réseau, en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraire tracé par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent, pour les billets individuels, des réductions très importantes qui atteignent rapidement, pour les billets collectifs, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de 30 jours jusqu'à 1500 kilomètres; 45 jours, de 1501 à 3000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3000 kilomètres. — Faculté de prolongation, à deux reprises, de 15, 23 ou 30 jours suivant le cas, moyennant le paiement d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix total du carnet, pour chaque prolongation. —Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire. — Pour se procurer un carnet individuel ou collectif, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., bureaux de ville et agences de la Compagnie, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte cinq jours avant le départ, à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une provision de 10 francs. — Le délai de demande est réduit à trois jours pour certaines grandes gares.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 126. — MARDI 2 ET JEUDI 4 NOVEMBRE 1897. 70e ANNÉE. MARDI 2 ET JEUDI 4 NOVEMBRE 1897. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons entendu la fin de la discussion sur la cirrhose des buveurs. M. Laborde a achevé l'argumentation qu'il a commencée dans une précédente séance, et M. Lancereaux a répondu en quelques mots à M. Laborde. Comme il arrive toujours en pareil cas, chacun des orateurs est resté avec ses convictions. M. Lancereaux n'a pas plus convaincu M. Laborde que M. Laborde n'a convaincu M. Lancereaux. Il y a deux faits bien certains, dit M. Lancereaux, un fait d'observation et un fait d'expérimentation. Cliniquement, la cirrhose hépatique s'observe surtout et presque exclusivement chez les buveurs de vin; expérimentalement, si l'on donne du bisulfate de potasse à un animal, cet animal devient cirrhotique. En rapprochant ces deux faits, on est amené à conclure que, dans le vin, c'est non pas l'alcool, mais le bisulfate de potasse qu'il faut incriminer au point de vue de la cirrhose hépatique. Il n'en est rien, dit M. Laborde, le vrai, le seul ennemi, c'est l'alcool. Nous voudrions bien tirer de cette discussion une conclusion pratique. Il n'en est qu'une qui s'impose à nos yeux, c'est qu'il vaudrait mieux ne boire ni vin, ni alcools, et si vous voulez absolument boire quelque chose, buvez plutôt du vin non plâtré... si vous pouvez.

Une grande partie de la séance a été occupée par des rapports de prix. M. Charpentier, en analysant les travaux renvoyés à la commission de l'hygiène de l'enfance, a, de nouveau, fait un triste tableau de la dépopulation en France, et il a insisté sur la nécessité de faire tout le possible pour diminuer la mortalité des enfants du premier âge, c'est-à-dire pour favoriser par tous les moyens possibles une bonne application de la loi Roussel.

M. Berger a lu le rapport sur les ouvrages envoyés pour le prix Godard.

Au commencement de la séance, la parole a été donnée à M. Pénières, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, pour la présentation d'un travail sur le traitement des lésions chirurgicales de la tuberculose par les injections sous-cutanées d'euphorbe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Fernet a observé un nouveau cas d'**ostéo-arthrite à pneumocoques** (1). Il est survenu chez un homme de cinquante-six ans, au cours d'une pneumonie, au douzième ou treizième jour; l'arthropathie occupait l'articulation sterno-claviculaire. Par le gonflement considérable au pourtour de l'articulation atteinte, par la crépitation intense que produisent les mouvements des os, l'ostéo-arthrite à pneumocoques rappelle beaucoup les arthropathies tabétiques. Il est probable, du reste, que l'ostéo-arthrite à pneumocoques et l'arthropathie tabétique n'ont aucun point commun dans leur pathogénie.

Une petite fille, en jouant, aspire dans sa trachée un petit morceau d'une perle de jais. A plusieurs reprises, les jours suivants, surviennent des quintes de toux intenses et des accès d'oppression. Ces crises disparaissent pendant dix-huit jours, pour se reproduire encore. Au cours d'un accès de suffocation, l'interne de M. Sevestre, M. Bonnus, pratique, non la trachéotomie, mais le **tubage de la glotte**. Très rapidement le corps étranger fut rejeté dans une quinte de toux. Le tubage peut donc suffire pour l'élimination d'un corps étranger des voies aériennes de petit volume. A remarquer la longue période pendant laquelle le fragment de perle a séjourné dans la trachée ou les bronches sans provoquer aucun accident.

M. Barbier, dans une communication très intéressante, fait connaître ses nouvelles recherches bactériologiques dans la **diphtérie**. En comparant avec soin les phénomènes cliniques aux données de la bactériologie, il est arrivé à cette conclusion importante que l'examen séméiologique du malade permet de reconnaître s'il s'agit du véritable bacille diphtérique ou d'un bacille différent, s'il y a ou s'il n'y a pas association microbienne avec le streptocoque et le staphylocoque.

C'est ainsi qu'au bacille diphtérique vrai correspond le schéma clinique suivant : fausse membrane reposant sur une muqueuse saine, absence de ganglions, pâleur de la face.

Au cours de onze autopsies, les bacilles diphtériques ont été recherchés dans les divers viscères. Ils ont été trouvés

(1) Société médicale des hôpitaux, 29 octobre 1897.

à plusieurs reprises dans les poumons, les ganglions, la rate, le bulbe. Jamais on ne les a vus dans les reins. La localisation des bacilles diphtériques dans le bulbe est très curieuse à relever; leur virulence était toujours très accusée. On se rend mieux compte ainsi de la localisation et de la gravité des accidents nerveux de la diphtérie.

Il faut donc admettre que la diphtérie n'est pas une maladie localisée, que les bacilles cantonnés dans les fausses membranes ne sont pas seuls à présider à la production des toxines; il y a souvent invasion de l'organisme par des colonies bacillaires, et il s'agit nettement alors d'une infection généralisée.

La **benzine** est très employée dans les établissements de teinturerie; à certains jours de la semaine, les ouvriers sont exclusivement occupés au benzinage, c'est-à-dire à traiter les tissus par la benzine pour les dégraisser. Pendant ce temps, ils vivent dans une atmosphère chargée de vapeurs de benzine. Beaucoup d'entre eux en sont incommodés. L'intoxication chronique par cette substance pourrait produire des accidents beaucoup plus graves et même amener la mort; un malade observé par MM. Le Noir et Claude a succombé avec des phénomènes de purpura hémorragique, après avoir présenté pendant plusieurs semaines du saignement des gencives et des poussées de pétéchies.

A l'autopsie, on a trouvé de la dégénérescence graisseuse du foie et des hémorragies multiples dans la muqueuse du tube digestif. Au Congrès de Moscou, on a présenté une série de cas d'empoisonnement par la benzine. Sur 9 cas, il y avait eu 4 morts. Il y aurait donc lieu de réglementer l'usage que font les teinturiers de la benzine et de classer le benzinage parmi les opérations industrielles insalubres et dangereuses.

On nous signale un lapsus qui, dans le compte rendu sommaire que nous avons fait, l'autre semaine, de la séance de la Société des hôpitaux, tend à dénaturer la communication de M. Huchard sur la **bradysystolie**. Les deux bruits du cœur se trouvent très rapprochés, le petit silence est très diminué, le grand silence très augmenté; il y a donc, non pas diminution, comme nous l'avons écrit par lapsus, mais allongement de la phase diastolique de la révolution cardiaque, tout au moins de la phase auditive de la diastole.

MÉDECINE PRATIQUE

Phlébite précoce des tuberculeux.

A la période terminale de la tuberculose pulmonaire chronique, il n'est pas rare d'observer la phlegmatia alba dolens. Mais, à côté de cette phlébite tardive, il en existe une précoce, se rencontrant avant ou pendant le début d'une tuberculose pulmonaire. Celle-ci occupe presque toujours les membres inférieurs, est uni ou bilatérale, et possède une symptomatologie qui est celle de toute phlébite : douleur avec impotence du membre; œdème avec engourdissement; corde veineuse sensible et dure. Toutefois, ces symptômes peuvent se présenter avec des caractères particuliers qu'il importe de connaître.

La douleur est très variable comme intensité. Tantôt elle est violente, continue, rend la marche impossible quand la phlébite est bilatérale, et la moindre pression, le moindre mouvement, suffisent pour provoquer des exacerbations. Tantôt, au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, la douleur est sourde, peu intense, vague, et le malade la localise plus souvent aux masses musculaires qu'aux trajets veineux.

Dans certains cas, la douleur fait entièrement défaut, et c'est l'œdème seul, augmentant par la marche, qui attire l'attention des malades. Cet œdème, qui, généralement, n'est pas considérable, ne manque jamais. Il se présente avec ou sans godet, augmente par la marche et diminue, puis disparaît par le repos; il est souvent localisé à une jambe ou au pied seulement.

La palpation attentive du membre atteint permet de reconnaître, au niveau de la saphène interne, puis de l'anneau crural, ou à la partie supérieure de la saphène externe, au-dessous du creux poplité, un cordon dur, douloureux, long de 5 à 15 centimètres, indiquant l'existence d'une coagulation intraveineuse. Les dilatations veineuses voisines et les traînées de lymphangite de la peau sont exceptionnelles.

Les symptômes généraux sont inconstants; la fièvre, quand elle existe, est de courte durée et oscille entre 38 et 39 degrés.

L'intérêt clinique de cette phlébite, dont le diagnostic ne saurait présenter de difficultés, réside entièrement dans ses rapports avec la tuberculose commençante et souvent méconnue. Il faut, en effet, savoir que, dans certains cas, elle apparaît chez des individus en train de se tuberculiser ou qui se tuberculiseront plus tard. C'est un accident qui prévient le médecin, qui lui permet de découvrir des lésions encore curables chez des sujets dont l'état général est peu atteint. Aussi, quand on ne pourra trouver comme cause de la phlébite aucune des affections (chlorose, rhumatisme, goutte, infections etc.) qui la provoquent, il est indiqué d'interroger le malade sur ses antécédents héréditaires et personnels, de percuter et ausculter avec soin les sommets du poumon : on y trouvera les lésions d'une tuberculose pulmonaire au début, certainement en rapport avec l'infection veineuse. (*Presse méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 novembre 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATION

Traitement des lésions chirurgicales de la tuberculose. — M. Pénières (de Toulouse) lit le résumé d'un travail sur un nouveau traitement des lésions chirurgicales de la tuberculose. Il traite les foyers malades par des injections contenant des fractions de milligramme d'euphorbe, substance qu'il a su rendre maniable et inoffensive. A l'aide de ce moyen il guérit les tuberculoses des ganglions du cou, si fréquentes chez les enfants. Il évite ainsi, par des piqûres qui ne laissent pas de traces, des cicatrices irrémédiables.

Il attaque la tuberculose jusque dans les os et les articulations. Il rapporte l'observation d'un homme encore jeune, qui avait une fonte purulente des os et des parties molles aux deux poignets.

Ce malade était voué à l'amputation, ou tout au moins à une mutilation par la résection. Il est aujourd'hui guéri, et l'auteur apporte une preuve matérielle de ses allégations, en faisant passer sous les yeux de l'Académie trois radiographies du même malade, faites avant, pendant et après le traitement, c'est-à-dire au moment de la guérison. Les os du poignet sont parsemés de points noirs, très nombreux, comme du bois vermoulu, puis les trous se comblent et enfin

les os reprennent leur état normal, à ce moment les fistules qui versaient du pus sont guéries, et le malade, qui ne pouvait ni se moucher ni tenir une fourchette, a pu reprendre sa profession pénible de sculpteur sur bois.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LA CIRRHOSE DES BUVEURS

M. LABORDE termine l'argumentation dont il a communiqué la première partie dans la précédente séance (voy. *Gaz. des hôp.*, p. 1209). Il accorde à M. Lancereaux que, dans quelques cas fort rares, on peut rencontrer la cirrhose du foie chez des buveurs de vin. Mais il est bien loin d'admettre que ce soit exclusivement chez ces buveurs qu'elle se développe. Il invoque à l'appui de cette opinion l'exemple d'un pays étranger, l'Amérique, où on rencontre le véritable alcoolique. Voici, à ce sujet, les renseignements que lui a fournis M. Dupuis, qui a été professeur de physiologie en Amérique et qui a exercé la médecine dans presque toutes les grandes villes de l'Amérique. La cirrhose, dit M. Dupuis, est une affection banale chez l'alcoolique américain. Il existe aux Etats-Unis un nombre considérable d'individus qui ne boivent que du whisky et qui ne boivent jamais de vin. L'Américain ne boit guère que de l'eau glacée aux repas, puis de neuf heures du matin à trois heures de l'après-midi, il boit des quantités énormes d'alcool sous forme de whisky. Or, chez eux, la cirrhose hépatique est très fréquente.

En Vendée on boit surtout du vin blanc; les paysans boivent jusqu'à cinq et six litres de vin blanc par jour. Les buveurs d'alcool sous forme d'apéritifs sont très rares. Or un médecin de ce pays, qui fournit ces renseignements à M. Laborde, écrit qu'il a rencontré très rarement la cirrhose et qu'il ne l'a rencontrée que chez les buveurs d'alcool.

Si on recherche ce qu'ont écrit sur ce sujet les classiques, on voit que M. Jaccoud, par exemple, décrit une inflammation interstitielle du foie à forme cirrhotique chez les buveurs d'alcool, que M. Cornil a maintes fois constaté ces lésions anatomiques dans les nombreuses autopsies qu'il a faites. M. Laborde va plus loin et estime qu'on rencontre ces mêmes altérations sur d'autres organes que le foie. L'alcool, en effet, ne produit pas des lésions sur un seul organe. Avec M. Lancereaux, M. Laborde considère la cirrhose hépatique comme un mode de terminaison, comme un aboutissant anatomique. En effet ce processus fondamental cirrhotique, qui se retrouve sur d'autres organes aussi bien que sur le foie, est précédé d'altérations autres.

M. Laborde a pu voir par lui-même ce qui se passe en Normandie où depuis l'enfant à la naissance, jusqu'au vieillard en passant par la femme, tout le monde est plus ou moins alcoolique. Il a pu examiner 45 sujets au point de vue des altérations hépatiques. Il peut affirmer qu'il n'est pas un de ces alcooliques chez lequel le foie ne présente une augmentation de volume. Il a fait cette percussion du foie avec le plus grand soin et en tenant compte d'un nouveau signe fourni par la radioscopie. Celle-ci, en effet, a permis de saisir un phénomène que nous ne soupçonnions pas aussi marqué; M. Laborde veut parler du déplacement du foie à chaque respiration. Ce déplacement peut aller jusqu'à 4 et 5 centimètres. Il faut donc, pour faire une bonne percussion, placer le malade dans un repos respiratoire aussi complet que possible.

Donc, chez l'alcoolique chronique, il y a toujours des altérations du foie. M. Laborde rappelle ici les expériences qu'ont faites sur des porcs MM. Audigé et Dujardin-Beaumetz. Leur conclusion est formelle à ce point de vue. Les porcs qu'ils alcoolisaient avaient des altérations cirrhotiques du foie. Il résulte donc de tous ces faits que l'alcool produit la cirrhose hépatique.

Reste l'accusation portée par M. Lancereaux contre le bisulfate de potasse. Les expériences de M. Lancereaux ne sont pas concluantes; M. Lancereaux a mêlé du bisulfate de potasse aux aliments qu'il a fait prendre aux lapins. C'est là un procédé défectueux, d'abord parce qu'il est très difficile de doser exactement, en pareil cas, le bisulfate de potasse, ensuite parce qu'après un certain temps les animaux guidés par leur instinct savent très bien séparer les substances étrangères aux aliments. Aussi M. Laborde a-t-il eu soin, dans ses expériences, de recourir à la sonde œsophagienne. Il a pu voir ainsi que tous les sels de potasse ne produisent des effets qu'à hautes doses et ce n'est pas sur le foie qu'ils exercent leur action mais bien sur le cœur. Tous les physiologistes connaissent bien cette action des sels de potasse sur le cœur.

M. Laborde a pris deux chiens, à l'un il a donné du vin plâtré, à l'autre du vin non plâtré. Il arrive à donner à ces chiens jusqu'à un demi-litre de vin par jour. Après une quinzaine de jours, l'animal ne mange plus. Mais pendant ces quinze ou vingt jours de tolérance ces chiens n'ont présenté que l'ébriété vineuse. Il n'a pas été possible de constater autre chose.

M. LANCEREAUX. Il faut six à dix ans pour produire une cirrhose hépatique. Il n'est donc pas étonnant que M. Laborde n'ait pu en obtenir après quinze jours.

M. LABORDE reconnaît ne pas s'être trouvé dans des conditions de temps suffisantes. Mais il a cessé le vin chez un de ces chiens et a fait absorber jusqu'à deux grammes de bisulfate de potasse par jour. Or ce chien n'a rien, aucune altération hépatique. D'ailleurs ne sommes-nous pas nous-mêmes des foyers de bisulfate de potasse? Nous en absorbons des doses considérables en mangeant des pommes de terre. Ne voyons-nous pas les animaux lécher les plâtres et absorber ainsi de grandes quantités de sels de potasse? Si la potasse était aussi dangereuse que veut bien le dire M. Lancereaux, nous serions tous cirrhotiques.

M. LANCEREAUX rappelle qu'il s'agit de bisulfate de potasse et non d'autres sels de potasse.

M. LABORDE répond à cela que les conditions sont les mêmes pour tous les sels de potasse, quels qu'ils soient.

En résumé, M. Lancereaux, on le voit, ne peut pas avoir raison et il faut combattre ou prévenir les conséquences fâcheuses qu'on pourrait tirer de l'opinion qu'il soutient. Le plâtrage des vins, les sels de potasse ne sont pas responsables du mal dont il s'agit. Le véritable, le seul ennemi, c'est l'alcool.

M. LANCEREAUX ne répondra que quelques mots à M. Laborde : il y a deux points qu'il a signalés à l'Académie : 1° quand on interroge les buveurs, on voit que la cirrhose hépatique s'observe surtout chez les buveurs de vin ; 2° quand on donne du bisulfate de potasse à un animal, on produit la cirrhose. Voilà les deux faits indéniables qu'a signalés M. Lancereaux. Il n'a jamais dit que l'alcool ne produisait pas la cirrhose. M. Laborde a cité l'Amérique, mais en Amérique on boit du vin. Contrairement à ce qu'a dit M. Laborde, on ne voit jamais d'artério-sclérose généralisée chez les cirrhotiques; on ne voit jamais non plus de néphrite interstitielle.

M. Lancereaux fait connaître deux communications qui lui ont été adressées : l'une par M. Burtet (du Croisic), qui déclare que l'ouvrier nantais boit presque exclusivement du vin blanc et que, chez lui, la cirrhose hépatique est très fréquente; l'autre, par M. le docteur Baratier, qui affirme que les deux tiers des cirrhotiques sont des buveurs de vin et que les buveurs d'absinthe n'ont pas de cirrhose. Très rare chez les buveurs de vin naturel, la cirrhose devient très fréquente chez les buveurs de vin plâtré.

Tels sont les arguments que M. Lancereaux croit devoir ajouter à ceux qu'il a déjà fournis.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 octobre 1897. — Présidence de M. DELENS.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'OCCLUSION INTESTINALE

M. POIRIER estime qu'il n'y a pas de méthode de choix pour le traitement de l'occlusion intestinale. Le traitement idéal serait évidemment la laparotomie, si on était sûr de trouver toujours chez le malade une résistance suffisante. L'anus contre nature doit donc être préféré, dans certains cas, comme n'offrant pas les mêmes dangers que la laparotomie. Deux fois, M. Poirier a eu à regretter d'avoir fait la laparotomie. Il est vraisemblable que, dans ces deux cas, l'anus contre nature n'aurait pas eu le même résultat fâcheux. C'est donc là surtout une question de flair chirurgical.

Quant aux occlusions intestinales consécutives à l'hystérectomie vaginale, dont on a parlé dans cette discussion, il peut suffire d'introduire le doigt dans le vagin et d'amener ainsi le décollement des adhérences qui se sont produites entre l'intestin et la cicatrice vaginale. M. Poirier a eu l'occasion d'examiner cette cicatrice pelvienne sur quatre cadavres de femmes auxquelles on avait fait l'hystérectomie vaginale. Chez deux de ces sujets, la cicatrice était très souple. Chez les deux autres, il y avait une véritable soudure des anses intestinales avec cette cicatrice. Ces femmes se trouvaient donc dans les meilleures conditions pour avoir des phénomènes d'obstruction intestinale. La conclusion que M. Poirier croit devoir tirer de ces faits, c'est qu'après l'hystérectomie vaginale, il faut purger les malades dès le lendemain, et les purger souvent afin de mobiliser l'intestin.

M. REYNIER ne croit pas que le diagnostic de la cause de l'occlusion soit aussi souvent si difficile qu'on l'a dit. Mais, dans les cas où le diagnostic est vraiment impossible, on ne saurait dire qu'il y a une opération de choix. Cela dépend de diverses circonstances, de l'état du malade, de son degré de résistance, du milieu où on opère. Sans doute, M. Segond, chez la malade dont il a rapporté l'observation, a eu parfaitement raison de faire un anus contre nature, étant donné l'état de faiblesse de sa malade et le milieu peu aseptique dans lequel il était obligé d'intervenir d'urgence. Mais il faut bien reconnaître que l'anus contre nature, loin d'être une opération de choix, est une opération à laquelle on ne se résout qu'à regret. C'est une infirmité épouvantable qu'on ne guérit pas ensuite aussi facilement qu'on l'a dit. Peu de chirurgiens l'accepteraient pour eux-mêmes, et quant à M. Reynier lui-même, il l'a énergiquement refusée, alors qu'on la lui proposait pour une paralysie intestinale dont il était atteint, préférant la mort à un anus contre nature. En principe donc, M. Reynier préfère la laparotomie et si M. Poirier a eu à regretter de l'avoir pratiquée dans deux cas, M. Reynier a eu à regretter de ne l'avoir pas faite dans plusieurs cas. Il cite, par exemple, l'observation d'une femme atteinte d'obstruction intestinale de cause inconnue, à laquelle il fit un anus contre nature. Cette malade allait bien quand survint une nouvelle obstruction à laquelle elle succomba. A l'autopsie, M. Reynier trouva un kyste du mésentère, qui venait comprimer l'intestin grêle au niveau de son abouchement dans le cæcum. S'il avait fait la laparotomie à cette malade, il aurait facilement supprimé chez elle la cause de l'obstruction en enlevant le kyste, et il l'aurait facilement et définitivement guérie. Il y a donc bien des malades qu'on sauverait par la laparotomie, et qu'on ne fait que soulager par l'anus contre nature et en leur infligeant une horrible infirmité. Chaque fois que les malades seront opérables et qu'on se trouvera dans un milieu convenable, il faudra donc préférer la laparotomie et assurer ainsi aux malades une guérison qu'ils n'auront pas à vous reprocher plus tard.

RAPPORTS

M. PICQUÉ fait un rapport sur deux cas de grossesse extra-utérine, communiqués par M. Rochard. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme de vingt-cinq ans, n'ayant jamais eu de grossesse, qui fut prise de douleurs dans le bas-ventre, avec une tuméfaction à droite de l'utérus. On diagnostiqua une lésion des annexes. M. Rochard fit la laparotomie et trouva une tumeur lisse dans la cavité abdominale, qu'aucun pédicule ne fixait. L'utérus était normal. Il s'agissait d'un œuf avec un embryon de deux mois et demi. La malade a bien guéri. Il s'agissait donc d'une grossesse extra-utérine intrapéritonéale avec intégrité des annexes du côté correspondant.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme se plaignant de douleurs hypogastriques, dont le ventre augmentait de volume. On crut à un fibrome ; la laparotomie montra qu'il s'agissait d'une tumeur adhérente partout, sauf à la paroi. C'était un kyste contenant un fœtus de 38 centimètres, macéré. Il s'agissait d'une grossesse tubo-ovarique de plus de sept mois. M. Rochard se demande si, dans ces cas, on doit enlever un ovaire sain. Ce n'est pas l'avis de M. Picqué.

M. ROUTIER estime, avec M. Picqué, qu'on ne doit jamais enlever d'ovaires sains. Il cite, à cette occasion, des malades qu'il a opérées de grossesse extra-utérine et qui ont eu des enfants depuis.

M. HARTMANN cite un cas de grossesse de six semaines greffée sur une trompe saine. Cette grossesse serait devenue ultérieurement une grossesse abdominale. Les examens histologiques ont montré que la trompe reste saine dans les cas de grossesse tubaire. Il n'est pas nécessaire, comme on l'a cru, qu'il y ait une lésion de la trompe dans les cas de grossesse extra-utérine.

M. PICQUÉ confirme l'opinion qu'il a émise qu'il n'y a pas lieu d'enlever les ovaires sains en présence de la pathogénie inconnue de la grossesse extra-utérine. Il exprime le regret que l'examen histologique n'ait pas été fait dans les deux cas de M. Rochard.

Rupture d'un kyste hydatique suppuré du foie. — M. RICHELOT fait un rapport sur une observation adressée par M. Lafourcade (de Bayonne), relative à une jeune femme de vingt-quatre ans, qui présentait les signes d'un kyste hydatique du foie. Cette femme fut prise brusquement d'une violente douleur, avec tous les phénomènes d'une péritonite aiguë, par suite de la rupture du kyste. Cette malade guérit, puis il y eut une nouvelle poussée de péritonite. Comme elle était atteinte de bronchite chronique, on crut à une péritonite tuberculeuse et à un abcès froid sous-hépatique, ouvert dans la cavité abdominale. Une ponction donna issue à un pus verdâtre. La température était à 39 degrés. M. Lafourcade fit la laparotomie médiane vingt et un jours après le début des accidents. Il retira sept litres de pus. Il vit alors qu'il s'agissait d'une énorme péritonite purulente enkystée, très étendue mais circonscrite; l'intestin était isolé, protégé par des fausses membranes. M. Lafourcade évacua la cavité péritonéale, lava et draina. La malade guérit et sa toux, qui n'était qu'un accident réflexe, disparut. M. Richelot croit qu'il s'agissait, dans ce cas, de la rupture d'un kyste suppuré du foie.

Chirurgie abdominale. — M. RICHELOT fait un second rapport sur plusieurs travaux adressés par M. Pauchet (d'Amiens). C'est d'abord l'observation d'une femme de quarante-cinq ans, dont le ventre grossit et qui paraissait atteinte d'un gros kyste de l'ovaire. Un jour, cette malade rendit un flot de liquide par l'anus et la tumeur disparut. Elle se reproduisit quatre ans plus tard ; nouvelle évacuation

par l'anus, mais il restait un fibrome utérin. M. Pauchet fit la laparotomie, trouva un kyste ovarique qu'il enleva, fit l'énucléation de la poche et de l'utérus qu'il n'enleva que partiellement, ferma la plaie utérine, abandonna l'utérus dans le ventre et ne trouva aucune espèce de communication entre la poche kystique et l'intestin. La malade a bien guéri.

Dans un second travail, M. Pauchet donne une statistique de 19 hystérectomies abdominales totales, toutes suivies de guérisons, dont 13 pour fibromes et 6 pour annexites. Des 13 hystérectomies pour fibromes, 11 ont été pratiquées par le procédé de Richelot, 1 par le procédé de Doyen, 1 par le procédé américain.

M. POZZI fait observer que, dans le premier cas rapporté par M. Pauchet, il s'agissait peut-être d'un abcès du péritoine à pneumocoques; on sait que ces abcès sont d'une grande bénignité.

LECTURE

Luxation de la hanche. — M. DEGOUIN, en son nom et au nom de M. Demons (de Bordeaux), communique un cas de luxation sus-pubienne de la hanche, qui n'a pu être réduite. Le malade a succombé cinq heures après l'accident.

PRÉSENTATION

Gastro-entérostomie. — M. TUFFIER présente un malade auquel il a pratiqué une gastro-entérostomie.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine et de thérapeutique (1), publié sous la direction de MM. BROUARDEL et GILBERT.

Le tome IV du « Traité de médecine », publié sous la direction de MM. Brouardel et Gilbert, renferme l'histoire des maladies du tube digestif et du péritoine. Les maladies de la bouche et du pharynx ont été traitées par MM. J. Teissier et G. Roque (de Lyon); celles de l'estomac, par MM. Hayem et Lion; celles de l'œsophage et de l'intestin, par M. Galliard; M. Laboulbène a écrit le chapitre consacré aux vers intestinaux; MM. Hutinel et Thiercelin ont signé l'exposé de la dyspepsie et de la diarrhée chez les enfants, M. E. Dupré le chapitre : Maladies du péritoine.

Comme dans les volumes précédents, il a été donné à la séméiologie et à la pathologie générale une place qu'on leur refuse habituellement dans les traités de pathologie; l'innovation très heureuse mérite d'être encouragée. A notre époque, la pathologie générale tend à prendre partout le premier rang; les faits recueillis par l'observation sont de plus en plus nombreux; l'histoire clinique des maladies est fouillée dans ses moindres détails et, sans un lien entre ces notions éparses, sans des idées suffisamment nettes de pathogénie et de séméiologie générales, ce serait un chaos inextricable de notions analytiques. La pathologie générale est la philosophie de la médecine : grâce à elle, les faits de détails se groupent et s'éclairent; il devient beaucoup plus facile et beaucoup plus intéressant d'observer les malades et de retenir l'histoire des maladies.

Avec des qualités différentes, les divers chapitres de ce volume sont très bons. Il serait sans utilité de les analyser les uns après les autres.

Nous attendions avec impatience et nous avons lu avec une grande curiosité et un très vif intérêt l'article consacré par MM. Hayem et Lion à l'étude des maladies de l'estomac. Contrairement à ce qui a lieu ordinairement dans un traité de pathologie, les auteurs ont été amenés à attribuer dans cet article la part la plus importante, non à l'exposé des travaux publiés de divers côtés par des auteurs différents et à leur critique, mais à l'exposé d'idées personnelles basées sur des recherches originales. En agissant ainsi, ils ont eu certainement la conscience de marquer une nouvelle étape dans l'histoire des maladies de l'estomac, si profondément travaillée et remaniée depuis une quinzaine d'années.

Comme on devait s'y attendre, ils font dériver la dyspepsie tout entière de la gastrite. Mise au premier plan par Broussais, la gastrite avait, en France, perdu beaucoup de terrain. Les Allemands, au contraire, restaient fidèles au catarrhe de l'estomac : formule vague, mais élastique, qui leur permettait d'expliquer les phénomènes dyspeptiques de tout ordre. Il y a une dizaine d'années, comme l'analyse du contenu de l'estomac ne leur indiquait pas toujours une viciation de son chimisme, ils firent intervenir des troubles d'innervation d'origine névropathique pour expliquer la pathogénie de la plupart des états dyspeptiques. En France, on avait été amené, par des raisons d'un autre ordre, à donner également une place prépondérante à la névrose. On avait remarqué que la dyspepsie est extrêmement fréquente chez les névropathes, qu'elle revêt souvent les allures capricieuses d'une manifestation névropathique, qu'elle suit, dans ses périodes successives d'exacerbation et d'atténuation, les fluctuations de l'état nerveux et que ses poussées sont souvent déterminées par des causes occasionnelles qui portent surtout leur action sur le système nerveux. Mais voici que M. Hayem, se basant sur les études microscopiques faites dans son laboratoire, remet la gastrite au premier rang; il ne donne à la névrose qu'un rôle secondaire et purement symptomatique. Que doit-on penser de ce revirement dans l'histoire de la dyspepsie?

Dans l'exposé très net et très clair de MM. Hayem et Lion, il faut distinguer les faits et la doctrine.

Voyons tout d'abord les faits : ils doivent toujours avoir le pas sur la doctrine. M. Hayem, aidé de ses élèves, a apporté un certain nombre de données anatomiques, d'une incontestable importance.

Grâce à l'examen microscopique, il a montré la fréquence très grande des lésions de gastrite dans l'estomac humain. Il résulterait de ses recherches que l'estomac de l'homme n'est presque jamais exempt de lésions plus ou moins étendues. D'autre part, il y a dans ces gastrites des variétés anatomiques bien nettes. La lésion peut porter sur le tissu conjonctif interstitiel et sur l'élément cellulaire lui-même; elle aboutit le plus souvent, lorsqu'elle est très étendue, à la destruction de l'appareil glandulaire et à la suppression de la sécrétion chlorhydro-peptique. On le savait déjà et le mérite de M. Hayem et de ses élèves a été de mieux étudier les modalités diverses des dégénérescences cellulaires. La classification qu'il en donne n'est peut-être pas définitive et il est possible que certaines de ces prétendues lésions ne soient que des modifications physiologiques des cellules glandulaires ou le résultat de phénomènes d'auto-digestion *post mortem*. Quoi qu'il en soit, M. Hayem aura le mérite d'avoir le premier fait l'étude systématique de ces dégénérescences cellulaires; il aura aussi celui d'avoir décrit la gastrite avec prolifération des cellules sécrétantes. Gluzinski et Korczinski avaient signalé la prédominance des cellules bordantes qui semblent présider à la sécrétion chlorhydrique, sur les cellules principales, dans plusieurs cas d'ulcère rond, et ils en avaient fait la lésion caractéristique du catarrhe acide. Ils pensaient que les cellules bordantes, grâce à leur activité excessive, avaient digéré les cellules principales. L'interprétation que M. Hayem donne du fait anatomique est certainement préférable. La multiplication des cellules bordantes est le résultat d'une véritable irritation inflammatoire; du reste, dans certains cas, on peut constater la mul-

(1) T. IV, 1 vol. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

tiplication parallèle des cellules bordantes et des cellules principales, et ces éléments cellulaires présentent des signes de division nucléaire en rapport sans doute avec un véritable état d'irritation inflammatoire.

Où commence l'inflammation? voilà qui est plus difficile à déterminer. L'estomac est soumis trop souvent à des irritations alimentaires excessives. Elles exaltent sa fonction; en conséquence, les éléments cellulaires de son système glandulaire tendent à s'hypertrophier et à se multiplier de façon à parvenir, dans chaque cas particulier, au maximum de leur développement; il n'y a rien là que de physiologique. A-t-on le droit de dire qu'il y a gastrite dès que les cellules bordantes deviennent plus nombreuses et plus grosses qu'à l'état normal? Cela ne nous paraît nullement démontré.

Entre les gastrites qui amènent la prolifération des éléments glandulaires et celles qui amènent leur destruction, il existe une série de faits intermédiaires qui doit comprendre des faits correspondant, au point de vue fonctionnel tout au moins, à l'état normal.

D'après M. Hayem, les viciations du chimisme que la méthode inventée par M. Winter, dans son laboratoire, permet de faire avec une grande précision, pour ce qui concerne les éléments chlorés, correspondent à des lésions glandulaires. A la prolifération des cellules sécrétantes correspond l'hyperchlorhydropepsie. Les altérations chimiques du contenu de l'estomac sont la conséquence des altérations anatomiques de l'appareil glandulaire, elles permettent de les diagnostiquer. Rien de plus simple que cette conception; elle nous paraît s'appuyer sur des faits incontestables.

Doit-elle dominer l'histoire et la classification clinique des dyspepsies? C'est une autre affaire.

L'estomac n'est pas constitué exclusivement par un appareil glandulaire, il est formé aussi par une poche musculaire d'une innervation riche et complexe. En dehors des viciations de la sécrétion, il faut aussi donner une place à la motricité et à la sensibilité. Or, il se trouve que, dans la pathogénie des dyspepsies douloureuses, qui intéressent surtout le clinicien, l'innervation de l'estomac, sa motricité et sa sensibilité jouent un rôle beaucoup plus important que la sécrétion. L'observation a démontré, d'une façon irréfutable, que, si la motricité de l'estomac demeure suffisante, les viciations du chimisme passent absolument inaperçues et même qu'elles sont parfaitement compensées; les phénomènes douloureux ne se produisent que s'il existe une viciation de la sensibilité stomacale, dont l'explication doit être le plus souvent cherchée dans un état préalable de névrose. Par contre, la viciation de la motricité entraîne ou exagère souvent la viciation de la sécrétion.

Il n'y a donc pas intérêt à partir de l'anatomie pathologique pour tracer l'histoire des états dyspeptiques. L'article de MM. Hayem et Lion le démontre, du reste, de la façon la plus nette. Après avoir décrit avec un soin minutieux les diverses variétés anatomiques de gastrite, ils en sont réduits à faire une description clinique commune des états dyspeptiques qui doivent leur correspondre; ce n'est qu'à propos du diagnostic qu'ils indiquent comment l'examen chimique pourra permettre de déterminer les altérations anatomiques sous-jacentes.

A notre sens, le progrès, dans la connaissance des états morbides, consiste avant tout à déterminer leur pathogénie et leur physiologie. La connaissance des lésions n'a de valeur que si on peut déterminer leur physiologie pathologique; ce qu'il importe de savoir, c'est comment fonctionne un organe malade, et, dans les viciations du fonctionnement, il convient de ne pas considérer seulement l'une des parties constituantes de l'organe, il faut envisager l'ensemble. En ce qui concerne l'estomac, les viciations de la motilité, de la sécrétion et de la sensibilité, doivent être simultanément prises en considération; on ne doit pas subordonner complètement, et pour tous les cas, l'un de ces facteurs aux deux autres.

Encore une fois, ces réserves sur la doctrine ne nous empêchent pas d'avoir la plus grande estime pour les recherches faites et dirigées par M. Hayem, et pour l'effort de systématisation dont le récent article du *Traité de médecine et de thérapeutique* est un exposé d'ensemble d'une grande netteté. La vérité est sans doute dans un éclectisme impartial, et si l'édifice construit par M. Hayem n'est pas conservé, la plupart des matériaux pourront en être utilisés sous un autre plan.

Le chapitre consacré à l'ulcère rond est un véritable modèle d'exposition. MM. Hayem et Lion apportent de nouveaux faits à l'appui de la doctrine de l'auto-digestion. Dans presque tous les cas, ils ont trouvé de l'hyperchlorhydrie pendant la vie, la multiplication des cellules sécrétantes à l'autopsie, et ils admettent qu'il y a à la fois, pour produire l'ulcère rond, diminution de la circulation et de la vitalité de la muqueuse stomacale, sur certains points, et auto-digestion. Il nous paraît démontré que, dans le plus grand nombre des cas, la gastrite avec multiplication, sur la plus grande partie de l'estomac, des cellules qui président à la sécrétion chlorhydropeptique, avec gastrite interstitielle sur certains points, est la cause du processus d'ulcération.

Le chapitre cancer de l'estomac est également très bon. On y trouvera un exposé personnel des variétés anatomiques du cancer très intéressant, bien que la division adoptée soit un peu complexe.

A. MATHIEU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Laporte vient d'interjeter appel, et c'est en toute confiance que nous attendons la revision de ce regrettable procès.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 29 octobre :

Anatomie. — MM. Chauveau, Follet et Stanculéanu, 13. — Weil (B.), 11. — Fossier et Sabatié, 10. — Talandier, 9. — Theuveny, 8. — Ferry (A.), 7. — Tabary, 6. — Sudaka, 5.

Pathologie. — MM. Boissier, Elias et Pamard, 13. — Chevalier, 12. — Grenet et Nicaise, 11. — Fouquet, 10. — Duclaux et Monier, 9. — Cottu, 8. — Cruchaudeau et Eloy, 5.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Nancy s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes. — MM. Garnier, Vial, Ancel, Mathieu (Paul) et Gross.

Internes provisoires. — MM. Grosmaire et Perrin.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Lafitte-Dupont.

M. Barbe est nommé prosecteur adjoint.

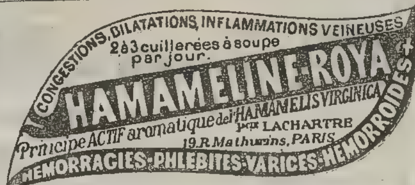
— *Conférence d'internat.* — MM. Barbarin, Henri Bernard, Labey et Lereboullet commenceront leur conférence d'internat, le samedi 20 novembre, à deux heures un quart précises, à la Charité (amphithéâtre Velpeau) et la continueront les samedis suivants, à la même heure.

— La Société des peintres-lithographes ouvrira sa première exposition, le 4 novembre prochain, de dix heures à cinq heures, à la galerie des artistes modernes, 19, rue Caumartin.

On y verra notamment, parmi les œuvres de nos plus distingués peintres-lithographes, une exposition d'ensemble des œuvres de Fantin-Latour.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE ROYA
Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
Phie LACHARTRE
19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, VARICES, HÉMORROÏDES



N° 127. — SAMEDI 6 NOVEMBRE 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 6 NOVEMBRE 1897. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

LA MOBILISATION MÉCANIQUE PROLONGÉE

COMME MÉTHODE GÉNÉRALE DE TRAITEMENT DE CERTAINES ANKYLOSES (1)

Par le docteur PHOCAS (de Lille).

Je demande la permission à l'Académie d'exposer en quelques mots un moyen de traitement qui, par son innocuité et son indolence, me paraît destiné à rendre quelques services.

Il est bien admis aujourd'hui que le mouvement d'une articulation ne revient que par le mouvement, et les ankyloses fibreuses, qui sont les plus fréquentes, bénéficient du massage méthodique, scientifique et honnête, grâce aux mouvements patients qu'on leur imprime. Mais le massage le plus doux ne va pas sans provoquer une certaine douleur. A un moment donné, il faut bien arriver à imprimer des mouvements étendus à la jointure et à provoquer la douleur. On est d'ailleurs assez partisan des idées de Malgaigne, qui considérait la douleur comme un guide pour le chirurgien. C'est, en somme, au redressement *partiel*, *répété à petites doses*, mais *brusque* et *manuel*, qu'on a plus souvent recours. Ce redressement est douloureux. Tous les autres moyens inventés ne sont pas exempts de douleur. Les appareils mécaniques de Fabrice de Hilden, Mengel, Bouchet-Delpech, Duval, Bonnet demandent la participation du malade, qui, *patiemment*, et au prix de quelques douleurs, arrive à mobiliser sa jointure.

Enfin, la mobilisation sous le chloroforme aurait pu être la méthode de choix, car elle supprime la contracture, évite la douleur et permet, par conséquent, une mobilisation facile et prompte. Malheureusement, les résultats consécutifs de cette mobilisation ne sont pas toujours parfaits. En effet, les mouvements ayant acquis en peu de temps leur maximum d'amplitude, l'articulation a été soumise à une violence telle qu'une réaction inflammatoire ne tarde pas à se réveiller, réaction qui compromet gravement le résultat acquis. Aussi l'immobilisation est de rigueur après une séance de mobilisation sous le chloroforme et la répétition des mouvements et du massage ne doit se faire que quelques jours après.

Les inconvénients de toutes ces méthodes de traitement sont manifestes, et tous ces inconvénients sont aggravés par l'impatience des malades et la peur de la douleur. Sur l'adulte on peut encore, à force de persuasion, obtenir quelque chose. Mais sur l'enfant la chose devient souvent impossible. Combien de fois n'a-t-on pas abandonné des ankyloses de l'enfant qui auraient pu être mobilisées et guéries, à cause de l'indocilité des petits malades? La résection orthopédique elle-même sur l'enfant devient parfois insuffisante à assurer le mouvement, le malade se refusant catégoriquement à toutes les manœuvres consécutives de la mobilisation.

Il fallait trouver un moyen qui permît de mobiliser la jointure, sans éveiller ni *douleur*, ni *réaction locale*. Ce résultat ne pouvait être obtenu que par la répétition fréquente et prolongée de petits mouvements indolents, où la *continuité de l'effort* devait suppléer à l'insuffisance de la force ou de l'étendue du mouvement. On ne pouvait mieux confier cette continuité et cette uniformité de l'effort qu'à une *machine*. Placée en dehors de la volonté du malade, la force mobilisatrice pourrait ainsi fonctionner à l'aise pendant un espace de temps très long. Mais il fallait aussi que cette mobilisation mécanique fût indolente, et par conséquent réglée mathématiquement, de manière à pouvoir être supportée longtemps.

Toutes ces conditions ont été remplies, et ce que la théorie me faisait prévoir, la pratique est venue le confirmer.

Voici dans quelles circonstances je fus amené à réaliser cette idée :

Un enfant âgé de douze ans et demi est entré dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur, le 2 septembre dernier, pour une fracture mal consolidée de l'extrémité inférieure de l'humérus. La fracture datait de six semaines, et elle n'a pas été traitée. Le coude n'était pas bien douloureux, mais il était ankylosé dans la position rectiligne. Aucun mouvement ni spontané, ni provoqué, ne pouvait lui être imprimé. Je pensai bien avoir affaire à une véritable ankylose serrée. Aussi, le 14 septembre, j'ai endormi l'enfant au chloroforme pour explorer la jointure et faire le nécessaire, c'est-à-dire pratiquer au besoin l'ostéotomie de l'olécrâne. Sous le chloroforme le coude restait au premier abord encore immobile, mais en persistant dans les tentatives de

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1209.

mobilisation, je parvins à lui imprimer quelques légers mouvements.

En exagérant la flexion, je sens des craquements fibreux et en fin de compte je mobilise complètement la jointure. Tout cela n'a pas exigé un long espace de temps et la mobilisation a été telle que j'espérai obtenir un excellent résultat.

Je fais un appareil ouaté et je me propose de laisser passer la réaction inflammatoire, bien persuadé que la mobilisation consécutive serait facile.

Le lendemain, le coude était gonflé et il a fallu attendre huit jours avant de procéder à une mobilisation méthodique, à cause du gonflement et de la sensibilité.

Quand, au bout de ce laps de temps, j'ai voulu reprendre la mobilisation lente, je me suis trouvé en présence d'une ankylose aussi serrée en apparence qu'avant la chloroformisation. Ma séance sous le chloroforme n'a pas servi à grand'chose. C'est alors que j'eus l'idée de soumettre ce coude à une mobilisation lente, méthodique et continue. J'ai prié mon collègue, M. Douner, de trouver un appareil, qui puisse s'adapter à un moteur hydraulique qu'il possède à son service d'électrothérapie et d'atteler à cet appareil actionné par le moteur le coude de notre malade.

M. Douner, avec son obligeance habituelle, a bien voulu me faire construire cet appareil réglé de façon à pouvoir transformer le mouvement rotatoire en un mouvement horizontal qui se transmet au coude. Ce mouvement d'une amplitude de 4 à 5 centimètres peut être diminué encore. Il est inutile de dire qu'il est fréquent et régulier.

Le 1er octobre, nous attachons à cet appareil le poignet, le bras de l'enfant étant solidement fixé à un tabouret, l'enfant assis aussi commodément que possible, et nous commençons la mobilisation du coude en la prolongeant pendant deux heures par jour. Les premières fois, je constate que l'articulation supporte admirablement cette mobilisation.

Je fais faire alors des séances plus longues et j'arrive à tenir l'enfant quatre heures attelé à son appareil. Si les séances n'ont pas été prolongées davantage, cela tient à ce que notre installation était primitive et que l'enfant était mal assis, mais la douleur est nulle et il nous est arrivé de trouver notre jeune malade endormi pendant que son coude travaillait.

Pour raccourcir cette observation, actuellement, après trente heures de mobilisation, le coude, qui ne pouvait pas bouger, peut se fléchir jusqu'à l'angle droit. De plus, ces mouvements ne sont pas seulement passifs, ils sont actifs. L'enfant plie facilement son coude, porte la main à la bouche ou derrière sa tête, travaille avec son bras et présente, en un mot, une telle amélioration que la guérison ne fait plus de doute. Ajoutons qu'il se soumet de bonne grâce à son traitement, qu'il trouve amusant.

Ce résultat m'a paru intéressant à faire connaître, car, si je ne me trompe, il nous trace une voie facile à suivre et nous présage une méthode nouvelle et féconde en applications thérapeutiques.

Cette méthode, que j'appellerai la *mobilisation continue*, est analogue à l'*extension continue*. De part et d'autre, le succès réside dans la continuité de l'effort. Ce qu'on perd en force, on le gagne amplement dans la répétition uniforme et très prolongée du mouvement. Les progrès de la mobilisation s'obtiennent insensiblement par degrés, avec une patience automatique — la patience d'une machine.

Enfin, résultat qui mérite d'être consigné, ces mouvements ne sont pas nuisibles et ne produisent ni douleur, ni réaction articulaire.

P.-S. — Depuis ma communication à l'Académie, trois autres ankyloses du coude ont été soumises à la mobilisation continue. Une petite fille de cinq ans, très sensible, qui ne permettait pas qu'on s'approchât de son coude, a pu supporter, *en riant*, pendant une heure, sa première séance de mobilisation. Aucun de nos malades n'a présenté de douleurs ni de réactions consécutives. Les cas sont trop récents pour qu'on puisse en dire davantage.

QUATORZE CAS DE MAL PERFORANT

TRAITÉS PAR ÉLONGATION DES NERFS (1)

Par A. Chipault,

Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

J'ai déjà, à plusieurs reprises, en 1895 et 1896, il y a six mois enfin devant l'Académie de médecine, signalé la possibilité de guérir rapidement et définitivement les maux perforants plantaires par l'élongation des nerfs se rendant au territoire occupé par l'ulcération.

Le nombre de mes observations ayant, depuis ma dernière étude à ce sujet, presque doublé, — il est aujourd'hui de quatorze, — je crois intéressant de rappeler en quelques mots la technique opératoire et l'intérêt thérapeutique de cette intervention.

Sa technique est, comme vous pensez bien, des plus simples; elle comprend deux temps :

1° L'élongation même du nerf, élongation qui se fera ni trop loin ni trop près des lésions trophiques. Une élongation éloignée porterait inutilement plus près de la moelle : or, les très nombreuses élongations faites jadis sur les gros troncs ont démontré que cette élongation n'était pas sans dangers et qu'elle n'avait que peu ou pas d'influence sur les troubles trophiques siégeant à l'extrémité du membre. D'autre part, les élongations faites très près de l'ulcération, et portant sur les petits filets nerveux du dos ou de la plante du pied, me paraissent, elles aussi, défectueuses, et cela pour des raisons multiples; en effet, les troubles trophiques, dont l'ulcération n'est que le principal, s'étendent d'ordinaire bien au delà du domaine de l'un de ces filets; de plus, leur découverte est particulièrement difficile, à cause de leur extrême petitesse; enfin, s'il est indifférent d'opérer en plein œdème trophique (une de mes observations le démontre), il pourrait ne point l'être de créer une plaie opératoire au voisinage du foyer d'infection qu'est le mal perforant le mieux pansé. Ce n'est donc ni loin ni près du mal perforant qu'il faut pratiquer l'élongation du nerf, l'énumération des élongations que j'ai pratiquées suffisant pour expliquer ce que j'entends par là : 9 fois je me suis adressé aux plantaires interne et externe réunis, 1 fois au plantaire interne seul, 1 fois au collatéral interne du gros orteil, 3 fois au saphène externe sur le bord du tendon d'Achille. Quant à l'élongation du nerf découvert et bien dégagé des parties environnantes, je l'exécute, soit avec le doigt, soit avec une pince, en exerçant les tractions, de préférence, vers son bout périphérique.

2° Le second temps de l'intervention consiste dans la toilette de l'ulcération trophique : curage, ablation des os né-

(1) Communication au Congrès de chirurgie.

crosés, abrasion des bords épidermisés, en un mot, transformation de l'ulcération circulaire infecte en une plaie ovale propre, dont les bords sont suturés l'un à l'autre.

Je n'ai pas besoin de dire que, avant ce second temps, la plaie d'élongation aura été recouverte d'un pansement bien isolateur, et que ce pansement restera, au moins dans ses parties profondes, séparé jusqu'à la fin du pansement, moins sûrement aseptique, qui recouvre le mal perforant nettoyé.

Telle est la technique que j'emploie dans le traitement des maux perforants.

Sur 14 cas, elle m'a donné 2 insuccès et 12 succès complets.

a. J'appelle insuccès deux cas où l'ulcération, cicatrisée lors du pansement opératoire, récidiva aux premiers essais de marche : la désinfection de l'ulcère, le repos du malade auraient suffi pour obtenir ce résultat transitoire; l'élongation n'a donc eu, dans ces deux cas, aucun effet thérapeutique.

b. Mes douze succès peuvent se partager en deux catégories :

1° Trois fois, la cicatrisation du mal perforant a nécessité plusieurs pansements. Une fois, chez un malade porteur de plusieurs maux perforants par gelure, ce retard a été dû à l'impossibilité où j'avais été de rapprocher complètement les lèvres des maux perforants nettoyés; une autre fois, chez un diabétique, je n'osai pas, à cause de l'étendue de la plaie que j'avais dû créer pour enlever toutes les parties malades, et, aussi, à cause du peu de vitalité des tissus environnants, rapprocher les parois de l'ulcération qui, au second pansement, s'infecta légèrement ; enfin, chez un troisième malade, le curage de l'ulcère avait été fait incomplètement, et plusieurs pansements furent nécessaires pour obtenir sa désinfection complète. Malgré tout, dans ces trois cas défavorables, après un laps de temps de quinze jours à trois semaines, l'ulcération trophique s'était comblée et recouverte d'épiderme : elle s'était cicatrisée par seconde intention; naturellement la plaie d'élongation était, dans ces trois cas, depuis longtemps fermée.

2° Neuf fois du reste, chez quatre ataxiques, un diabétique, un syringomyélique, trois alcooliques, j'ai obtenu la réunion primitive sous un seul pansement, non seulement de la plaie d'élongation, mais encore du mal perforant traité : celui-ci, transformé lors de l'opération en plaie longitudinale à bords rapprochés et suturés, s'est comporté comme une incision aseptique quelconque : il s'est complètement réuni, tandis que la peau environnante reprenait un aspect et une souplesse absolument normaux.

J'ai donc, par la technique que j'ai indiquée, obtenu douze réunions complètes de maux perforants : trois réunions secondaires, et neuf réunions primitives, celles-ci sous un seul pansement.

Ces douze maux perforants sont restés parfaitement guéris, pendant tout le temps où j'ai pu les suivre; or, pour quatre d'entre eux, ce temps a été de près de trois ans; et pour les autres, d'un an à quatre mois : tous mes opérés ont repris leurs occupations et leur existence habituelles, et, certes, un certain nombre d'entre eux étaient et sont encore dans les pires conditions d'hygiène que l'on puisse imaginer.

Il n'est pas inutile d'ajouter que les maux perforants dont je viens de parler étaient, quelle qu'en fût la cause, des maux perforants graves, anciens et profonds, pour la plupart avec lésions osseuses, c'est-à-dire des maux perforants dits incurables, et non de ces érosions ou desquamations superficielles que l'hygiène et le repos suffisent pour améliorer et même pour guérir, au moins provisoirement.

Reste à se demander quelle a été, dans ma technique, la cause des intéressants résultats que j'ai obtenus. Je crois que ses deux temps, élongation nerveuse et nettoyage de l'ulcère, y ont eu chacun leur part. Celle du nettoyage de l'ulcère n'est pas négligeable ; il est au moins inutile de demander à l'élongation du nerf d'agir sur les infections qui viennent toujours se greffer sur l'ulcération trophique. Mais la part de l'élongation est évidemment essentielle, et cela pour des raisons multiples; tout d'abord, le nettoyage pur et simple de l'ulcère ne suffit pas pour assurer sa guérison durable : j'en appelle au témoignage de tous les chirurgiens qui, ayant pratiqué cette petite intervention, ont vu le mal perforant ne guérir qu'en partie ou récidiver dès que le malade se levait. D'autre part, l'élongation, sans nettoyage topique, permet à elle seule la guérison, un peu plus lente que si le nettoyage avait été fait, mais ici encore définitive, du mal perforant : ces trois réunions secondaires dont je vous parlais tout à l'heure en sont la preuve. Enfin l'action curatrice de l'élongation se limite exclusivement au territoire du nerf élongé : les parties voisines, qui sont pourtant sous le même pansement, dans les mêmes conditions de repos et de propreté, restent absolument indifférentes.

Mon excellent confrère, le docteur Finet, me permettra de citer à ce sujet une observation qu'il a bien voulu m'envoyer et qui constitue, à ce sujet, une véritable expérience physiologique. Il avait à traiter un malade atteint de deux maux perforants : l'un sous la tête du premier métarsien, l'autre sous la tête du cinquième : le premier, par conséquent, sur le territoire du nerf plantaire interne, le second sur le territoire du nerf plantaire externe. L'élongation du nerf plantaire interne est pratiquée : le mal perforant correspondant guérit seul, et reste guéri. Six mois plus tard, élongation du nerf plantaire externe : le mal perforant, siégeant sur son territoire et qui ne s'était absolument pas modifié lors de l'intervention sur le plantaire interne, guérit à son tour : il serait difficile de demander une confirmation plus « expérimentale » de l'influence curatrice exercée par l'élongation.

Je me crois donc autorisé à conclure : l'élongation des nerfs à distance moyenne permet d'obtenir par première intention la guérison durable des maux perforants plantaires les plus invétérés et d'ajouter : il est probable qu'une intervention analogue aurait une influence de même ordre sur les ulcérations trophiques d'autre siège, par exemple sur les ulcérations des moignons, et sur certaines, au moins, des affections de la peau, zoniformes, zostériformes ou autres, dont les caractères ou la topographie permettent d'affirmer la pathogénie trophique.

APPENDICITE

COMPLIQUÉE DE SEPTICÉMIE ET D'ANUS CONTRE NATURE; ENTÉRORRAPHIE; GUÉRISON (1)

Par le docteur Rioblanc (de Lyon).

Le malade dont voici l'observation est un soldat de vingt-deux ans entré dans mon service de l'hôpital Desgenettes, le

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 1214.

6 janvier 1897, pour une appendicite suppurée. L'incision classique (10 janvier) m'avait permis d'évacuer environ un demi-litre de pus et avait ramené la température à la normale, lorsque brusquement, le 17, elle s'éleva à 40 degrés et s'y maintint pendant quinze jours, accompagnée de délire, diarrhée, muguet, état septicémique de la plus haute gravité. Comme phénomènes locaux, congestion pulmonaire, puis pleurésie purulente.

L'empyème dut être pratiqué le 24, sur un malade qui semblait agonisant.

Bientôt les plaies thoracique et abdominale se désunirent et prirent l'aspect septicémique, le cæcum fut mis à nu sur une large étendue et se sphacela; aussi lorsque, grâce aux injections répétées de sérum artificiel et aux toniques de toute nature, le blessé triompha enfin de cette grave infection, il resta un anus contre nature par lequel passait la presque totalité des matières fécales.

Intervenant pour la troisième fois chez ce malade, j'ai fermé cet anus, le 5 juin, à l'aide d'une incision péritonéale d'emblée par laquelle j'ai pu sans difficultés attirer le cæcum et l'anus tamponné, exciser le trajet et pratiquer une entérorraphie latérale tout à fait en dehors de l'abdomen et loin des anses intestinales bien protégées par des compresses. J'ajoute qu'ayant rencontré l'appendice volumineux et coudé par la cicatrice de son ancienne perforation, je l'ai enlevé. Guérison parfaite.

Cette observation constitue un exemple intéressant de suppurations à distance dans l'appendicite, une preuve de plus de l'efficacité des injections de sérum et un nouveau fait apporté à l'étude du traitement des anus contre nature et des fistules stercorales. Je me range complètement à l'opinion défendue successivement par Trélat, Le Dentu, Gangolphe; je crois que, dans les cas justiciables de l'entérorraphie, ouvrir le péritoine à une certaine distance du trajet est le meilleur moyen d'arriver à fermer celui-ci sans infecter la séreuse. Comme procédé de sutures intestinales, j'ai employé avec succès et je conseille le procédé de Chaput (1894); suture perforante affrontant toute l'épaisseur des lèvres de la plaie intestinale, muqueuse comprise, puis par-dessus deux plants de suture séro-séreuse de Lembert. Pour éviter la distension gazeuse de l'intestin, si redoutable pour les sutures, il faut prescrire l'opium et évacuer rapidement l'intestin.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

XIe Congrès

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

M. LE BEC (de Paris) fait l'**hystérectomie totale pour gros fibromes**. Ce procédé avec deux ligatures seulement sur les utérines a été appliqué à toutes les variétés de fibromes, savoir : fibromes avec kystes des ovaires, 8 fois; fibromes avec grosses salpingites, 3 fois; fibrome avec cancer ulcéré de l'utérus, 1 fois; fibromes avec adhérences très étendues aux parois du bassin, 7 fois; fibromes totalement adhérents nécessitant le morcellement « in situ », 3 fois ; adhérences à la paroi abdominale, à l'épiploon, à l'intestin, 14 fois; infiltration dans les ligaments larges, 8 fois. Il a suturé le péritoine du bassin 44 fois et drainé 11 fois.

M. TH. JONNESCO (de Bucharest) dans une communication sur **l'hystérectomie totale vaginale et abdominale**, s'exprime ainsi :

« Depuis le mois d'avril 1895, j'ai pratiqué 77 castrations totales utéro-annexielles dont 40 par la voie vaginale, 2 par la voie combinée vagino-abdominale et 35 par la voie abdominale. Mes 40 hystérectomies vaginales se décomposent ainsi : affections utérines : cancer (9), métrites hémorragiques (6), fibrome (1), prolapsus (6) et affections des annexes : salpingites suppurées (17), grossesse tubaire (1). J'ai eu 8 accidents mortels dus à : l'hémorragie secondaire, après l'enlèvement des pinces (2), pincement et sphacèle de l'intestin (1), infection secondaire pendant l'élimination des eschares (5).

Le procédé que j'emploie est celui de Müller-Quénu, avec une modification : l'incision médiane de l'utérus, je la poursuis du col vers le fond sur la moitié seulement de l'organe, puis avec la main gauche, introduite par le cul-de-sac postérieur ouvert, je fais basculer le fond en avant, et après l'avoir fait sortir par le cul-de-sac antérieur ouvert, je l'incise d'avant en arrière, jusqu'à la complète séparation des deux moitiés utérines. De cette façon, la cavité utérine est ouverte en dehors du pelvis et on risque moins d'infecter ce dernier. Pour l'hémostase, j'emploie les pinces.

Les deux cas d'hystérectomie vagino-abdominale, pour un volumineux cancer total de l'utérus et pour un volumineux utérus myomateux avec des lésions multiples des annexes (kystes des ovaires et hydro-salpinx), m'ont donné deux guérisons. L'hystérectomie abdominale totale, je l'ai employée dans les affections suivantes : affections de l'utérus : fibromes (3), fibrome avec salpingite double (1), fibromes avec lésions aseptiques des annexes (2), métrite parenchymateuse, lésions aseptiques des annexes (1), cancer (6), sarcome de l'utérus et de l'ovaire (1), prolapsus (2); affections des annexes : lésions aseptiques bilatérales (kyste simple ou dermoïde, ovaires polykystiques, hydro-salpinx, grossesse tubaire (3); salpingites suppurées (14); kyste endopapillaire de l'ovaire suppuré (1) ; pelvi-péritonite chronique suppurée (1).

J'ai eu six accidents mortels, dont trois pour des cancers étendus sur les parois vaginales, une suppuration disséquante du pelvis, un épuisement par cachexie et un cas de blessure de l'intestin par l'aiguille au moment de la fermeture de l'abdomen.

Mon procédé de castration abdominale totale que j'emploie depuis avril 1896 présente les points essentiels suivants : enlèvement en totalité et d'une seule pièce de l'utérus et de ses annexes ; suppression des pinces aussi bien temporaires que permanentes ; suppression de toute hémorragie par la ligature préventive du pédicule annexiel (artère utéro-ovarienne), du ligament rond (artère du ligament rond) et du pédicule utérin (artère utérine); ouverture en premier lieu du cul-de-sac vaginal antérieur, sans conducteur vaginal, et section par le vagin des culs-de-sac latéraux et postérieur; placement sous-péritonéal des moignons artériels et reconstitution du plancher pelvien péritonéal sur toute l'étendue de la surface cruentée, laissée par la section des ligaments larges ; fermeture du vagin lorsqu'on s'adresse aux affections aseptiques ou lorsque les poches annexielles ont été extraites sans être ouvertes ; drainage pelvien, par le vagin, lorsque le contenu annexiel purulent et septique s'est déversé dans le pelvis.

Ma pratique personnelle m'a conduit aux conclusions sui-

vantes : l'hystérectomie abdominale totale est l'opération de choix pour l'ablation de l'utérus et de ses annexes; la voie vaginale n'est qu'une opération de nécessité. Pour les tumeurs utérines, sauf le cancer, la voie abdominale est préférable; pour le cancer mobile ou mobilisable, la voie vaginale est supérieure.

Dans les affections bilatérales aseptiques des annexes, il faut pratiquer la castration abdominale totale, car l'utérus dans ces cas devient mobile et dangereux. Dans ces affections septiques utéro-annexielles, la voie abdominale met à l'abri de toute méprise sur la bilatéralité des lésions; c'est une opération faite à ciel ouvert, réglée, méthodique, d'exécution facile; elle permet l'ablation complète des organes malades et donne par là même des résultats thérapeutiques parfaits et durables. La castration utérine vaginale, opération de Péan, est seule indiquée dans les cas de suppurations étendues du petit bassin avec un dôme d'adhérences, qui sépare le pelvis du ventre et qu'il serait dangereux d'ouvrir; dans ces cas le drainage vaginal s'impose.

Enfin, contrairement à la castration totale vaginale, la castration abdominale totale met à l'abri des accidents opératoires ou post-opératoires comme : hémorragie primitive ou secondaire, blessures des organes voisins : uretère, vessie, rectum. Grâce à l'asepsie, l'opération par l'abdomen est aussi bénigne, sinon plus, que l'intervention par le vagin et je crois pouvoir affirmer que c'est là l'opération de l'avenir. »

M. PÉAN. M. Jonnesco dit que, lorsqu'on veut saisir l'artère utérine, il ne faut pas de pince. C'est une erreur absolue. Quel inconvénient y a-t-il à mettre une pince? Je n'ai jamais vu les pinces empêcher les malades de guérir.

Reste la question des eschares. Ce sont les ligatures qui donnent les eschares, et non les pinces. Celles-ci en effet s'enlèvent au bout de quelques heures, tandis que si la ligature n'est pas propre, elle tombe au bout de quelques jours, et en provoquant des eschares.

M. JONNESCO reconnaît que rien ne lui appartient dans son procédé que la combinaison des différentes méthodes connues avant lui. Il persiste à dire que, dans l'hystérectomie vaginale, les pinces donnent des eschares. Enfin le danger du pincement des utérines, c'est qu'on peut prendre l'uretère, même si on est habile.

M. DELAUNAY fait remarquer que pratiquer l'hémostase préventive veut dire pincer une artère avant de la couper. L'hémostase préventive ne signifie pas : pincer un vaisseau avant de couper l'organe où il se rend. Il faut s'entendre sur les mots.

Enfin pour l'hystérectomie abdominale totale, si elle est facile, on la fait comme on veut; si elle est difficile, on la fait comme on peut, sans s'occuper des procédés des auteurs différents.

M. MONTPROFIT (d'Angers) reconnaît à l'**hystérectomie abdominale** un avantage très important : par la voie abdominale, il s'arrête où il veut, laissant la matrice ou les annexes lorsqu'il le peut, faisant aussi de moindres dégâts. Par la voie vaginale, cela est impossible.

« L'hystérectomie abdominale, dit l'auteur, est devenue le traitement de choix pour les tumeurs fibreuses volumineuses; nos résultats sont devenus si satisfaisants que la gravité d'une hystérectomie abdominale est presque la même que celle d'une simple ablation d'annexes. Nous l'employons en outre pour les tumeurs fibreuses de moyen et de petit volume, que nous aurions autrefois traitées par l'hystérectomie vaginale. L'opération nous paraît plus facile en général et plus sûre dans son hémostase immédiate et secondaire; parfois il est possible de conserver la matrice et ses annexes, alors que l'intervention avait été commencée dans le but de pratiquer l'extirpation totale. Certains cas de myômes sous-péritonéaux ou pédiculés ne peuvent être sûrement reconnus que lorsque l'abdomen est ouvert; l'hystérectomie vaginale ne permet pas aussi facilement de conserver la matrice et ses annexes dans de pareils cas. Nous employons aussi l'opération par l'abdomen, pour enlever les tumeurs malignes du corps et du col dans certaines conditions. Si l'épithélioma, a complètement détruit le col de la matrice, l'intervention abdominale est infiniment plus facile, plus rapide et plus sûre que l'intervention vaginale; j'ajoute qu'il est plus facile aussi de faire une ablation complète par la voie abdominale. S'il s'agit d'une tumeur maligne du corps de la matrice avec augmentation notable du volume de l'organe, l'ablation par l'abdomen nous paraît infiniment préférable à tous égards. Pour ces tumeurs, il arrive en effet que l'ablation par le vagin ne peut se faire que par morcellement; or le morcellement d'une tumeur maligne par la voie vaginale, en dehors des risques d'inoculation qu'il comporte, donne parfois les plus grandes difficultés pour la prise et l'extraction des parties friables qui cèdent constamment sous la pince, et aussi pour l'hémostase.

Nous utilisons volontiers dans ces cas l'intervention mixte ou vagino-abdominale; dans un premier temps, nous sectionnons les culs-de-sac vaginaux et la base des ligaments larges, après un pincement des utérines.

Dans un second temps, nous ouvrons la paroi abdominale, et sectionnant la partie supérieure des ligaments larges et les culs-de-sac péritonéaux, nous enlevons avec la plus grande facilité une tumeur que des tractions intempestives par l'une ou l'autre voie auraient fatalement déchirée, vu sa grande friabilité.

En résumé : — 1° L'hystérectomie abdominale totale employée dans le traitement des grosses tumeurs utérines n'est plus à discuter. 2° Dans le traitement des tumeurs moyennes ou petites, bénignes ou malignes, elle permet de faire soit une ablation plus complète et plus radicale, soit une conservation de la matrice qui n'eût pas été possible par la voie vaginale. 3° Nous la considérons, en outre, comme bien plus facile et comme plus sûre; pour ces diverses raisons, nous croyons que le champ de l'hystérectomie vaginale ira se rétrécissant, alors que celui de l'hystérectomie abdominale ira s'élargissant. »

M. PANTALONI (de Marseille), répondant à M. Jonnesco, pense qu'il n'y a qu'une seule méthode opératoire d'**hystérectomie abdominale totale**, basée à la fois sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs et sur le mode de vascularisation de la matrice, c'est la décortication sous-séreuse de la tumeur; mais cette méthode comporte des procédés différents suivant les cas :

a. Dans les cas simples, le meilleur est d'aborder la masse par le cul-de-sac postérieur.

b. Dans les cas compliqués, lorsqu'il s'agit de fibromes enclavés et adhérents au Douglas, rendant l'abord de celui-ci long et pénible, lorsqu'il s'agit de fibromes avec annexites suppurées adhérentes formant une masse compacte et sep-

tique remplissant aussi le Douglas, on peut aborder la matrice par le cul-de-sac antérieur.

Ainsi, on ne perdra pas un temps précieux à trouver le vagin; on ne se contaminera pas les doigts, dès le début des manœuvres; enfin, on terminera par la zone septique. Au besoin, on décortiquera en bloc les masses suppurées en passant sous le péritoine, quitte à suturer le lambeau séreux antérieur, c'est-à-dire ce qui reste de péritoine à la face antérieure de la région sacrée et à drainer au-dessous par le vagin. Ce sont là les réflexions qui lui ont été suggérées par trente-deux opérations avec un seul insuccès depuis deux ans.

M. PÉAN. Je suis heureux de voir que la voie abdominale est si fort en honneur, alors que je la préconisai en 1868.

Mais à M. Montprofit et autres, je dirai qu'il faut toujours faire le diagnostic avant d'opérer. Comment! Vous avez le vagin qu'il vous suffit d'ouvrir par une simple incision pour faire votre diagnostic, et vous allez ouvrir le ventre!

On peut enlever de petites tumeurs en masse par une simple section vaginale. La voie vaginale est une voie d'exploration, qu'il faut avoir utilisée avant d'ouvrir le ventre.

Mais toute femme à qui on ouvre le vagin n'est pas condamnée à avoir le vagin et les annexes supprimés. Le vagin est aussi une voie d'exploration.

M. BOUILLY. Je proteste contre les assertions de M. Montprofit. Il ne faut pas laisser dépasser le moment où les fibromes sont opérables par la voie vaginale, car c'est le moment où leur ablation devient dangereuse, s'il faut les enlever par le ventre.

M. MONTPROFIT (d'Angers) répond ainsi :

« Je suis très sensible aux arguments qui me sont présentés par M. Péan et par mon cher maître, M. Bouilly; je suis convaincu qu'entre les mains d'opérateurs d'une habileté aussi universellement reconnue, l'hystérectomie vaginale donne des résultats aussi bons que l'abdominale; mais j'envisage la question moins au point de vue de l'exérèse totale de l'organe, qu'au point de vue de sa conservation. C'est désormais le point qui me paraît avoir la plus grande, et je dirai presque la seule importance : par quelle voie serai-je le plus sûr de pouvoir conserver la matrice et ses annexes, si cela me paraît possible au cours de l'intervention? A cette question, je réponds que pour moi je crois pouvoir mieux conserver la matrice et ses annexes, en état de pouvoir fonctionner, par l'intervention abdominale que par la vaginale; j'opérerai donc le plus possible par la voie abdominale et tous mes efforts seront dirigés, non vers l'ablation totale, mais vers la conservation de l'organe, si elle est possible.

Les ablations totales de la matrice ne me satisferont jamais autant qu'une conservation de l'appareil génital; et je crois que nous avons, dans notre légitime recherche des meilleurs procédés opératoires, trop de tendance à mutiler définitivement, avant d'avoir épuisé tous les moyens de conserver. En résumé, la laparotomie me paraît pouvoir se prêter, mieux que la colpotomie, à la conservation, et c'est pour cela que j'y ai plus volontiers recours, sans vouloir aucunement prétendre que d'autres ne font pas aussi bien par la voie vaginale que nous par l'abdominale. Je prends pour ma règle de conduite la formule suivante : faire par la voie abdominale tout ce qu'il est possible de faire par cette voie, ne faire par le vagin que ce qu'on ne peut pas faire par l'autre voie. Nos adversaires peuvent facilement prendre la formule opposée. »

M. HARTMANN appuie les observations de M. Montprofit. Dans tous les cas de fibromes, il prend la voie abdominale. On peut par là conserver à la femme son utérus et ses annexes. Il faut éviter la chirurgie mutilatrice, qu'on a trop tendance à faire.

M. BOUILLY parle de la bénignité ou de la malignité des **kystes végétants des ovaires**, suivant leur degré de généralisation dans la cavité péritonéale. Il ne faut pas chercher cette malignité dans l'examen anatomique, mais bien dans la diffusion péritonéale. Si la végétation a une grande puissance de vitalité, le pronostic est évidemment grave.

Mais il faut arriver à temps au point de vue thérapeutique. Le pronostic opératoire est grave, surtout quand on opère ces femmes dans un état cachectique véritable.

Sur 42 opérés, 17 ont succombé, 25 ont survécu. Les causes de ces morts nombreuses sont dues à l'état grave de ces malades quand on les opéra.

A côté de cela, il faut citer les morts rapides, c'est-à-dire survenant pendant les cinq premiers mois après l'opération.

Les cas qui ont survécu ont présenté des tumeurs bien limitées, sans adhérences, sans généralisation à l'abdomen, ce qui est donc important pour le pronostic.

M. Bouilly a opéré deux tumeurs malignes de l'ovaire (épithéliome et fibro-sarcome). Chose curieuse, la femme qu'il a opérée d'un épithéliome, dans un état fort grave, est guérie depuis quatre ans, sans récidive.

Il a enlevé également un kyste dermoïde de l'ovaire, qui contenait du tissu carcinomateux et a récidivé.

Comme conclusion, opérer tôt les tumeurs végétantes des ovaires.

M. H. DELAGÉNIÈRE (du Mans) dit que l'extirpation complète des **kystes papillaires parovariens** est souvent impossible et le chirurgien doit reconnaître son impuissance en marsupialisant la poche. Dans deux cas que nous avons opérés avec succès, nous avons pratiqué, comme temps préparatoire de l'intervention, l'extirpation complète de l'utérus dans le but de créer une brèche centrale, donnant accès sur les parois du kyste et sous le péritoine pelvien. L'opération, faite dans ces conditions, a pu être menée à bien sans grandes difficultés. Voici quels en sont les temps principaux.

Le ventre ouvert, on recherche l'utérus et on place une pince sur son fond, pour le maintenir fortement soulevé. On isole l'organe de haut en bas, c'est-à-dire du fond vers le col; on commence en avant pour le séparer de la vessie, puis en arrière pour atteindre le vagin qu'on ouvre encore et qu'on repère; on isole ensuite les parois latérales; puis on enlève l'organe en sectionnant circulairement le vagin autour du col. Des pinces sont placées sur les vaisseaux qui donnent. Le kyste apparaît dans la brèche; on le saisit et on commence son énucléation en suivant ses contours et en augmentant la brèche par une section du ligament large. Lorsque le bassin est évidé, on reconstitue le plancher pelvien en suturant le péritoine; puis on place un drain dans le cul-de-sac de Douglas et on referme la cavité abdominale.

M. H. DELAGÉNIÈRE (du Mans) a déjà eu l'occasion d'attirer l'attention sur la **coïncidence de l'appendicite dans certaines affections septiques des annexes.** Il croit aujourd'hui qu'il y a plus qu'une simple coïncidence et que l'appendicite dont il s'agit est une appendicite spéciale, consé-

cutive aux lésions annexielles. Cette opinion est fondée sur l'étude de cinq malades qu'il a opérées récemment. Chez l'une, il a pratiqué la castration abdominale totale ; chez les quatre autres, l'ablation des annexes malades, et chez les cinq, l'auteur a trouvé l'appendice malade et l'a réséqué. Ces cinq malades ont parfaitement guéri, et leur étude lui a permis de tirer les quelques conclusions suivantes :

1° L'appendicite dont il s'agit est une appendicite folliculaire à marche lente, mais évoluant comme l'appendicite folliculaire classique ;

2° Cette appendicite doit être diagnostiquée avant l'opération, afin de recourir à la voie abdominale pour l'intervention ; mais ce diagnostic est souvent malaisé. Néanmoins, les symptômes gastro-intestinaux succédant aux symptômes des salpingites ; la présence à droite de crises douloureuses survenant en dehors des périodes menstruelles, et rappelant en petit la crise d'appendicite, le point douloureux classique, etc., constituent pour nous une symptomatologie suffisante pour choisir la voie abdominale. En effet, il importe absolument d'enlever l'appendice malade en même temps que les annexes sous peine de faire une opération incomplète et d'avoir un échec thérapeutique ;

3° Au point de vue de la pathogénie, les appendicites folliculaires qu'on rencontre en même temps que les lésions septiques des annexes ont une origine purement intestinale. La colite ou la typhlite qui préparent l'appendicite sont consécutives aux lésions inflammatoires des annexes, qui se propagent à l'intestin par contact, adhérence, puis formation d'abcès ;

4° Le traitement consiste à réséquer l'appendice au ras du cæcum. On reconnaîtra que l'organe doit être enlevé aux signes suivants : présence d'adhérences, même lamelliformes ; sensation kystique perçue vers l'extrémité libre ou sur un point quelconque ; présence de corps étrangers qu'on ne peut pas refouler dans l'intestin ; enfin arborisations vasculaires intenses à la surface séreuse de l'appendice.

M. MONTPROFIT (d'Angers) a pratiqué six fois la **castration abdominale totale pour affections chroniques des annexes**, nécessitant leur ablation. Les résultats immédiats de cette intervention sont excellents, les malades ont tous guéri ; les résultats définitifs, au point de vue des phénomènes douloureux, paraissent devoir être beaucoup meilleurs que par l'ablation simple des annexes. Il emploie un manuel opératoire différent, selon la nature des cas : 1° si les tumeurs annexielles sont très volumineuses et cachent en quelque sorte la matrice, il soulève d'abord la tumeur salpingienne la plus volumineuse, ensuite la tumeur du côté opposé, et finalement la matrice ; 2° si, au contraire, la matrice paraît facilement abordable, il procède d'abord à son ablation de la façon suivante : il sectionne les ligaments larges le long du bord utérin et fait l'hémostase au moyen de pinces hémostatiques ou de pinces à pédicule, selon les cas. Il trace ensuite une incision circulaire sur le péritoine, autour de la partie inférieure de la matrice. Il réduit ensuite la vessie et ouvre, en premier lieu, le cul-de-sac vaginal antérieur. Il pince alors le col utérin et l'extrait de bas en haut par la brèche faite à la paroi vaginale antérieure. Le vagin est alors sectionné autour du col ; les utérines sont pincées de chaque côté et l'utérus est enlevé. Il est alors généralement assez facile d'extraire les annexes en les décollant de bas en haut. Lorsque les tumeurs salpingiennes sont incluses entre les lames du ligament large, il est utile de sectionner le péritoine au moyen d'un trait de bistouri tiré transversalement au-devant de la trompe, sur le bord supérieur du ligament large ; on peut alors faire pénétrer le doigt entre les feuillets du ligament, et énucléer ainsi facilement de haut en bas des tumeurs salpingiennes volumineuses. L'auteur rappelle qu'il a indiqué, dès 1888, dans sa thèse sur les « Salpingites et ovarites », le mécanisme du dédoublement du mésosalpinx et du ligament large, ainsi que le manuel opératoire propre à employer en pareil cas ; il dit aussi que la grande majorité des poches salpingiennes pouvaient être ainsi enlevées par la laparotomie ; ce point d'anatomie pathologique a depuis lors été découvert par d'autres auteurs, qui, évidemment, n'avaient pas eu connaissance de son travail.

Lorsque la trompe et l'ovaire enflammés sont tombés dans le cul-de-sac de Douglas, où ils sont devenus adhérents, le décollement se fait plus facilement par la partie postérieure ; en glissant les doigts derrière les annexes, entre elles et le rectum, on arrive à les décoller dans le fond du cul-de-sac de Douglas et on les déroule peu à peu de bas en haut, laissant la face postérieure des ligaments larges et de l'utérus dénudée et saignante. Il enlève alors ces annexes et ensuite la matrice. Lorsque l'ablation est terminée, il procède à l'hémostase définitive au moyen de ligatures jetées sur les utérines et sur les utéro-ovariennes.

La fermeture du vagin paraît indiquée, lorsqu'il ne reste pas une trop large surface avivée. Si l'infection est à craindre, d'après la nature des lésions, il laisse le vagin ouvert et établit un drainage. Lorsque cela est possible, un surjet réunit le péritoine transversalement, d'un bord à l'autre de la cavité pelvienne.

Le nombre de ses cas est encore trop restreint pour qu'il établisse un parallèle entre la castration abdominale totale et l'hystérectomie vaginale pour les suppurations pelviennes. Il croit que cette dernière intervention reste toujours une précieuse ressource dans les cas les plus graves. Il ajoute que toutes les manœuvres sont singulièrement favorisées par l'emploi de sa valve abdomino-vaginale, qui assure, d'une façon fixe et constante, l'écartement de la plaie sus-pubienne et l'éclairage du fond du petit bassin.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des douleurs rhumatismales par les badigeonnages de salicylate de méthyle.

Par M. le docteur L.-E. DUPLESSIS.

« Le salicylate de méthyle, principe actif de l'essence de Winter-Green, est un liquide incolore, d'une odeur forte et pour quelques-uns agréable, en tous cas très persistante. Employé en applications locales, il agit d'une façon très efficace sur le rhumatisme articulaire aigu. La douleur diminue dans les quatre heures qui suivent le badigeonnage pour une période de six à douze heures. Au bout de deux à trois jours, la fièvre tombe et, cinq à six jours plus tard, le gonflement à son tour disparaît. Ces effets favorables concordent avec l'élimination par les urines d'une quantité d'acide salicylique qui y est déjà décelable au bout d'une demi-heure, s'accroît progressivement jusqu'à la sixième et neuvième heure, pour cesser quarante-huit heures après la

suspension du médicament (G. Lemoine, Linossier et Lamion).

L'action du salicylate de méthyle paraît donc bien due à l'absorption de l'acide salicylique par la peau. Introduit dans l'organisme par cette voie, l'acide salicylique n'a plus aucun des inconvénients qu'il présente par la voie gastrique : c'est au moins ce qui ressort des 31 observations réunies dans le travail de M. Duplessis, qui résume l'ensemble des publications faites jusqu'à ce jour sur ce sujet. Nous y trouvons des indications très précises sur le mode d'emploi de ce médicament.

On choisit, pour faire l'application, la région la plus douloureuse : dans le rhumatisme articulaire aigu, ce sera de préférence la jointure la plus volumineuse. On passe sous l'articulation une large feuille de gutta-percha laminée et on verse le salicylate de méthyle goutte à goutte sur toute la surface cutanée : on relève la feuille de gutta-percha, on l'entoure d'une forte couche d'ouate que l'on fixe par un tour de bande. Si la quantité employée dépasse 4 grammes, comme le liquide tendrait à s'écouler, il est bon d'en retenir l'excès par un petit carré de gaze. Il importe de faire une occlusion aussi complète que possible, pour que les vapeurs ne se répandent pas dans l'atmosphère ou sous les couvertures, ce qui n'est pas sans inconvénient, mais soient absorbées par la peau.

La dose moyenne est de 4 grammes par friction, que l'on peut répéter dans les vingt-quatre heures. M. G. Lemoine a démontré qu'au-dessus de 12 grammes l'élimination d'acide salicylique n'augmentait plus. Il considère donc cette dose comme ne devant pas être dépassée.

L'action du salicylate de méthyle est surtout remarquable dans les formes subaiguë et chronique : nous l'avons employé avec succès dans le traitement du rhumatisme musculaire. Nous ne pensons pas qu'il doive être excessivement employé dans le rhumatisme articulaire aigu : le salicylate de soude et le salophène gardent, dans ce cas, leur prééminence thérapeutique. Mais on utilisera avec avantage ses propriétés analgésiques et antithermiques, au moins à titre d'adjuvant. » (*Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 novembre 1897. — Présidence de M. Delens.

COMMUNICATION

Salpingite à pneumocoques. — M. REYNIER déclare qu'il partage absolument l'avis exprimé, dans la dernière séance, par M. Pozzi, relativement aux salpingites à pneumocoques qui peuvent succéder à des accès de grippe. Il rapporte l'observation d'une jeune femme qui, deux mois après une atteinte de grippe, présenta tous les symptômes d'une salpingite. M. Reynier pratiqua la laparotomie et trouva, dans la trompe malade, du pus à pneumocoques.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'OCCLUSION INTESTINALE

M. PEYROT ne croit pas qu'on puisse opposer la laparotomie à l'établissement d'un anus contre nature dans le traitement de l'occlusion intestinale. Ce sont là deux opérations différentes qui ont chacune leurs indications et leurs contre-indications. Il y a vingt ans que M. Peyrot écrivait dans un travail sur l'occlusion intestinale que, dans les cas aigus, de cause inconnue, la laparotomie, à moins de contre-indications tirées de l'extrême faiblesse du malade, était l'opération qui permettait le mieux d'obtenir une guérison définitive. Cette conclusion du travail de M. Peyrot est celle qui semble adoptée aujourd'hui par la plupart des chirurgiens. Dans les cas chroniques, c'est l'anus contre nature qui trouve le plus souvent des indications. Mais en principe, il faut tâcher de remplir, dans chaque cas, toutes les indications et c'est certainement la laparotomie qui permet le mieux d'y arriver. L'anus contre nature est, en effet, une opération que l'on pratique le plus souvent à contre-cœur, c'est un pis aller, c'est une opération palliative, mais jamais curative. Il faut bien savoir aussi qu'il est des cas dans lesquels on croit avoir affaire à une occlusion, alors qu'on a affaire à une péritonite. C'est une raison de plus pour recourir à la laparotomie qui, dans ces cas, permet de remplir les indications très différentes de l'occlusion ou de la péritonite. En résumé, M. Peyrot estime que, dans la plupart des cas d'occlusion, la laparotomie est préférable quand elle n'est pas trop dangereuse. Il ne faut pas d'ailleurs exagérer ces dangers, pas plus que les dangers du dévidement de l'intestin sur lesquels on a beaucoup trop insisté.

M. SCHWARTZ partage l'avis de la plupart de ses collègues sur les difficultés du diagnostic de l'occlusion, du siège et de la nature de l'obstacle. Il rapporte plusieurs observations dans lesquelles le lavement électrique a donné de bons résultats. M. Schwartz établit ensuite un parallèle entre la laparotomie et l'anus contre nature. Il cherche à poser nettement les indications de chacune de ces deux opérations.

RAPPORT

Corps étrangers introduits dans le rectum. — M. GÉRARD-MARCHANT fait un rapport sur une observation adressée par M. Delbet. Il s'agit d'un homme de soixante et onze ans qui s'était introduit dans le rectum une bouteille mesurant 24 centimètres de long sur 18 de circonférence à sa partie la plus large. M. Delbet essaya d'abord d'enlever ce corps étranger avec des pinces, sans pouvoir y parvenir. S'étant assuré que c'était le coccyx qui s'opposait au passage de la bouteille, il fendit l'anus et le rectum, puis il réséqua le coccyx. L'extraction devint alors très facile.

M. Delbet a fait des expériences sur le cadavre qui ont montré le véritable mécanisme de l'introduction de ces corps étrangers dans le rectum et les causes de la difficulté de leur extraction. Le corps étranger, une fois qu'il a dépassé le sphincter, est poussé, comme par un ressort, par l'aponévrose moyenne et s'enfonce alors plus avant en changeant de position et en quittant la position verticale pour prendre une position horizontale. Une fois le corps étranger dans cette situation, le coccyx devient un obstacle presque insurmontable pour son extraction. On ne peut y arriver qu'en le réséquant.

M. Marchant analyse un travail sur le même sujet de M. Buffet (d'Elbeuf). Il s'agit d'un paysan qui, ne pouvant pas aller à la selle, eut l'idée de s'introduire un grand verre dans le rectum. Comme il ne pouvait y parvenir étant couché dans son lit, il se leva, puis se mit à califourchon sur un escabeau et procéda à une série de mouvements rappelant ceux du trot à cheval pour enfoncer le verre plus profondément dans le rectum. N'y pouvant parvenir, il eut alors l'idée de vaseliner le verre d'un côté, puis le rectum de l'autre et recommença alors les mêmes manœuvres sur son escabeau et cette fois avec un plein succès. Comme le malade se trouvait assez mal à son aise, sa femme alla consulter le médecin qui, ignorant la véritable cause du malaise, prescrivit un purgatif. Le soir, le médecin vint voir le malade qui le mit alors confidentiellement au courant de la vraie situation. M. Buffet, appelé auprès de ce malade, constata que c'était le coccyx qui s'opposait à l'extraction du corps étranger. Il sectionna le sphincter, réséqua le coccyx et cueillit le verre. Dans la *Normandie médicale*, est publié un autre cas analogue par le docteur Hue, dans lequel il s'agit d'un corps étranger qui avait pénétré dans le trou obturateur. M. Hue put briser le corps étranger et l'extraire.

Il résulte de ces faits qu'il ne peut pas prolonger trop longtemps les manœuvres d'extraction dans ces cas et que, lorsque celle-ci est trop difficile, il ne faut pas hésiter à réséquer le coccyx.

M. BAZY fait une communication sur le même sujet à l'occasion de deux cas qui ont été soumis à son observation. Dans l'un il s'agissait d'un homme de cinquante ans qui s'était introduit une bouteille dans le rectum. Mêmes difficultés, mêmes obstacles que dans le cas rapporté par M. Delbet. Dans la seconde observation, qui appartient au docteur Groussin (de Versailles), il s'agissait d'un homme qui s'était introduit un saucisson dans le rectum.

DISCUSSION

M. REYNIER fait observer qu'il n'est pas besoin d'invoquer l'aponévrose moyenne pour expliquer le changement de position des corps étrangers dans le rectum. La direction de l'intestin suffit. Le corps étranger, arrivé à une certaine hauteur, doit forcément prendre la position horizontale pour se porter vers l'S iliaque qui est à gauche.

M. MARCHANT pense que la direction de l'intestin ne suffit pas pour faire prendre à ces corps étrangers la position horizontale. L'intestin est passif dans l'espèce. C'est le ressort formé par l'aponévrose moyenne qui porte le corps étranger dans cette situation.

M. POIRIER dit que, ce qui importe dans l'espèce, c'est la direction de la paroi antérieure du rectum, injustement appelée paroi antérieure, alors qu'elle est, en réalité, antéro-inférieure. Cette direction de la paroi rectale antéro-inférieure oblige donc le corps étranger, le goulot d'une bouteille par exemple, à s'incliner fortement dans le sens de la position horizontale.

PRÉSENTATIONS

Tumeurs thyroïdiennes. — M. WALTHER présente une jeune femme qu'il a opérée le 27 septembre dernier, d'une tumeur volumineuse du lobe gauche du corps thyroïde. Cette malade présentait les phénomènes nerveux de la maladie de Basedow. Ces phénomènes ont presque complètement disparu après l'ablation de cette tumeur, qui plongeait jusque dans le médiastin.

Adénome de l'intestin grêle. — M. J.-L. FAURE présente un malade auquel il a enlevé, le 3 août dernier, un adénome de l'intestin grêle. Cette tumeur, du volume d'une noix, était pédiculée et siégeait à 80 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale. Elle avait déterminé la production d'une invagination chronique. L'invagination réduite, le polype fut enlevé par la taille intestinale. Le malade, moribond au moment de l'opération, a engraissé de 20 kilos.

Sarcome de la valvule iléo-cæcale. — M. LEJARS présente un malade qui était soigné par M. Soupeaux pour des troubles dyspeptiques, symptomatiques d'un cancer de l'intestin. Il apparut dans la fosse iliaque droite une tumeur dure, mobile. Sur la demande de M. Soupeaux, M. Lejars fit la laparotomie, dans le but de faire une entéro-anastomose. Le ventre ouvert, on trouva une grosse masse enclavée dans l'intestin. Il s'agissait d'un cancer du cæcum invaginé dans le côlon ascendant. M. Lejars fit une résection de près de 40 centimètres. Puis il réunit à l'aide du bouton de Murphy. Le vingt-cinquième jour, ce malade rendit son bouton de Murphy. Il s'agissait d'un lympho-sarcome très volumineux, né dans la valvule iléo-cæcale.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 8 AU 13 NOVEMBRE 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 8 NOVEMBRE, à une heure. — 1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Delbet, Sebileau et Retterer.

1er examen de sages-femmes de deuxième classe (nouveau régime) : MM. Marchand, Rémy et Varnier; — M. Heim, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delbet et Broca; — (2e série) : MM. Kirmisson, Segond et Tuffier; — (2e partie) : MM. Hayem, Letulle et Widal; — M. Walther, suppléant.

MARDI 9 NOVEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse et Gley.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Cornil, Quénu et Thiéry; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Gampenon et Hartmann; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Charrin et Ménétrier; — (2e série) : MM. Laboulbène, Dieulafoy et Marie; — M. Roger, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar; — M. Ballet, suppléant.

MERCREDI 10 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire. École pratique, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Lejars et Walther.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Tillaux, Marchand et Tuffier; — (2e série) : MM. Terrier, Segond et Bonnaire; — M. Broca, suppléant.

JEUDI 11 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire. École pratique, épreuve pratique : MM. Panas, Le Dentu et Albarran.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Bar et Hartmann; — (2e série) : MM. Tarnier, Berger et Nélaton.

4e examen : MM. Proust, Pouchet et Gilbert.

1er examen définitif (officiat) : MM. Rémy, Gley et Thiéry; — M. Charrin, suppléant.

VENDREDI 12 NOVEMBRE, à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Tillaux, Ricard et Widal; — (2e partie) : MM. Déjerine, Rémy et Weiss.

3e examen (2e partie) : MM. Landouzy, Netter et Gilles de La Tourette.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Terrier, Sebileau et Retterer; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. Lejars, suppléant.

SAMEDI 13 NOVEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ballet et Chassevant.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Tarnier, Campenon et Nélaton.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Quénu et Thiéry; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Le Dentu, Albarran et Hartmann; — (2e partie) : MM. Joffroy, Chantemesse et Marfan; — M. Marie, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 10 NOVEMBRE, à une heure. — M. AUBERT. Traitement de l'eczéma par l'acide picrique (MM. Fournier, président; Pinard, Gaucher et Varnier). — M. MOREL. Ruptures et perforations de la paroi postérieure du vagin pendant l'accouchement (MM. Pinard, président; Fournier, Gaucher et Varnier).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 octobre 1897, il est créé à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens une chaire de physique et une chaire d'histologie. — La chaire d'hygiène et de pharmacie de ladite école est supprimée.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 octobre 1897, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens est autorisée à jouir des droits conférés aux Écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883. — Le présent arrêté a son effet depuis le 1er novembre 1897.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 octobre 1897, M. Porazols, médecin de deuxième classe des colonies, a été placé dans la position hors cadre, pour servir dans l'administration pénitentiaire à la Nouvelle-Calédonie.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 octobre 1897, un concours s'ouvrira le 2 mai 1898, devant l'École de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite École.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Vergely, Rothamel, Martin (Claude), Laubie, Cruchet, Castaing et Ginestous *ex æquo*.

Internes provisoires. — MM. Poitevin de Fontguyon, Martinet, Mlle Nourrit, MM. Quintrie-Lamothe, Méchinet de Richemont, Gentès, Regett, Bahans, Rocher et Sambuc.

— Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Nantes se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes. — MM. Brelet, O'Neil, Bahuaud, Barthélemy, Grognot, Sourdille et Frappier.

Externes. — 1. MM. Sabot, Denécheau, Mayeux, Bavret de La Rochefordière, Bossis, Lumineau, Rialland, Lambert, Verdier, Gonzalez.

11. Hardy, Giffard, Hervé, Duclos, Obrecht, Blanchard, Dupé Guinnement, Raoula, Léveillé et Rousseau.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination des 66 externes dont les noms suivent :

1. MM. Cavaillon, Pallasse, Perrot, Bériel, Micaud, Condamin, Jouffray, Barraud, Rivière, Voutier.

11. Alamagny, Vial, Guichard, Vincent (Joseph), Deygas, Gimbert, Calvet, Buvat, Veyrassat, Parot.

21. Prat, Coste (Stanislas), Brunet, Defrain, Dussuc, Latarget, Perge, Hurel, Marque, Abramoff.

31. Dauvergne, Faysse, Fleurot, Locard, Daday, Favre, Reynard, Muller, Bénard, Cornillon.

41. Maisonneuve, Genairon, Rondet, Fayot, Salvador, Mlle Gorvitz, MM. Cartellier, Maussire, Duband, Olivier.

51. Coste (Jules), Rollet, Auguy, Boigey, Rozet, Tavernier, Cornut, Clément, Martin (François), Aribaud.

61. Maujot, Riollet, Cazet, Guffon, Beck et Miécamp.

— *École de médecine d'Alger*. — M. le docteur Cochez est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Gros, décédé.

— *École de médecine d'Amiens*. — M. le docteur Fournier est nommé professeur de clinique obstétricale. — M. le docteur Manquat est nommé professeur d'histologie. — M. Dubois est chargé d'un cours de physique. — Un congé, pour l'année scolaire 1897-1898, est accordé à M. Dheilly, professeur de physiologie.

— *École de médecine de Besançon*. — M. Colléate est chargé d'un cours de physique.

— *École de médecine de Nantes*. — M. Chesneau est nommé aide de clinique ophtalmologique.

M. Villard est nommé préparateur d'anatomie pathologique et d'histologie (emploi nouveau).

— *École de médecine de Tours*. — M. Augis, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans.

— M. le professeur Guyon reprendra ses leçons de clinique des maladies des voies urinaires, le samedi 6 novembre 1897, à neuf heures, à l'hôpital Necker, et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons cliniques et les opérations chirurgicales, à l'Hôpital international, 11, rue de la Santé, le 6 novembre 1897, à neuf heures et demie. — Les samedis, chirurgie générale. — Les lundis et mercredis, chirurgie abdominale.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera le cours d'histologie le samedi 6 novembre 1897, à quatre heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Les éléments anatomiques en général; les éléments nerveux et le système nerveux; le foie, le rein; les éléments de la génération.

— M. le professeur Gabriel Pouchet commencera le cours de pharmacologie et matière médicale, le samedi 6 novembre 1897, à quatre heures (amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Étude des modificateurs de la circulation. — Ordre du cours : Mardi et samedi, leçon théorique. Jeudi, conférences pratiques et interrogations. (Ces conférences auront lieu pendant toute la durée de l'année scolaire.)

— M. Broca, agrégé, commencera ses conférences de pathologie externe, le samedi 6 novembre 1897, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Chirurgie des membres.

— M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique, le lundi 8 novembre 1897, à l'Hôtel-Dieu, à neuf heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Clinique et opérations à dix heures; exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

— M. le professeur Tillaux commencera son cours de clinique chirurgicale, le lundi 8 novembre 1897, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Charité, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Lundi et vendredi, à cinq heures et quart, exercices cliniques sous la direction de M. Souligoux. — Lundi et jeudi, à quatre heures, démonstration d'anatomie pathologique, par M. Pilliet.

— M. le professeur Farabeuf commencera le cours d'anatomie, le lundi 8 novembre 1897, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Cou, thorax; membre supérieur.

— M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique, le lundi 8 novembre 1897, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis à deux heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage). — Sujet du cours : Anatomie pathologique générale; lésions des cellules; tumeurs.

— M. le professeur Le Dentu commencera le cours de clinique chirurgicale, le mardi 9 novembre 1897, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital Necker, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. — Opérations les mardis et vendredis dans le grand amphithéâtre, après la leçon, et le jeudi, à neuf heures, dans le service spécial de gynécologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 8 novembre 1897.

L'affaire du docteur Laporte est entrée dans une phase nouvelle. Notre malheureux confrère, après avoir hésité, a, comme nous l'avons annoncé, interjeté appel du jugement qui vient de le condamner. C'est une instruction nouvelle qui va naître, ce sont de nouveaux experts qui vont être appelés, de nouveaux juges qui prononceront.

Quelle doit être maintenant la conduite du corps médical? L'unanimité des sentiments qui se sont fait jour à l'occasion de ce triste procès prouve, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, combien cette affaire est nôtre et tous, nous attendons avec confiance l'issue des nouveaux débats qui vont s'engager. Aussi le temps des protestations bruyantes nous paraît passé. Les éclats et les cris ne sont plus de mise, moins encore les protestations agressives. De malheureuses paroles ont été prononcées, des phrases offensantes pour la magistrature en général ont été imprimées. C'est, à notre sens, un très grand tort, tout au moins une grande maladresse, que d'attaquer d'avance les juges près desquels notre confrère va paraître. A notre solidarité si touchante, pourquoi vouloir opposer une entente préalable de toute la magistrature et poser le procès comme un procès se débattant entre l'ordre judiciaire et l'ordre des médecins? Il ne s'agit pas ici de lutte, il ne s'agit pas de victoire, ni de défaite. Il faut voir les choses comme elles sont et sous leur vrai jour. Un des nôtres est accusé, condamné, injustement suivant nous : notre rôle est d'éclairer la justice, de faire valoir nos arguments posément, scientifiquement, sans bravade ni défi.

Le cas du docteur Laporte est, de par la marche des choses, devenu entièrement le nôtre. Ne compromettons pas l'avenir par des manifestations intempestives.

Le Congrès de chirurgie vient de se terminer, et c'est le moment de récapituler ce que la science a pu gagner à cette réunion scientifique annuelle.

La plupart des communications eussent été mieux à leur place, publiées *in extenso* dans un journal périodique. Ce n'étaient souvent que des observations, sans doute intéressantes, mais qui ne sortent pas du cadre ordinaire des observations qu'on peut prendre journellement dans les hôpitaux.

Qu'est-il sorti du savant rapport de M. Demons? Rien, absolument rien, et il n'en pouvait être autrement. Le traitement des contusions de l'abdomen — question tant de fois discutée et toujours restée insoluble — ne saurait se renfermer dans les limites inextensibles d'une formule thérapeutique. Il y aura toujours mille cas particuliers, tous dissemblables et pour chacun desquels la discussion devra renaître.

Le rapport de M. Quénu sur le traitement du cancer du rectum et la discussion qui a suivi ont paru recommander, comme temps préalable à l'extirpation du rectum, l'établissement d'un anus contre nature, la nécessité d'enlever le rectum comme s'il s'agissait d'une tumeur septique. Le travail de M. Quénu était un travail très documenté, qui ne déparera pas son livre sur les maladies du rectum, mais qui y était aussi bien à sa place qu'à la tribune du Congrès.

Une discussion intéressante a surgi, inévitable, sur le traitement du mal de Pott. Elle a servi de prétexte à des réclamations de priorité longues et fatigantes, qui ont fini par amener des protestations de l'assemblée. Cependant, il en est sorti quelques points de pratique intéressants. On peut redresser les pottiques, au début de leur affection, avec des lésions peu avancées et surtout peu anciennes. Ne pas toucher aux vieilles gibbosités, dont la colonne vertébrale est très déviée et consolidée dans cette attitude vicieuse.

C'est la mise au point des indications de ce traitement, dont l'éclosion avait fait tant de tapage.

Nous négligerons l'annuelle discussion sur l'hémostase préalable ou non préalable, sur la priorité du pincement et l'invention des pinces; le résumé que nous avons donné à nos lecteurs suffit pour que nous ne revenions pas sur ces questions oiseuses et aujourd'hui jugées.

Sur 146 communications inscrites au programme, beaucoup auraient gagné à être publiées ailleurs qu'au Congrès, qui devient une sorte de journal parlé, avec cette différence toutefois que ses lecteurs sont d'un nombre infiniment restreint et que la lecture est tellement écourtée dans la plupart des cas que la meilleure observation perd ainsi toute sa valeur.

Moins d'observations de cas particuliers, moins de communications de détail, de larges discussions réservées uni-

quement aux questions d'actualité, sur lesquelles il est besoin de porter la lumière, c'est en réalisant ce programme que le Congrès français de chirurgie évitera l'indifférence et l'oubli, qui sont les prémisses d'une fin prochaine.

Étant donné les ressources thérapeutiques dont dispose la chirurgie moderne, il y a un intérêt considérable à pouvoir distinguer les diverses modalités d'obstruction biliaire, et à différencier en particulier l'obstruction cancéreuse de l'obstruction calculeuse.

Un nouveau cas de cancer primitif des voies biliaires, dont M. Claisse présentait hier les pièces anatomiques à la Société médicale des hôpitaux (5 novembre), permet d'étudier à nouveau les diverses difficultés de ce fréquent problème clinique.

Il importe de constater dès l'abord que, dans la marche ordinaire de l'affection, rien n'appartient en propre au cancer, car la tumeur n'agit qu'à titre d'obstruction mécanique, aux effets identiques à ceux que peut produire toute autre cause, et en particulier l'enclavement d'un calcul.

De même, l'évolution de l'ictère est un signe trompeur. L'ictère peut être variable et intermittent, comme l'ont constaté Hanot et Rendu; il peut, au contraire, se développer tout d'un coup et persister alors jusqu'à la fin, sans aucune rémission.

Les commémoratifs ont une importance plus considérable. « La notion de coliques hépatiques antérieures, dit M. Claisse, est un appoint en faveur du diagnostic d'obstruction calculeuse, mais n'exclut pas celui d'obstruction cancéreuse, les deux affections pouvant se succéder ou coïncider. Par contre, l'absence de coliques hépatiques dans les antécédents du malade ne permet pas d'affirmer le cancer, surtout chez un vieillard qui peut avoir une sensibilité émoussée; on sait combien sont fréquentes, à un âge avancé, les migrations calculeuses indolores. »

C'est seulement dans l'état de la vésicule biliaire que l'on peut trouver un signe plus significatif. Presque toujours, en effet, au cas de cancer primitif des voies biliaires, la tumeur siège sur la terminaison du cholédoque, au niveau de l'ampoule de Vater, et tend à produire en amont une distension généralisée, avec dilatation de la vésicule, laquelle devient alors facilement perceptible à la palpation.

Par contre, dans l'obstruction calculeuse, les canaux et la vésicule biliaire subissent une transformation fibreuse, et la vésicule, ainsi que Terrier et Courvoisier l'ont démontré, se rétracte et ne peut plus être perçue.

Cette loi souffre quelques exceptions, et l'observation de M. Claisse en est une. Il n'en est pas moins vrai que la règle établie par Hanot se vérifie presque toujours, et que la dilatation de la vésicule permet de distinguer l'obstruction cancéreuse de l'obstruction calculeuse.

Dans une précédente communication, MM. Barbier et Tollemer ont étudié les modes de généralisation du bacille diphtérique; ils ont insisté surtout, et ce, de très utile façon, sur les causes de mort dans la diphtérie.

M. Sevestre revient à son tour sur ce sujet et fait remarquer fort justement que la plus exacte connaissance des causes de mort permettra sans doute ultérieurement de mieux traiter les malades.

Quant à la généralisation du bacille diphtérique, M. Sevestre fait observer que la possibilité de retrouver le micro-organisme dans les ganglions a déjà été constatée dans son service par M. Méry, avec cette réserve que c'est seulement dans les ganglions qui reçoivent les lymphatiques des parties malades, ganglions cervicaux ou trachéo-bronchiques, que cette recherche positive a pu être faite.

M. Barbier, ayant constaté la présence des bacilles spécifiques dans les centres bulbo-protubérantiels, en conclut que peut-être c'est là l'origine de certaines paralysies bulbaires.

Il faudrait, dit M. Sevestre, pour que cette hypothèse fût inattaquable, que l'envahissement du bulbe et de la protubérance pût être surpris immédiatement après la mort, car on sait que M. Roux a pu provoquer des paralysies avec les seules toxines.

Il n'en est pas moins vrai que la présence du bacille constatée dans le sang et dans les centres nerveux est d'un très considérable intérêt; car on peut admettre que, si les accidents paralytiques sont de nature toxique, la toxine peut être fabriquée *in situ* et imprégner ainsi directement le bulbe.

Nous sommes loin aujourd'hui de cet enthousiasme qu'ont provoqué les premières recherches de R. Koch sur la tuberculine. Les nouveaux essais ne semblent pas donner des résultats bien supérieurs aux premiers. M. Letulle rapporte quelques résultats curieux à ce point de vue. Cet auteur a cherché à connaître l'action de la tuberculine chez des phtisiques peu avancés. Il a vu, à la vérité, quelque amélioration dans différents symptômes; ici, c'est la diminution de la dysphagie dans un cas de phtisie laryngée; ailleurs, c'est l'atténuation de la douleur vésicale et de la dysurie chez un malade atteint de tuberculose génito-urinaire; là, c'est l'augmentation du poids du corps pendant la durée du traitement.

Mais ces résultats sont-ils bien attribuables à la tuberculine?

Si l'on considère que, dans aucun de ces cas, les bacilles n'ont disparu des crachats, on peut facilement admettre que ces améliorations ont été l'effet du repos, de l'alimentation, des conditions hygiéniques meilleures des malades hospitalisés.

M. Claisse présente à la Société une jeune fille atteinte d'ostéopathies blennorragiques siégeant au niveau des cartilages costaux.

HOPITAL BEAUJON. — M. Ch. Fernet.

De l'ostéo-arthrite à pneumocoques [à propos d'un nouveau cas] (1).

Dans une note que nous avons, mon ancien interne M. Lorrain et moi, communiquée à la Société à la fin de janvier 1896 sur un cas d'infection pneumococcique à manifestations articulaires et méningée, nous avons cherché à établir que les manifestations articulaires de l'infection pneumococcique peuvent se présenter sous diverses formes, et nous avons notamment insisté sur une forme, non encore décrite, dont nous venions d'observer un exemple : à côté des formes purement articulaires de l'infection pneumococcique,

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

« il existe, disions-nous, une ostéo-arthrite à pneumocoques dans laquelle l'épanchement articulaire est des plus minimes et qui s'accompagne de la destruction des ligaments, de la synoviale, des cartilages, du périoste, et qui entraîne une dénudation complète de l'os jusqu'au tissu spongieux. Au point de vue clinique, ajoutions-nous, cette forme se manifeste par un gonflement et une rougeur des plus marqués, par des douleurs très vives entraînant l'impotence fonctionnelle, par une élévation thermique assez forte, par un état général mauvais. »

J'ai observé, il y a peu de temps, un nouveau cas qui a présenté la plus grande ressemblance avec celui que je viens de rappeler. Il semble donc qu'il y ait là un type spécial d'ostéo-arthrite qui mérite d'être classé en nosologie, puisqu'il serait distingué par la cause, par les lésions anatomiques, par les caractères cliniques; ne sont-ce pas là les bases fondamentales de l'espèce pathologique?

Voici la nouvelle observation :

Observation. — Le nommé P..., cinquante-six ans, menuisier, entre à l'hôpital Beaujon, salle Barth, n° 16, le 11 janvier 1897, se plaignant de courbature générale et de toux.

C'est un homme de constitution moyenne, de bonne santé habituelle. Bien qu'il se défende d'être alcoolique, on relève chez lui quelques symptômes d'éthylisme (cauchemars et crampes dans les jambes pendant la nuit) et des symptômes d'artério-sclérose (maux de tête, doigt mort, pollakiurie) : le cœur est arythmique et l'urine contient des traces d'albumine.

Comme antécédents morbides, il n'a eu qu'une fluxion de poitrine il y a vingt ans.

Le malade était enrhumé depuis un mois, quand, il y a huit jours, il a senti un point de côté violent à gauche de la poitrine; il vint consulter à l'hôpital, on lui appliqua des ventouses qui ne lui amenèrent que peu de soulagement. Depuis lors, il continua à tousser et, à plusieurs reprises, il remarqua des crachats noirâtres avec quelques filets de sang : en même temps il avait de la fièvre, et une diarrhée qui a cessé depuis.

L'examen de la poitrine fait constater l'existence d'une bronchite avec quelques foyers de bronchopneumonie, surtout à gauche où il y en eut un très étendu (souffle tubaire en arrière et dans l'aisselle dans toute la hauteur du poumon, avec quelques râles crépitants à la base; râles fins à la base droite; râles muqueux de bronchite disséminés dans toute la poitrine). Cœur arythmique. — Enveloppements froids, potion de Todd.

17 janvier. Le malade accuse une douleur vive à l'extrémité de la clavicule, dans l'articulation acromio-claviculaire; il y a à ce niveau une tuméfaction évidente.

30 janvier. Les signes de bronchopneumonie du lobe supérieur gauche persistent sans changement. L'articulation acromio-claviculaire est toujours tuméfiée et douloureuse.

En imprimant à la clavicule des mouvements en divers sens, je provoque une crépitation manifeste qui est certainement une crépitation osseuse, et alors, me rappelant mon autre malade d'il y a un an, je n'hésite pas à dire qu'ici encore il s'agit d'une ostéo-arthrite pneumococcique avec destruction des extrémités articulaires. J'ai l'occasion de montrer ce malade quelques jours plus tard à mon ancien interne, M. Lorrain, et à M. Papillon qui avaient observé avec moi le premier malade : l'un et l'autre déclarent immédiatement sans hésitation que le cas est semblable à celui que nous avons vu ensemble et que c'est une arthrite à pneumocoques.

Le malade est très déprimé, pourtant sans troubles cérébraux. Il est toujours assez oppressé et a une toux fréquente avec expectoration gommeuse. Il n'a pas d'appétit et a même du dégoût pour les aliments. Il a une fièvre modérée, pouls 92. L'impulsion du cœur et les bruits cardiaques sont faibles, sans bruits morbides. Traces d'albumine dans les urines. Régime lacté, œuf, potage à la viande, légumes. Potion cordiale avec extrait de quinquina.

6 février. La matité et le souffle persistent au sommet gauche, avec des râles sous-crépitants. Le gonflement a beaucoup diminué au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, mais les mouvements sont toujours douloureux et on provoque facilement la crépitation osseuse.

12 mars. L'état général est très amélioré. Le souffle mêlé de râles sous-crépitants persiste dans la fosse sous-épineuse gauche. Depuis huit jours, l'épaule est immobilisée dans une écharpe de Mayor : grâce au repos absolu de l'articulation, la douleur spontanée a complètement disparu, et la douleur provoquée par la pression et par les mouvements est beaucoup moindre. On continue l'immobilisation.

20 mars. L'épaule va très bien, il n'y a plus aucune douleur spontanée ou provoquée, ni aucun craquement; la mobilité anormale a complètement disparu; les mouvements de l'articulation sont même très limités.

Les phénomènes pulmonaires se sont aussi beaucoup atténués. On note, dans la fosse sous-épineuse : rudesse respiratoire, expiration prolongée et soufflante, transsonnance sèche; dans la fosse sous-épineuse, encore un peu de souffle et quelques râles sous-crépitants dans les grandes inspirations qui suivent la toux.

30 mars. L'extrémité externe de la clavicule paraît ankylosée : les mouvements qu'on cherche à lui imprimer ne provoquent plus de crépitation.

Dans le poumon, il persiste, au sommet gauche, de la submatité et de la respiration soufflante sans bruits adventices, même après la toux.

L'état général est excellent.

En somme, la bronchopneumonie s'est terminée par une sclérose du poumon après une durée de trois mois; l'ostéo-arthrite s'est terminée par ankylose après une durée de deux mois et demi.

Le malade part pour Vincennes dans un état général excellent.

En présence de deux faits seulement, on ne peut assurément pas avoir la prétention de constituer d'une façon définitive la description d'une maladie; mais si l'on veut bien tenir compte des caractères si particuliers et si spéciaux que nous avons relevés dans la première observation et qui se sont montrés identiques dans la seconde, il sera peut-être permis d'ébaucher, au moins à titre provisoire, une étude clinique de l'ostéo-arthrite pneumococcique.

Le début est brusque et marqué par une douleur vive, accompagnée bientôt de rougeur et de gonflement au niveau de l'articulation malade. La rougeur n'est pas très intense, elle peut même manquer. Le gonflement est, au contraire, très accusé; il est produit, non par un épanchement intra-articulaire qui n'existait pas dans nos observations (ainsi que le démontre, dans le premier fait, le résultat négatif de nos ponctions exploratrices), mais par un œdème plus ou moins considérable qui occupe tout le tissu cellulaire péri-articulaire et s'étend même assez loin en dehors des limites de l'articulation.

Au bout d'un certain temps, quand les surfaces articulaires sont érodées et même détruites, les extrémités osseuses privées de cartilage donnent, en frottant l'une contre l'autre dans les mouvements, une crépitation tout à fait semblable à la crépitation qu'on perçoit dans les fractures. Ce signe

est absolument caractéristique des lésions anatomiques spéciales à l'ostéo-arthrite que nous étudions. Dans l'observation que je rapporte aujourd'hui, j'ai senti la crépitation osseuse treize jours après le début de l'arthrite; j'insiste sur la précocité de ce signe, précocité qui montre que la lésion ulcérative qui amène la destruction des surfaces articulaires évolue avec une grande rapidité. Il faudra rechercher cette crépitation, que je ne vois pas indiquée dans notre première observation et qui pourrait naturellement échapper en raison de l'immobilité instinctive à laquelle le malade soumet son articulation pour éviter la douleur. En même temps, on constate une mobilité anormale de l'extrémité articulaire malade, qui témoigne que l'articulation a perdu le contact intime de ses deux surfaces et que ses moyens de fixité ont été détruits.

La durée de l'ostéo-arthrite pneumococcique est longue : bien que l'évolution soit rapide au début, et que quelques jours suffisent pour que la destruction des surfaces articulaires soit produite, il faut, par contre, un temps assez long pour que la réparation des désordres s'opère et que des adhérences solides parviennent à donner aux extrémités osseuses de nouveaux soutiens.

L'ankylose fibreuse paraît être le mode de terminaison naturel de l'ostéo-arthrite, celui que l'on doit aussi chercher à obtenir; l'immobilisation de la jointure est le moyen thérapeutique qui se présente pour arriver à ce résultat. Je ne saurais dire dans quelle mesure la restauration intégrale de l'articulation peut être atteinte : chez mon malade de tout à l'heure, la guérison était en apparence complète; mais il convient d'observer qu'il s'agissait d'une articulation normalement peu mobile et que, dans ces conditions, des adhérences fibreuses solides pouvaient être considérées comme un moyen de réparation très suffisant.

L'étude directe des *lésions anatomiques* a pu être faite dans le cas que j'ai publié avec M. Lorrain. Il s'agissait de l'articulation sterno-claviculaire, et voici les lésions que nous avons notées à l'autopsie, trois semaines environ après le début de l'ostéo-arthrite. L'articulation n'existe pour ainsi dire plus. Le tissu cellulo-graisseux péri-articulaire est infiltré de sérosité; les muscles sont déchiquetés, d'un rouge pâle, et présentent des stries purulentes. Les ligaments sont détruits; le ménisque interarticulaire, la synoviale, les cartilages diarthrodiaux n'existent plus. Les surfaces articulaires sont représentées, tant du côté de la clavicule que du côté du sternum, par deux portions osseuses rugueuses, dénudées, présentant à la vue la partie spongieuse de l'os. Enfin, et contre toute attente, il n'y a pas d'épanchement dans l'articulation, et c'est avec peine que l'on peut récolter dans une pipette quelques gouttes de sérosité louche.

L'étude histologique et bactériologique de la sérosité articulaire a été faite, dans le même cas, par le docteur Papillon et par M. Lorrain. L'examen direct sur lamelles y a fait voir peu de globules blancs et d'assez nombreux globules rouges; en outre, des diplocoques isolés ou en chaînettes, avec une capsule très nette; on n'a pas constaté de phagocytose. Le liquide, ensemencé sur bouillon et gélose, a donné des cultures pures de pneumocoque. Une souris, inoculée avec VIII gouttes de culture sur bouillon du liquide méningé, est morte au bout de trente-six heures d'infection pneumococcique; le sang contenait des pneumocoques. (On sait que, chez ce malade, il s'agissait d'une infection pneumococcique à manifestations pulmonaire, méningée et articulaire.)

On ne saurait ne pas être frappé de l'analogie des lésions osseuses que nous venons de rapporter avec celles qu'on observe dans les arthropathies du tabes dorsal, et aussi de l'analogie dans l'évolution clinique. Et, soit dit en passant, si l'on admet que l'ostéo-arthrite pneumococcique reconnaît pour cause directe l'action du pneumocoque et qu'une influence nerveuse d'ordre trophique y paraît peu probable, ne sera-t-on pas amené à se demander si les arthropathies tabétiques ne relèveraient pas aussi, au moins pour une part, de quelque infection microbienne, peut-être favorisée, d'ailleurs, par le trouble trophique dont on ne saurait sans doute écarter l'influence, ne fût-ce qu'à considérer la localisation de ces arthropathies dans les membres affectés par les désordres tabétiques? Je ne sache pas que les bactériologistes aient poussé leurs recherches dans ce sens; mais je n'insiste pas sur cette question qui m'écarte de mon sujet.

L'étiologie de l'ostéo-arthrite pneumococcique peut être résumée en quelques mots. L'action du pneumocoque en paraît être la cause unique et suffisante. Est-elle cependant spécifique, et d'autres microbes ne sont-ils pas capables de produire des lésions semblables? Je me garderais bien de l'affirmer; tout ce que je puis dire, c'est que je ne connais pas d'exemple d'ostéo-arthrites analogues qui soient causées par d'autres bactéries.

Étant donné la cause de l'ostéo-arthrite pneumococcique, il va de soi qu'on la rencontrera presque toujours chez des malades en puissance d'infection pneumococcique plus ou moins généralisée, qu'elle surviendra le plus souvent dans le cours d'une pneumonie et qu'elle sera quelquefois associée à d'autres manifestations de la même infection, telles que la pleurésie, la méningite, l'otite, etc.

N'oublions pas que l'action du pneumocoque sur les articulations est loin de se traduire communément par l'ostéo-arthrite dont je m'occupe. Cette forme semble même moins fréquente que plusieurs autres que nous avons, M. Lorrain et moi, admises dans la note relative à notre premier malade, telles que la forme légère sans lésions macroscopiques évidentes, la forme hydropique avec épanchement séreux, surtout la forme purulente qui est la moins rare et la mieux connue. L'étude de ces arthrites est d'ailleurs trop récente et trop peu avancée pour qu'on puisse être fixé sur leur fréquence relative; elles paraîtront peut-être beaucoup plus communes quand on les connaîtra davantage, et elles viendront augmenter encore le groupe, nombreux déjà, des maladies articulaires variées et disparates qui encombraient naguère l'histoire du rhumatisme.

DES PARALYSIES POST-ANESTHÉSIQUES (1)

Par le docteur Ed. Schwartz,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

On observe quelquefois, à la suite d'opérations pratiquées sous le bénéfice d'une anesthésie générale, des paralysies qui n'ont aucun rapport au point de vue pathogénique avec la région sur laquelle a porté l'intervention; elles ont ceci de commun de se montrer après une narcose et de surprendre, par leur apparition absolument imprévue, et le malade et le chirurgien. Leur histoire est de date récente et un cas personnel que nous relatons ici tout d'abord et dont

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1218.

la bizarrerie nous a frappé, nous a engagé à rechercher les faits publiés et à en tracer un tableau concis et fidèle.

Notre observation concerne un homme de quarante-cinq ans, souffrant dans ces dernières années d'une dilatation de l'estomac et de troubles gastro-intestinaux, qu'on a soignés, sans arriver à les guérir tout à fait. Il est porteur, depuis des années, d'une hernie inguinale petite, mais sortant assez facilement, malgré les bandages dont il fait usage. C'est un neurasthénique, il a connaissance d'accidents d'étranglement possibles, il en a même été témoin chez un membre de sa famille et demande à être débarrassé de son infirmité. L'état général étant meilleur, quoique le pouls reste toujours très lent, nous l'opérons en octobre 1896. La cure radicale est facile et rapide. Pendant l'opération, une petite alerte chloroformique, petite syncope respiratoire et cardiaque, à laquelle met fin rapidement la respiration artificielle. L'opéré reste toute la journée dans un état d'obnubilation qui ne lui permet pas de se rendre bien compte de ses sensations. Cependant, il est frappé, dès qu'il est bien réveillé, de ressentir des fourmillements dans la main droite, surtout le pouce et l'index, et il ne peut mouvoir facilement les deux doigts. Nous constatons le lendemain qu'il y a une paralysie totale du long fléchisseur du pouce et des fléchisseurs de l'index. Tous les autres muscles du membre supérieur sont intacts.

Aucune anesthésie, ni hyperesthésie.

Quand il commence à vouloir remuer et à déplacer les membres inférieurs, nous constatons une paralysie très nette du triceps crural droit. La paralysie est donc toute à droite, intéressant un seul muscle en bas, deux muscles en haut. Ces troubles franchement accentués ont peu à peu disparu : nous l'avons massé et électrisé et, sept mois après, rien n'existait plus des paralysies que nous avions remarquées.

Lorsque nous nous sommes aperçu de la paralysie des muscles du pouce et de l'index, notre première pensée a été qu'il pouvait s'agir là d'une paralysie périphérique par tiraillement du plexus brachial; cependant nous n'avions fait aucun effort exagéré pendant la respiration artificielle qui avait duré à peine deux minutes; il n'était plus possible de songer à cette pathogénie, lorsque nous nous aperçûmes de la paralysie du triceps crural; il ne pouvait s'agir que d'une paralysie centrale, fonctionnelle ou autre.

Bien interrogé, le malade nous apprit que, depuis quelque temps déjà, il présentait un peu de maladresse de la main droite et qu'il lui fallait des porte-plume de plus en plus gros pour écrire. Ce renseignement nous raffermit dans l'idée d'une paralysie centrale, l'idée de l'hystérie devant être complètement laissée de côté.

Les paralysies post-anesthésiques ou post-chloroformiques, comme elles sont plutôt désignées et décrites par les auteurs, se montrent sous deux physionomies distinctes.

Tantôt ce sont des paralysies périphériques, paralysies surtout du plexus brachial et de ses branches, intéressant par conséquent de préférence le membre supérieur.

Elles ont été vues par nombre de chirurgiens. Pour ma part, je n'en ai pas observé. Elles revêtent souvent le type clinique dit type d'Erb, intéressant de préférence le deltoïde, le brachial antérieur, le biceps, le long supinateur. Plus rarement, d'autres muscles sont paralysés.

Il résulte des recherches de Büdinger (*Arch. f. Klin. Chir.*, Bd 47, p. 121, 1894), de Krumm (*Samm. Klin. Vortr.*, n° 139, 1895), de Vautrin (*Bulletin de la Société de médecine de Nancy*, p. 29, 1895, et p. 31, 1895), de Garrigues (*Americ. Journ. of the med. Sciences*, Philadelphie, p. 81, 1897), de Casse (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 4e série, t. XI, p. 147, 1897), que ces paralysies sont de vraies paralysies traumatiques par compression, par tiraillement, dues à des attitudes vicieuses prolongées ou forcées, à des compressions circulaires des membres par des liens élastiques très serrés.

Ces paralysies évoluent comme les paralysies par compression ou tiraillement; elles en ont l'histoire clinique.

On peut et on doit les éviter en surveillant, pendant la chloroformisation ou l'éthérisation (Garrigues), les malades à opérer.

Ce ne sont pas des paralysies post-chloroformiques ou post-anesthésiques, car elles n'ont d'autre relation avec l'anesthésie que d'apparaître après elle, et d'avoir été produites par des attitudes maintenues et supportées à la faveur du sommeil.

Beaucoup plus rares, beaucoup moins étudiées sont d'autres paralysies que l'on ne peut plus expliquer de la même façon et dont le tableau clinique est différent.

Sans vouloir rien préjuger, nous les appellerons, comme les auteurs qui les ont étudiées, paralysies centrales ou post-anesthésiques vraies. Notre fait en est un cas. Nous avons pu en recueillir une dizaine, dont le tableau clinique est variable, mais que l'on peut cependant assez bien ranger en trois catégories.

Dans une première, se trouvent des faits de paralysie n'intéressant qu'un membre, des monoplégies, ressemblant beaucoup à ceux déjà signalés, tels les faits de Büdinger, de Franke; le premier avec autopsie montrant une zone de ramollissement au niveau de l'écorce cérébrale, le second chez une femme manifestement hystérique, avec les caractères d'une paralysie hystérique.

Dans une seconde catégorie, nous voyons des paralysies d'un nerf cranien (nerf facial), uniques ou associées à des paralysies des membres ou d'autres nerfs craniens.

Dans une troisième se rangent de véritables hémiplégies s'établissant d'emblée dès le réveil ou survenant progressivement ou encore peu de temps après.

Tous les malades sont des femmes, excepté le nôtre. La plupart ont guéri plus ou moins lentement.

La question pathologique se pose et est difficile à résoudre. S'agit-il de paralysies toxiques, comme le pensent Büdinger et Bernheim, comparables aux paralysies alcooliques et tenant à une action spéciale du chloroforme amenant une dégénérescence de la substance nerveuse, quand celle-ci constitue un *locus minoris resistentiæ*? Nous ne le pensons pas, à cause de la rareté des faits, à cause de ceux où la durée de l'anesthésie a été très courte, où cette dernière a été incomplète.

Faut-il songer à une simple coïncidence? C'est possible, mais non démontrable.

Il est, par contre, plausible de penser que des artérioscléreux, que des individus à artères malades peuvent, pendant la chloroformisation ou l'éthérisation, à la période d'excitation, sous l'influence de cris, d'efforts, de vomissements, faire une rupture vasculaire et présenter, suivant l'étendue du foyer, sa localisation, des lésions se traduisant par des signes variables. Des faits de Depage, de Gross, le fait de Büdinger parlent dans ce sens.

Enfin, l'hystérie doit intervenir dans certains cas, et

maintenant que nous connaissons si bien l'hystéro-traumatisme, il faut chercher dans cette voie.

Au point de vue pratique, il est impossible de prévoir l'accident, l'on pourra s'en méfier chez les artériels et les cardiaques. L'on saura que, malgré tout, la guérison a eu lieu souvent lorsqu'il ne s'agit pas d'hémiplégies totales.

THÉRAPEUTIQUE

Potion contre les tranchées utérines.

Antipyrine	3 grammes.
Sirop de bromure de potassium du Codex	30	—
Hydrolat de laurier-cerise	60	—

A prendre dans la journée. (*Presse méd. de Paris.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 15 AU 20 NOVEMBRE 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 15 NOVEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Reynier, Retterer et Weiss.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Pinard, Terrier et Tuffier; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Letulle; — M. Widal, suppléant.

MARDI 16 NOVEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse et Gley; — M. Marie, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Campenon et Hartmann; — (2e série) : MM. Guyon, Quénu et Nélaton.

3e examen définitif (officiat) : MM. Panas, Tarnier et Thoinot; — M. Charrin, suppléant.

MERCREDI 17 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Marchand, Lejars et Walther.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Delbet, Broca et Bonnaire; — M. Heim, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Kirmisson et Tuffier; — (2e partie) : MM. Hayem, Letulle et Gilles de La Tourette; — M. Ricard, suppléant.

JEUDI 18 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, Berger et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Guyon, Tarnier et Nélaton.

4e examen : MM. Proust, Pouchet et Gilbert; — M. Achard, suppléant.

VENDREDI 19 NOVEMBRE, à une heure. — 2e examen (nouveau régime) : MM. Gautier, Ch. Richet et Retterer.

4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter; — M. Walther, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Reynier, Marchand et Ricard; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Widal et Thoinot; — (2e série) : MM. Déjerine, Gaucher et Gilles de La Tourette; — M. Broca, suppléant.

SAMEDI 20 NOVEMBRE, à une heure. — 1er examen (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Campenon et Thiéry.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ballet et Gley.

3e examen (2e partie) : MM. Raymond, Hutinel et Ménétrier.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Rémy et Hartmann; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements, rue d'Assas* : MM. Tarnier, Maygrier et Bar; — M. Marfan, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 3 novembre :

Anatomie. — MM. Pagnier, 14. — Ferrand et Prat, 13. — Bergeron, 12. — Bochory et Maurage, 11. — Alquier, Bents, Guimbal et Tintrelin, 10. — Fachatte, 4.

Pathologie. — MM. Ribierre et Sikora, 13. — Kats, Legroux et Robert, 12. — Heitz et Netter (G.), 11. — Loiselet, 9. — Moret, 8. — Matzoukis et Poirrier de Clisson, 6. — Lacasse, 4.

Séances du 5 novembre :

Anatomie. — Esmonet et Lœper, 15; — Roche (Louis), 13. — Chapotin et Pestemalzoglu, 12. — Tourlet, 11. — Diel et Tixier, 10. — Sersiron, 9. — Asselineau, 8. — Raoux, 3.

Pathologie. — Mutzner, 14. — Hanotte, Jakoneski, Lance, Le Lorier et Polle, 10. — Grosse, 9. — Hayem et Leduc, 8. — Leculier, 7. — Durand et Inglesi, 6. — Dardeau, 5. — Iribarn, 2.

— Par décret, en date du 4 novembre 1897, M. le docteur Martin (Alfred-Simon), médecin à Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 4 novembre 1897, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Tricard et Ardeber.

— La Faculté de médecine de Lyon vient d'accorder les récompenses suivantes aux meilleures thèses soutenues pendant l'année scolaire 1896-1897 :

Médailles d'argent : MM. Bérard, Bonne (Charles) et Gourmont.

Médailles de bronze : MM. Barjon, Dumarest, Gayet, Langlois, Regaud, Théaulon et Vauthey.

Mentions honorables : MM. Bec, Bonne (André), Bonnifay, Danis, Déjouany, Dupuis, Jardon, Perrin, Pinet, Sacquépée et Taste.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Cassat, de Vallandé, Péry, Duvergey, Grenier-Cardinal, Allain, Matignon, de Fleury, Duballen, Bourgès.

11. Chemin, Demay de Centant, Tel, Sonder, Maillard, Lambert, Montel, Pujos, Aubaret, Moysès.

21. Lescarret, Bossenat, Colineaux (Paul), Jousset, Braud, Soubourou, Le Nourichel, Gaurand, Monié, Quélain.

31. Berthon, Pitous, Rivière, Petit, Erdinger, Guérin et Pion.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — A la suite des derniers concours ont été nommés :

Chef des travaux d'anatomie pathologique : M. le docteur L. Hoche; chef de clinique médicale : M. J. Demange.

— *Hôpital civil français de Tunis.* — Un concours pour une place de chirurgien et une place de chirurgien suppléant s'ouvrira le 16 décembre 1897, à neuf heures du matin, devant la Faculté de médecine de Montpellier. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général du gouvernement tunisien, à Tunis.

— M. le professeur Pinard a commencé son cours clinique d'accouchements et de gynécologie, à la clinique Baudelocque. — Ordre du cours : Lundi et vendredi, à neuf heures : leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre, par le professeur. — Mercredi : leçons et opérations de gynécologie, par M. Segond. — Autres jours : leçons et opérations de chirurgie infantile, par M. Kirmisson; anatomie obstétricale pathologique, par M. Varnier; leçons de diagnostic obstétrical, par M. Baudron; kinésithérapie gynécologique, par M. Stapfer. — Cours pratique et manœuvres obstétricales, par MM. Lepage, Potocki, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise, Funk-Brentano, Paquy, Audebert et Fieux.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

Alcaloïdes et principes actifs
de l'Huile de Foie de Morue.

Délicieuse au goût

La Pangaduine

Le Meilleur des Fortifiants
est bien supérieure
à l'Huile de Foie de Morue

Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée : Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Rhumatisme, Goutte, Diabète. Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'Huile de Foie de Morue.

Granulée, Dragées, Elixir pour les Adultes
Sirop et Bonbons pour les Jeunes Enfants
SIÈGE SOCIAL, 44, rue Cambon
VENTE en GROS : Société Nationale, 50, r. des Ecoles, Paris
SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

RÉVULSIFS

VÉSICATOIRE LIQUIDE
BIDET
EMPLOYÉ DANS LES HOPITAUX
PROPRETE, EFFET CERTAIN
APPLICATION FACILE
PAS D'ACCIDENTS CANTHARIDIENS

GRANULES de FOWLER
GRANULES de BAUMÉ
PERICOLS à la Glycérine bellado-iodurée
du DOCTEUR LEGROS
1, Place de la République. ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS.

MIGRAINES NÉVRALGIES NÉVROSES **CÉRÉBRINE**
de 2 à 4 cuillerées à café à chaque accès
Notices et Spécimens fco.
Eug. FOURNIER (Pausodun), 114, rue de Provence, Paris.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

Dépôt : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

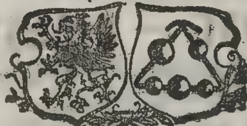
TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

AIROL

ANTISEPTIQUE INTERNE ET EXTERNE
a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

MARQUE GRIFFON



L'AIROL n'est pas toxique, est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi moins dispendieux que l'Iodoforme.

Hoffmann, Traub & Cie
BALE (Suisse)

EN VENTE DANS TOUTES LES DROGUERIES.
Vente en Gros : HERRMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS

BROMIDIA
HYPNOTIQUE
ANTINEVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage de spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison ?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous.

Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de BROMIDIA. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque
BATTLE'S BROMIDIA
DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES
ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, *5, rue de la Paix, PARIS*
Prix : 5 fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les médecins sur demande.* — Prix : 5 fr.

Xéroforme

est destiné à remplacer définitivement l'iodoforme. C'est l'épidermisant par excellence. Il tarit rapidement les écoulements des plaies sanieuses et semble posséder une action spécifique dans la guérison des ulcères tuberculeux.

Littérature et échantillons gratuits: L. Barberon, *15 Place des Vosges, Paris.*



HÉMORRHAGIES — **DRAGÉES CARBONEL** — LYMPHATISME
AU PERCHLORURE DE FER PUR
ANÉMIE — Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°. Le Flacon : 4 francs. — CHLOROSE

KOLA ROY

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.
Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).

N° 129. — JEUDI 11 NOVEMBRE 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 11 NOVEMBRE 1897. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie est en pleine période de rapports annuels. Cette séance a été entièrement consacrée à la lecture des rapports sur les eaux minérales et sur les prix Nativelle, Herpin, Alvarenga et Laborie.

Parmi les pièces de la correspondance, nous trouvons l'ampliation d'un décret autorisant l'Académie à accepter un legs de 40000 francs, fait par M. le docteur Dupierris, pour la fondation d'un prix bisannuel, destiné à récompenser le meilleur ouvrage sur les anesthésies et les maladies des voies urinaires ; ce prix portera le nom de fondation Campbell-Dupierris.

M. Chatin a présenté un travail du docteur Le Dantec, médecin de la marine, sur la fausse oronge (*Amanita muscaria*). On sait que la fausse oronge est, de tous les champignons, celui qui cause le plus d'accidents en France. Environ 90 p. 100 des empoisonnements lui sont imputables. M. Le Dantec en a isolé le principe actif (muscarine), et il a établi que c'était un poison du cœur. Par une série d'expériences, il est arrivé à montrer que l'atropine est le meilleur antidote à lui opposer. C'est là un fait utile à répandre, mais à la condition de ne pas laisser au public le soin de doser lui-même le contre-poison.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

La liste de présentation est ainsi dressée :

En première ligne, M. Bourquelot ;
En deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Beauregard et Behal ;
En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Balland, Vigier et Yvon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Les procès en responsabilité médicale ; procédure et rôle du médecin-expert (1).

(Leçon recueillie par M. Paul REILLE.)

Dans l'état actuel de la jurisprudence, les poursuites exercées contre un médecin peuvent être engagées de trois façons différentes :

Le procureur de la République peut poursuivre lui-même, quand il y a présomption de faute grave. C'est ainsi que le procureur intenta des poursuites contre un officier de santé, qui, s'étant rendu ivre auprès d'une femme en couches, perfora l'utérus et lia les intestins qui sortaient, croyant à une procidence du cordon.

La famille peut demander au médecin des dommages et intérêts pour une opération qu'elle juge mal faite ou une médication qui, à son avis, a causé préjudice au malade.

Enfin, si le procureur refuse de poursuivre, le malade ou sa famille, en vertu du droit de citation directe, peut faire appeler le médecin devant le tribunal correctionnel. C'est ainsi que le docteur Bouchereau, soignant une malade atteinte d'aliénation mentale, reçut du mari de cette femme une citation directe à comparaître sous l'inculpation de séquestration.

Dans le premier et le second cas, il y a nomination d'experts.

Dans le troisième cas, le médecin doit se présenter devant le tribunal pour se défendre des accusations portées contre lui ; pour ne pas se défendre lui-même, car on est suspect quand on plaide *pro domo sua*, il se rend en général à la barre accompagné d'un ou de plusieurs confrères, qui se chargent de prendre la parole et viennent, devant le tribunal, affirmer la parfaite honorabilité de leur collègue et les raisons qui, dans le cas particulier, ont dirigé ses actes professionnels.

Depuis vingt-cinq ans, j'ai été commis environ cent ou cent vingt fois pour des questions de ce genre, et je vous assure que je n'ai jamais abordé l'enquête sans un douloureux serrement de cœur ; le médecin qui va être appelé à se faire le juge des actes commis par un confrère, éprouve la même impression que l'officier qui est obligé de marcher contre ses concitoyens dans une guerre civile.

Si jamais, dans le cours de votre carrière, vous vous

(1) *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, nov. 1897.

trouvez contraint de juger les actes d'un de vos confrères, je vous recommande d'abord d'oublier les rapports que vous avez pu avoir avec lui. Que vous soyez son ami, ou bien, au contraire, que vous n'ayez pas entretenu avec lui de bonnes relations, vous ne devez pas vous en souvenir. Surtout il ne faut pas apprécier le fait incriminé d'après le genre de vie que mène son auteur, d'après sa conduite dans sa vie publique ou privée, car, dans ce cas, le rapport que vous soumettrez à l'appréciation des juges sera entaché de partialité et provoquera un arrêt injuste. Il ne suffit pas qu'un homme soit, par ses antécédents, jugé capable de commettre telle action pour admettre qu'il l'a réellement commise.

Je vous rappellerai le cas du médecin anglais Palmer (1). C'était un homme taré et qui, s'il était médecin de nom, ne passait guère son temps que sur les champs de courses; il comptait avec un de ses amis, sportsman comme lui, quelques milliers de livres de dettes; au moment du Derby, ils présentèrent ensemble au départ leur unique cheval, dans des conditions telles qu'il semblait incapable de pouvoir soutenir la course; cependant ce fut lui qui arriva en tête. Cette victoire sportive leur fit gagner une somme d'environ un million. En possession de cette fortune inespérée, ils offrirent un dîner à leurs camarades. L'ami intime, couchant dans la maison du médecin, fut pris, dans le milieu de la nuit, de convulsions dont il se remit du reste rapidement. Pour fêter l'acquittement de leurs dettes, ils donnent un second dîner; dans la nuit suivante, l'ami est pris de nouvelles convulsions auxquelles il succombe bientôt. Palmer eut le grand tort de mettre dans sa poche le portefeuille du mort. Comme sa réputation était exécrable, on l'accusa aussitôt d'avoir empoisonné son ami avec de la strychnine. Taylor était chargé de l'expertise; il dit malencontreusement dans son rapport qu'il était impossible de reconnaître la présence de la strychnine dans un cadavre, et cependant, déjà à cette époque, c'était l'un des rares alcaloïdes que l'on savait retrouver. Palmer fut condamné à être pendu et fut exécuté.

Si nous jetons un coup d'œil sur le rapport de Taylor, il nous est facile de reconnaître la cause de cette mort attribuée à un empoisonnement. En effet, il y est dit que les reins étaient petits et qu'ils contenaient plusieurs gommes syphilitiques. Il semble donc fort probable que l'homme en question est mort d'une attaque d'urémie convulsive due à ses excès de la veille. En tout cas, le poison ne fut pas retrouvé et l'empoisonnement ne fut pas démontré. Palmer fut condamné parce qu'on le jugeait capable d'avoir commis le crime et non parce qu'il fut établi qu'il l'avait commis.

En second lieu, ne vous basez pas pour établir vos conclusions sur les phases ultérieures de la maladie. Ne jugez pas en tenant compte exclusivement des résultats de l'autopsie. Faites, dans ces circonstances, la part de ce que pouvait savoir votre confrère au moment où il a fait sa prescription et de ce que vous savez; car la maladie a évolué et l'autopsie a éclairé les points douteux. En un mot, il faut vous placer dans les conditions mêmes où se trouvait le médecin incriminé au moment où il a été appelé près du malade, de façon à pouvoir apprécier les incertitudes dans lesquelles il a pu se trouver.

(1) Tardieu. Mémoire sur l'empoisonnement par la strychnine, contenant la relation médico-légale complète de l'affaire Palmer, *Ann. d'hyg.*, 1856, 2e série, t. VI, p. 371, et t. VII, p. 132.

Si vous êtes appelés à pratiquer l'autopsie, ne manquez jamais de demander au juge d'instruction, que, soit l'accusé, soit un représentant choisi par lui, soient présents.

Ainsi, lorsqu'il y a peu de temps je fus commis avec M. le docteur Thoinot pour faire l'autopsie de la malade morte chez le docteur Boisleux, j'ai demandé que le docteur Boisleux, alors seul mis en cause, assistât à cette opération, de manière qu'il lui fût possible de donner son opinion et d'expliquer les lésions que nous allions constater. J'ai prié le docteur Boisleux d'en écrire la relation de sa main; quand notre rapport a été terminé, nous l'avons lu à MM. Boisleux et Lajarrige, de manière que notre impartialité ne pût être mise en doute (1).

Enfin, vous n'avez pas à vous demander ce que vous auriez fait, vous trouvant au chevet de ce malade. La question de médication est, comme le disait le procureur Dupin, une querelle entre Hippocrate et Galien, une question à régler entre médecins.

Pour rendre plus clair mon exposé, je suppose que vous ayez à juger l'opportunité de l'emploi d'une médication; demandez-vous si elle est classique, usitée par plusieurs médecins, conseillée par des praticiens autorisés, ou si c'est une médication nouvelle, mais ne vous demandez pas si, vous, vous auriez choisi cette médication ou toute autre; vous n'avez pas à juger les opinions médicales de votre confrère en leur opposant les vôtres. Ainsi, il s'agit d'un cas d'hémorragie cérébrale, le médecin a prescrit la saignée, les sangsues à l'anus, les purgatifs; c'est une médication que l'on n'emploie plus guère aujourd'hui, à tort ou à raison, je n'ai pas à le discuter; pourrez-vous dire que le médecin a commis une faute en soignant son malade d'après cette vieille méthode? Assurément non, car elle est indiquée dans tous les traités de pathologie interne, c'est une médication classique.

Il y a quelques années un fait plus délicat à apprécier est survenu dans le service du docteur Legroux à l'hôpital Trousseau. On amène un enfant qui meurt avec des signes d'empoisonnement. L'autopsie faite par le médecin et les recherches chimiques pratiquées par l'interne en pharmacie font conclure à un empoisonnement par le phosphore. On fait une enquête et l'on apprend que cet enfant a été soigné par un médecin du quartier de Belleville, ancien interne des hôpitaux, qui, depuis plusieurs années, avait fondé un dispensaire pour enfants. Ce médecin n'exerçait pas, mais donnait des consultations gratuites et de plus il fournissait les médicaments. Chaque jour il prodiguait ses soins à cinquante ou soixante enfants, bien souvent scrofuleux; il employait pour leur traitement l'huile de foie de morue phosphorée à la dose d'une à deux cuillerées à soupe par jour; l'enfant transporté à Trousseau était mort à la suite de ce traitement.

Je fus commis avec M. Ogier pour l'expertise et, en reprenant les documents, j'ai vu qu'à Vienne un professeur de clinique avait préconisé ce traitement, donnant une statistique de 800 cas traités, dont 750 avaient guéri en deux mois, sans qu'on ait eu à enregistrer un seul décès; la dose de phosphore prescrite était double de la dose employée par le médecin de Paris; celui-ci fut acquitté par le tribunal qui, cependant, je dois le dire, montra quelque difficulté à accepter notre interprétation. Legroux, dans

(1) Voyez Brouardel et Thoinot. Affaire Boisleux et Lajarrige, *Ann d'hyg.*, 1897, t. XXXVIII, p. 289.

son rapport, avait exprimé une opinion, qui est aussi la mienne : prescrire du phosphore me semble dangereux, attendu que ce corps a tendance à s'accumuler dans l'organisme et peut ainsi causer un empoisonnement; c'est mon opinion de médecin traitant, mais comme médecin expert je n'avais pas à la formuler. Me basant sur ce fait que cette médication avait été employée à l'étranger par un homme compétent, qui affirmait en avoir eu de bons résultats et qui proclamait son innocuité, je n'ai pas hésité à conclure que le médecin n'avait pas commis une faute.

Il y a quelques années, un jeune médecin s'établit près de Sedan, dans une commune où se trouvait déjà un vieux praticien, qui semble ne pas lui avoir fait un affectueux accueil. Un de ses premiers clients fut un jeune homme du pays, qui, se trouvant à Paris, avait été pris de fièvre typhoïde; après quelques jours, on le transporte dans son village et le jeune médecin lui ordonne 4 grammes d'acide salicylique dans une potion à prendre en une heure. Le malade meurt. Assurément, je trouve cette dose d'acide salicylique considérable et jamais je n'oserais donner une telle quantité de ce médicament en une heure, surtout à un malade que je ne connais pas et dont les reins peuvent être en mauvais état, et, cependant, je ne devais pas dire que le médecin avait eu tort.

En effet, le vieux praticien ayant répété un peu partout que son jeune confrère avait occasionné la mort de son malade, je fus commis pour faire l'expertise. Je n'ai pas eu de peine à démontrer que si ce médecin avait donné cette dose d'acide salicylique, c'était parce qu'il avait maintes fois vu un médecin des hôpitaux, Vulpian, dont il avait été l'externe, donner cette même dose sans avoir jamais eu à déplorer le moindre accident; bien plus, Vulpian venait de faire à l'Académie de médecine une communication sur cette méthode qu'il appuyait de trente observations, dans lesquelles les malades paraissaient avoir recueilli un véritable bénéfice de cette médication; enfin à l'Académie personne n'avait élevé la voix pour protester contre la quantité d'acide salicylique donnée en aussi peu de temps.

De plus, ne savons-nous pas qu'il arrive souvent dans le cours de la fièvre typhoïde qu'un malade tombe dans le collapsus et meure, sans que l'on puisse en aucune façon incriminer la médication? Ne trouvons-nous pas des exemples frappants de ce genre de mort au cours de la fièvre typhoïde dans les livres de Louis (1), de Lorain (2), de Wunderlich (3), et pouvons-nous affirmer que le malade en question n'est pas mort naturellement dans le collapsus, surtout après les fatigues du transport de Paris à Sedan en chemin de fer et de Sedan à son village en voiture?

Quand il s'agit d'une médication nouvelle, où l'on ne peut être couvert par l'avis d'autres médecins, il faut agir avec la plus grande prudence.

Il y a quelques années, avant les découvertes de Roux en France et de Behring en Allemagne, dans le domaine de la sérumthérapie, un médecin de Paris eut l'idée de saigner des chèvres et d'injecter le sérum à des tuberculeux.

Je fus commis par le parquet pour faire une enquête sur le fait suivant :

(1) Louis. *Recherches sur la fièvre typhoïde*, Paris 1841.

(2) Lorain. *La température du corps humain et ses variations dans les maladies*, Paris 1877.

(3) Wunderlich. *De la température dans les maladies*, Paris 1872.

Un homme, phtisique peu avancé, vient se faire traiter; on lui fait l'injection; notez que pour la pratiquer le médecin n'avait qu'un aide, qui n'était même pas étudiant en médecine; le malade tombe mort dans le cabinet de consultation. Je ne veux pas discuter la valeur de cette méthode; je ne veux pas savoir, restant sur le terrain médico-légal, si elle est bonne ou mauvaise, si elle peut amener des désordres capables d'occasionner la mort; mais ce que je puis affirmer, c'est que l'on a souvent cité le cas d'hommes ne présentant que des signes légers de tuberculose et qui, cependant, ont été frappés de mort subite; par conséquent, on ne peut dire, dans le cas dont il s'agit, que « le malade est mort du traitement », attendu qu'il aurait pu se faire que la mort fût survenue subitement en ce moment, sans application de ce traitement.

Le médecin ne fut donc pas poursuivi, mais je dus lui faire remarquer, à lui, combien sa conduite était imprudente. L'essai de médications nouvelles ne peut se faire qu'après des expériences nombreuses et contrôlées sur des animaux, en présence de personnes compétentes, capables de vous prêter instantanément une assistance efficace.

N'oubliez pas que l'homme à qui on a prescrit la médication incriminée était un malade, que dans le cours de toute maladie il y a des surprises, et demandez-vous toujours s'il ne pouvait se faire que, par l'évolution naturelle de son affection, l'accident suspect ait pu se produire.

De plus, il faut s'enquérir des fautes commises par le malade lui-même. Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'un malade meurt inopinément pour avoir négligé les avis de son médecin quand, par imprudence, il commet un écart de régime ou fait des efforts violents malgré les conseils qui lui sont donnés? Ce sont autant de cas de mort que l'on peut parfois attribuer à la médication, et l'enquête ne parvient pas toujours à écarter toutes les chances d'erreur.

Il ne faut pas que le médecin-légiste se laisse impressionner par une erreur de diagnostic considérée en elle-même, alors qu'il lui semble qu'on aurait pu facilement l'éviter; nous avons tous vu des erreurs de diagnostic, nous en avons tous fait et pendant les vingt-cinq ans que j'ai passés à la tête d'un service hospitalier, je me le rappelle et mes élèves peuvent aussi s'en souvenir, plusieurs fois j'ai commis de ces erreurs; mais on ne peut rien nous reprocher, si nous nous sommes minutieusement renseignés, si une fois que les antécédents et les symptômes nous ont éclairés, nous formulons un diagnostic; il peut n'être pas exact, mais nous l'avons fait avec la préoccupation d'écarter les causes d'erreur; nous n'avons pas réussi, car nous ne sommes pas infaillibles; l'on ne doit pas nous en tenir rigueur et nous ne devons pas oublier que les plus grands maîtres ont pu se tromper.

Dupuytren n'a-t-il pas ouvert un anévrysme de l'artère axillaire croyant avoir affaire à un abcès du creux de l'aisselle?

Je me souviens, alors que j'étais élève du professeur Laugier et qu'il expérimentait le traitement de Scoutetten pour les kystes de l'ovaire par l'électrisation, qu'une femme vint le trouver avec un ventre volumineux. Le chirurgien diagnostiqua un kyste de l'ovaire et le traitement fut aussitôt commencé. Au bout de quelques jours, la tumeur diminua de volume et Laugier espérait déjà pouvoir compter sur un succès, lorsqu'un matin, en arrivant à l'hôpital, nous fûmes très étonnés de voir, auprès de notre malade, un

berceau dans lequel notre soi-disant kyste de l'ovaire s'agitait et criait.

Ne soyons donc pas trop sévères les uns envers les autres. Bien souvent, nous n'avons pas fait d'erreur de diagnostic sur la nature de la maladie, mais il n'est pas rare que nous en ayons fait une sur l'étendue de la lésion ou bien qu'une lésion, même importante, soit passée inaperçue sur l'individu vivant. Si l'on prenait la précaution, avant de faire une autopsie, d'écrire en détail le diagnostic anatomo-pathologique, je suis sûr qu'il ne serait pas toujours vérifié dans toutes ses parties. Il serait excessif de ne pas s'en souvenir et de juger un confrère par les seuls résultats de l'autopsie.

La justice doit être égale pour tous, mais ce serait commettre une injustice que de juger avec la même sévérité une erreur commise par un médecin des grandes villes ou un médecin de la campagne. En effet, à Paris, dans un cas de responsabilité, où il y aura eu soit erreur de diagnostic, soit erreur de traitement, le magistrat pourra demander pour quelle raison le médecin de la ville incriminé n'a pas, s'il n'était pas absolument sûr de lui, demandé l'avis d'un consultant. Ainsi moi, qui n'ai pas fait d'accouchement depuis 1871, j'estime que, me trouvant en face d'une femme enceinte, j'aurais tort d'essayer de faire une version, une basiotripsie ou une symphyséotomie, alors que bien d'autres, qu'il m'est facile d'appeler, sont plus aptes que moi à pratiquer ces opérations obstétricales.

Au contraire, à la campagne, il faut que le médecin soit simultanément médecin et chirurgien, accoucheur et oculiste, qu'il soigne aussi bien les maladies urinaires que les affections cutanées, et cependant on ne peut lui demander d'être spécialiste dans chacune de ces parties.

Si vous avez un jour à faire un rapport sur un sujet de médecine spéciale, vous pouvez demander à un spécialiste son avis sur les faits; mais il ne doit pas rédiger le rapport, car il se pourrait que lui, spécialiste, considérât comme une faute grave, une erreur commise dans la partie dont il s'occupe particulièrement, alors qu'en réalité cette erreur peut être fort pardonnable pour un autre. Rappelez-vous les paroles du lord chief justice de Londres : « Un homme n'est pas tenu d'apporter dans sa tâche une habileté extraordinaire, mais seulement un degré d'habileté normal. »

En terminant cette question de l'expertise en matière de responsabilité, après vous avoir exposé les difficultés de ce rôle bien délicat et envers la justice et envers des confrères, je dois conclure : Je crois que le jugement d'un expert, qui signe le rapport qu'il écrit et par là en prend l'entière responsabilité, est préférable à un jugement rendu par un conseil de médecins. En effet, le médecin légiste, au moment où il signe son rapport, sait que, s'il se trompe dans ses appréciations, cette faute le suivra pendant toute sa carrière, tandis que, dans une commission, personne n'a de responsabilité; à la responsabilité du juge unique qui ne peut se dérober, on substituerait un *anonymat* irresponsable.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA LÈPRE

(BERLIN 1897)

Résumés généraux.

Au moment où prennent fin les travaux de la Conférence de la lèpre, les secrétaires ont l'honneur de donner un résumé succinct des résultats des délibérations. Ils estiment que ce résumé sera surtout utile aux délégués officiels.

Tout naturellement la discussion a porté principalement sur l'agent pathogène de la lèpre. Cet agent est le bacillus lepræ qu'ont fait connaître au monde entier, depuis près de vingt-cinq ans, la découverte de Hansen et les travaux de Neisser.

On n'est pas fixé jusqu'à présent sur le mode de développement du bacille, pas plus que sur son mode de pénétration dans l'organisme humain ; mais les travaux de la Conférence donnent déjà des indications sur les modes de propagation du bacille dans ce même organisme.

Tous les membres de la Conférence sont d'accord sur ce fait, que l'homme seul est porteur du bacille.

D'intéressantes observations ont été communiquées sur la grande quantité de bacilles éliminés par la peau et les muqueuses nasales et buccales. Il serait à désirer que de nouvelles recherches fussent faites dans cette direction, dans les pays où l'on rencontre beaucoup de cas de lèpre.

En dehors de ces questions purement scientifiques, les secrétaires relèvent ce fait d'importance pratique, que la lèpre doit être regardée comme une maladie contagieuse. Tout lépreux constitue un danger pour son entourage, danger qui augmente avec la durée et l'intimité de ses rapports avec ce même entourage, sans préjudice des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles il vit. Il en résulte que c'est principalement dans la population pauvre et misérable que le lépreux constitue un danger permanent pour sa famille et ses compagnons de travail. Toutefois on ne saurait nier que des cas de transmission à des personnes vivant dans les meilleures conditions d'hygiène s'observent de plus en plus fréquemment.

La théorie de la transmission héréditaire de la lèpre perd chaque jour du terrain en faveur de la théorie contagionniste.

Quant à la thérapeutique de la lèpre, elle n'a donné, jusqu'à ce jour, que des résultats palliatifs; la sérothérapie elle-même n'a pas changé cet état des choses.

En raison de l'incurabilité de la lèpre, des dommages individuels et sociaux causés par elle, ainsi que des résultats obtenus en Norvège grâce aux mesures légales d'isolement, la Conférence, se basant sur le principe de la contagiosité de la lèpre, a adopté, comme conclusions définitives, les propositions suivantes de Hansen, amendées par Besnier :

1° Dans tous les pays où la lèpre forme des foyers ou prend une grande extension, l'isolement est le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la maladie ;

2° La déclaration obligatoire, la surveillance et l'isolement, tels qu'on les pratique en Norvège, doivent être recommandés à toutes les nations, dont les municipalités sont autonomes et possèdent un nombre suffisant de médecins ;

3° Il faut laisser aux autorités administratives le soin de fixer, sur l'avis des conseils sanitaires, les mesures de détail en rapport avec les conditions sociales de chaque pays.

Les secrétaires de la Conférence : PHIN. S. ABRAHAM (de Londres); Ed. ARNING (de Hambourg); A. von BERGMANN (de Riga); E. DUBOIS-HAVENITH (de Bruxelles); J.-J. KINYOUN (de Washington); G. THIBIERGE (de Paris); Ed. EHLERS (de Copenhague), secrétaire général.

THÉRAPEUTIQUE

Potion contre la diarrhée des tuberculeux (Bricemoret).

Poudre de cachou.	2gr50
Sirop de ratanhia.	30 grammes.
Teinture de canelle	x gouttes.
Vin rouge	90 grammes.

A prendre par cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures. (*Journ. des prat.*)

Lotion contre le prurit local (L. Leistikow).

Sublimé. . . . . 30 à	50 centigr.
Alcool	25 grammes.
Chloroforme.	v gouttes.
Eau distillée de camomille . .	25 grammes.
— de laurier-cerise.	50 —

Mêlez. Usage externe. (*Semaine méd.*)

Solution contre la fièvre des foins.

Bisulfate de soude.	1 gramme.
Eau distillée	500 —

Pour lavages du nez. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 novembre 1897. — Présidence de M. Caventou.

RAPPORTS

M. Grancher lit le rapport au nom de la commission du prix Alvarenga.

M. Robin lit le rapport de la commission des eaux minérales.

M. Marty donne lecture du rapport sur le prix Nativelle.

M. Motet lit le rapport sur les mémoires adressés pour le prix Herpin.

M. Monod lit le rapport sur le prix Laborie.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le gâtisme, au cours des états psychopathiques (1), par le docteur Marcel Manheimer, ancien interne des asiles de la Seine.

Le plan est conçu de façon très méthodique. Après un historique, forcément court, où sont distinguées trois périodes d'études (prophylactiques, cliniques, pathogéniques), nous trouvons, dans une première partie, des notions d'ensemble sur la psycho-physiologie des sphincters, suivies d'un aperçu de la psychogénie générale de leurs troubles (réflectivité, instinct, automatisme, etc.). — La deuxième partie, essentiellement clinique, s'accompagne de nombreuses observations. Dans une classification — très nouvelle — sont étudiés : 1° les états d'inconscience (comas, stupeur...); 2° les états démentiels, où le gâtisme est épisodique avant de devenir permanent (démence sénile, paralysie générale dans toutes ses formes...); 3° les états vésaniques où apparaît un nouvel élément, la conscience, au-dessus des causes générales subconscientes (les impulsions, les états maniaques, les altérations de la personnalité, acquise ou innée, dans les différentes systématisations). Un chapitre pour les simulateurs.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

— Enfin, dans une troisième partie, nous voyons de quelle influence, sur l'apparition du gâtisme, sont l'internement, avec la direction nouvelle qu'il imprime au malade, et l'isolement cellulaire.

L'auteur réclame à ce propos la création, dans les asiles, de salles d'observation où l'attention du personnel soit tout spécialement attirée sur les malades incontinents.

Telles sont les grandes lignes de cet important et fort original travail, où les idées générales abondent, et que recommandent, entre autres, de bien rares qualités d'érudition, de clarté et de style.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 15 au 20 novembre 1897)

Thèses de doctorat.

Mercredi 17 novembre, à une heure. — M. Sekeyan. Contribution à l'étude du diabète levulosurique et du syndrome Marie-Robinson ; — M. Lainé. Des érosions hémorragiques de l'estomac; — M. Villanova. Essai d'étude sur la valeur thérapeutique des injections d'eau salée froide par voie vitale dans les toxémies fébriles de nature microbienne (MM. Potain, président; Déjerine, Netter et Widal). — M. Picquet. Fractures de l'avant-bras et consolidation vicieuse (MM. Tillaux, président; Landouzy, Segond et Gaucher). — M. Belin. De la mort subite par inhibition de l'avortement criminel (MM. Landouzy, président; Tillaux, Segond et Gaucher).

Jeudi 18 novembre, à une heure. — M. Rouge. Hygiène de l'habitation privée à Paris (MM. Cornil, président; Le Dentu, Charrin et Bar). — M. Querneau. De l'éventration consécutive à la grossesse (MM. Le Dentu, président; Cornil, Charrin et Bar). — M. Mortagne. De l'accouchement méthodiquement rapide (MM. Debove, président; Chantemesse, Maygrier et Roger). — M. Chauvenet. Contribution à l'étude de l'allaitement artificiel (MM. Chantemesse, président; Debove, Maygrier et Roger).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 8 novembre :

Anatomie. — MM. Auffret, 14. — Assicot, Babonneix et Bricet, 12. — Le Gambier, 11. — Bluzat et Voisin (R.), 9. — Bourlot et Netter (L.), 8. — Courtois, 7. — Cartier, 6.

Pathologie. — MM. Manté, 14. — Kendirdjy, Lefas, Mahar et Meslay, 11. — Foulon, 10. — Marmasse, 9. — Mayer, Neret, Sée et Stroheker, 8. — Reliquet, 7.

M. G. Lelong, absent, est excusé.

— Par arrêtés ministériels, en date des 23 octobre et 6 novembre 1897, ont été nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs en médecine Séguret, conseiller d'arrondissement, délégué cantonal à Laissac; Arnous des Saulsayes, maire d'Esbly, délégué cantonal.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Terrien (Adrien-Félix), interne des hôpitaux, est nommé, pour l'année scolaire 1897-1898, chef adjoint du laboratoire de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Mermet, démissionnaire.

M. le docteur Gastou (Paul-Louis) est nommé, du 16 octobre 1897 au 31 octobre 1898, chef du laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Sabouraud, démissionnaire.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Heitz (Victor-Joseph-Eugène), suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est nommé professeur de clinique obstétricale.

M. Chapoy, professeur de clinique chirurgicale, est nommé

directeur, en remplacement de M. Druher, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite et nommé directeur honoraire.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. le docteur Bardier est chargé d'un cours de physiologie. — M. Lepetit, suppléant, est chargé d'un cours d'histolologie.

Sont chargés des fonctions de chefs des travaux de : Physiologie, M. Bardier; — Histoire naturelle, M. Bruyant; — Médecine opératoire, M. Bide, en remplacement de M. Maurin, dont les fonctions sont expirées.

— M. le docteur Thomas vient d'être élu conseiller général pour le canton de Ligueil (Indre-et-Loire).

— M. le docteur Colonna-Ceccaldi, médecin-adjoint au lycée Condorcet, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Berthelot, décédé.

M. le docteur Blondel est nommé médecin-adjoint au lycée Condorcet (emploi nouveau).

M. le docteur Grenier est nommé médecin-adjoint au lycée Condorcet (petit lycée) [emploi nouveau].

— M. le docteur Lemoine, médecin-adjoint au lycée de Lille, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Dubar, démissionnaire.

M. le docteur Gaudier est nommé médecin-adjoint au lycée de Lille, en remplacement de M. le docteur Lemoine, nommé titulaire.

— Un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1897-1898, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. le docteur Mirabel, médecin-adjoint au lycée de Périgueux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jules Chenantais, professeur honoraire à l'École de médecine de Nantes; Dimitrowicz (de Cuissey); Gadaud, sénateur de la Dordogne; Gautheret (du Donjon); de Molènes (de Domme); Mouchot, médecin cantonal à Delme (Lorraine annexée), ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, décédé à Nancy; Sacquépée (d'Argueil); Scheck (de Clermont-Ferrand); Tavera (d'Ajaccio); Tournatoire (de Pertuis); Tournier (d'Escales) et Vinet (de Saint-Père-en-Retz).

— M. Roger, agrégé, commencera ses conférences de pathologie générale élémentaire (propédeutique), le jeudi 11 novembre 1897, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Ces conférences sont spécialement destinées aux étudiants de première année (nouveau régime).

— M. le professeur A. Fournier commencera son cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 12 novembre, à l'hôpital Saint-Louis, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. Marfan, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies des enfants, le vendredi 12 novembre 1897, à dix heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — M. Jacquet, médecin des hôpitaux : Maladies de la peau, les mercredis, à dix heures. — M. Cuvillier : Maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les samedis, à dix heures. — M. Larat : Électrothérapie, les jeudis, à dix heures.

— M. Ménétrier, agrégé, commencera ses conférences de pathologie interne, le vendredi 12 novembre 1897, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Hayem commencera le cours de clinique médicale, à l'hôpital Saint-Antoine, le samedi 13 novembre 1897, à dix heures, au pavillon Moïana, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — Les mardis et samedis : leçon sur les malades. — Le jeudi : technique clinique, par M. le docteur Tissier, chef de clinique.

— M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale, le samedi 13 novembre 1897, à dix heures du matin, à l'hôpital de la Pitié, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— M. Gaucher, agrégé, commencera les conférences sur les maladies de la peau, le dimanche 14 novembre 1897, à dix heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera tous les dimanches, à la même heure.

— M. le professeur Berger commencera le cours de clinique chirurgicale, le lundi 15 novembre 1897, à neuf heures et demie du matin, à la Pitié, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Conférence de gynécologie pratique, les mercredis, à dix heures du matin, par M. Reblaud. — Conférence sur la bactériologie et l'anatomie pathologique, les jeudis, à dix heures du matin, par M. Besançon. — Examen des malades, visite dans les salles et opérations, tous les jours, à neuf heures moins un quart.

— M. le professeur Ch. Richet commencera son cours de physiologie, le lundi 15 novembre 1897, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. Castex, chargé de cours, reprendra son cours pratique de laryngologie, rhinologie et otologie, le mardi 16 novembre 1897, à trois heures (3, rue Jacob), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Sont admis à ce cours tous les étudiants et docteurs en médecine. — On s'inscrit pour les exercices pratiques au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion en Italie et sur le Littoral méditerranéen*, organisée avec le concours de l'agence des « Voyages économiques ». — Départ de Paris le 18 novembre. Retour le 16 décembre. — Itinéraire : Paris, Turin, Milan, la Chartreuse de Pavie, Vérone, Venise, Bologne, Florence, Rome, Naples, Pompéi, Capri, Sorrente, Pise, Gênes, Nice, Monaco, Monte-Carlo, Cannes, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, 830 francs; 2e classe, 730 francs.

Les prix comprennent : les billets de chemins de fer; le logement, la nourriture, les transports en voitures et en bateaux, etc.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », rue Auber, 10, et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

— *Services directs entre Paris, l'Algérie, la Tunisie et Malte* (*viâ Marseille*). — Billets simples valables quinze jours.

Prix des billets. — De Paris aux ports ci-après (ou vice-versa) :

Alger, Oran, Bône (par Philippeville), Philippeville, Tunis : Compagnie générale transatlantique, 1re classe 197 fr.; 2e classe 135 fr. 50.

Alger, Bône (par Philippeville), Philippeville : Compagnie de navigation mixte (Touache), 1re classe 147 fr., 2e classe 105 fr. 50, 3e classe 63 fr.

Oran, Tunis : Compagnie de navigation mixte (Touache), 1re classe 157 fr., 2e classe 110 fr. 50, 3e classe 65 fr.

Malte (La Valette) : Compagnie générale transatlantique, 1re classe 287 fr., 2e classe 200 fr. 50.

Les prix de ces billets comprennent la nourriture à bord des paquebots.

En ce qui concerne les jours et heures de départ de Marseille, consulter les agences, soit de la Compagnie générale transatlantique : à Paris, 12, boulevard des Capucines (Grand-Hôtel); à Marseille, 12, rue de la République; soit de la Compagnie de navigation mixte (Touache) : 70, rue Basse-du-Rempart, à Paris, et, 54, rue Cannebière, à Marseille.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, 17, rue Cassette

N° 130. — SAMEDI 13 NOVEMBRE 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 13 NOVEMBRE 1897. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le mérycisme.

Par M. L. NATTAN-LARRIER, interne des hôpitaux.

La rumination, chez l'homme, est un phénomène exceptionnel. Il peut être volontaire ou involontaire. Involontaire, il paraît sous la dépendance d'un réflexe anormal dont le point de départ est la muqueuse de l'estomac; certains dyspeptiques paraissent méryciser dans les conditions où d'autres vomissent. Volontaire, il devient un acte réellement physiologique chez certaines personnes, mais la répétition de l'acte est le plus souvent en rapport avec une perversion mentale. Ici, c'est moins le mérycisme lui-même qui présente de l'intérêt, que l'état cérébral qui fait que certains individus en usent et en abusent. Le mérycisme d'involontaire devient souvent volontaire, ce qui n'a pas peu contribué à amener la confusion dans l'esprit des auteurs, qui ont fait une étude d'ensemble de ce curieux phénomène. On a proposé, pour bien marquer la distinction que nous venons de faire, d'appeler mérycisme la rumination involontaire, et rumination la rumination volontaire en tout point comparable à celle des animaux.

Cette spécialisation du langage peut avoir son avantage, mais il faut se souvenir qu'il n'y a rien d'absolu dans cette division, et que souvent c'est parce qu'ils ont commencé par avoir du mérycisme involontaire, que les malades deviennent des ruminants volontaires.

I

DÉFINITION. — Considéré en lui-même, le mérycisme est le retour habituel dans la bouche d'une série de bols alimentaires, qui quittent l'estomac sans efforts ni nausées. Ces aliments sont, en général, à nouveau insalivés et mastiqués, puis déglutis. Mais il s'agit ici de phénomènes d'ordre secondaire; le mérycole, pour diverses raisons, peut renoncer à cette deuxième mastication, à cette deuxième insalivation, à cette deuxième déglutition; il n'en reste pas moins mérycole. Ainsi, le mérycisme se distingue de la rumination animale, temps nécessaire de la digestion du ruminant, qui doit forcément mastiquer deux fois ses aliments. Au contraire, nous sommes disposés à rapprocher le mérycisme du pyrosis, de la régurgitation, de l'éructation.

L'*éructation*, volontaire ou réflexe, est un phénomène très voisin du mérycisme; c'est une sorte de rumination des gaz de l'estomac. Même au point de vue mécanique, les deux phénomènes sont analogues : les travaux de Toussaint et Chauveau (1) ont montré que la rumination du bœuf et l'éructation de l'homme se faisaient par un mécanisme semblable. Ces recherches ont été complétées par celles de Lemoine et Linossier (2), qui assimilent le mérycisme de l'homme à la rumination de l'animal.

Le *pyrosis* est l'ascension d'une petite quantité de liquide, qui s'arrête dans l'œsophage et y provoque une sensation de brûlure. Le liquide ne remonte pas jusque dans le pharynx, ni jusque dans la bouche, ou n'y arrive qu'en très minime quantité. Le pyrosis se produit sans doute sous l'influence d'un réflexe d'origine gastrique.

Dans la *régurgitation*, la quantité de liquide est plus considérable, et les aliments peuvent parfois s'élever jusque dans le pharynx et l'arrière-bouche; la régurgitation donne alors lieu à une sensation gustative. Le mérycisme n'est donc qu'une régurgitation répétée et habituelle, au cours de laquelle chaque bol alimentaire remonte jusque dans la bouche. L'histoire clinique du mérycisme nous apprendra que bien souvent la régurgitation le précède ou l'accompagne. Parfois, sous l'influence de la volonté, la régurgitation se substitue même au mérycisme [Bérard (3), Johannessen (4)]. Une série d'expériences, entreprises dans le laboratoire de M. Albert Mathieu, nous permettent d'affirmer encore plus nettement la ressemblance qui existe entre le mérycisme, d'une part, et l'éructation, le pyrosis et la régurgitation, d'autre part. Un dyspeptique, après quelques jours d'efforts pendant lesquels il eut des régurgitations et des éructations fréquentes, parvint enfin à méryciser à sa guise. Puis, il en perdit l'habitude, quoique, aujourd'hui encore, il sache ruminer. Lorsqu'il commençait à ruminer, au moment où ses douleurs gastriques étaient vives, il avait des éructations accompagnées de pyrosis, et ses bols alimentaires étaient si acides, qu'il ne pouvait les conserver dans la bouche.

(1) CHAUVEAU. *Arch. de physiol.*, 1875.
(2) LINOSSIER. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1893, p. 339.
(3) BÉRARD. *Cours de physiologie*, t. II.
(4) JOHANNESSEN. In Th. de Grand.

II

Historique. — Ce fut le caractère étrange et paradoxal du mérycisme, qui frappa les premiers observateurs. Comme ils voyaient le mérycole ruminer à la manière de certains animaux, ils se demandèrent s'il n'existait pas une disposition anatomique qui pût expliquer une semblable anomalie. C'est d'abord dans l'aspect extérieur de l'individu, que l'on croit trouver la raison de sa rumination. Barthelin, Bonnet, Peyer, arrivent ainsi à l'opinion la plus extraordinaire. Pour eux, les mérycoles sont des cornigères, ou sont nés de parents qui portaient des cornes. Chose bizarre, cette théorie étrange jouit pendant quelque temps d'une certaine faveur, et de nos jours, Sachs (1) a cru devoir la discuter sérieusement. Puis, on pensa aller plus avant dans la question, en imaginant que les mérycoles possédaient des estomacs surnuméraires (Salmuth et Barthelin), hypothèse d'autant plus inutile que la multiplicité des estomacs ne joue aucun rôle dans la rumination animale. Avec Runge, ces idées renaissent sous une forme rajeunie. Runge déclare nettement que le mérycisme est, pour lui, suivant les théories darwiniennes, un fait de régression atavique. Pourtant, l'anatomie pathologique du mérycisme a dès maintenant cessé de retenir l'attention des auteurs. A peine peut-on citer en Allemagne les opinions de Singer (2) et de Decker (3), qui attachent quelque importance à la disposition du cardia. C'est, en effet, sur la physiologie du mérycisme, sur sa valeur séméiologique, que portent tous les travaux récents. Lemoine et Linossier (4) montrent par des graphiques la nature intime du mécanisme de la rumination humaine. Pönsgen (5), Dumur (6), Singer (7) étudient l'état physiologique du cardia chez le mérycole. Tandis que Dumur fait du mérycisme un signe de paralysie du cardia, Pönsgen et Singer lui attribuent une influence bien moindre. Mais, lorsque le chimisme gastrique est mieux connu, tous les efforts se dirigent sur un autre point : existe-t-il quelque relation entre la sécrétion gastrique et le mérycisme ? Alt (8) croit constater une sorte de balancement entre la sécrétion gastrique et la rumination. Son malade a un chimisme variable ; il ne rumine que lorsqu'il est hyperchlorhydrique. Les recherches de Boas (9), Ewald (10), Singer (11), Lemoine et Linossier (12), montrent combien il est difficile d'établir une relation nette entre le chimisme gastrique et le mérycisme. Aussi, ces auteurs sont-ils disposés à ne laisser qu'une faible place aux phénomènes chimiques, dans l'étiologie du mérycisme. Enfin, on a essayé de faire du mérycisme un symptôme nerveux. Bourneville et Seglas (13), Bouchaud [de Lille (14)] et son élève Grand (15) insistent sur la fréquence du mérycisme chez les idiots et les fous. L'hystérie, avec Singer ; la neurasthénie, avec Schattinger (1), Sinkler (2), Näcke (3), viennent figurer dans l'étiologie du mérycisme.

Cependant, depuis Fabrice d'Aquapendente jusqu'à nos jours, l'histoire anecdotique du mérycisme se poursuit sans cesse, tandis qu'une série de travaux remarquables viennent de temps en temps remettre la question au point : en France, avec Percy et Laurent (4), Blanchard (5), Bourneville et Seglas (6), Bouveret (7), les thèses de Cambay (8), Armingaud (9), Grand (10) ; en Allemagne, avec Decker (11) et Singer ; en Amérique, avec Riesman (12).

III

Étiologie. — *Sexe.* — On admet, en général, que le mérycisme est plus fréquent chez l'homme que chez la femme ; Lœwe (13), en effet, examine quinze mérycoles parmi lesquels ne se trouvent que quatre femmes.

La proportion de Bourneville et Séglas, qui relèvent tous les cas publiés avant eux, est encore aussi nette, mais Ludwig, Elliotten, Kœrner, Pönsgen, Grand, Schattinger citent de nombreux cas de mérycisme chez la femme, aussi n'attachons-nous aucune importance à ces statistiques qui, peut-être, sembleront moins étranges lorsqu'on connaîtra l'action de la volonté sur le développement d'un phénomène parfois si répugnant.

Age. — L'influence de l'âge est encore moins marquée ; Grand reprend tous les cas connus et ne peut rien déterminer ; Bourneville et Séglas insistent sur la précocité du début du mérycisme, mais leurs observations portent toutes sur un asile de jeunes idiots ; aucune donnée précise n'est donc aujourd'hui acquise sur l'influence de l'âge, mais on peut affirmer que l'âge est un élément étiologique de bien peu de valeur ; dès lors, le mérycisme ne semble pas relever d'une disposition anatomique congénitale. Pourtant l'hérédité similaire a souvent frappé les auteurs : Winthier (14), Hille (15), Kœrner (16), Runge (17) citent des cas bien remarquables où le mérycisme se rencontre jusque dans trois générations successives ; mais entre toutes, l'observation de Bouchaud (thèse de Grand) reste remarquable. Dans une même famille, deux frères ruminent, une tante rumine, le grand-père rumine, quatre petits-enfants ruminent ; sur 10 personnes, on compte ainsi 8 mérycoles. Faut-il donc baser sur ces faits une théorie étiologique du mérycisme ? Certes, les cas d'hérédité sont nombreux et remarquables, mais ne sont-ils pas plus nombreux encore les cas où un sujet se met à ruminer sans que personne ne soit mérycole dans sa famille ?

Lors même que l'hérédité paraîtrait plus fréquente, elle

(1) Sachs. *Boston Med. Journ.*, 1895, p. 21.
(2) Singer. *Wien. Med. Club*, 26 oct. 1892.
(3) Decker. *Münch. med. Wunsch.*, 1892.
(4) Linossier. *Rev. de méd.*, 1893.
(5) Pönsgen. *Preinschrift*, Strasbourg 1882.
(6) Dumur. Th. de Berne, 1859.
(7) Singer. *Arch. f. Klin. Med.*, 1893, p. 472.
(8) Alt. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1888.
(9) Boas. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1888.
(10) Ewald. *Klin. d. Verdauungskrankheiten*, 1893.
(11) Singer. Loc. cit.
(12) Linossier. Loc. cit.
(13) Bourneville et Séglas. *Arch. de neurol.*, 1893.
(14) Bouchaud. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1893.
(15) Grand. Th. de Paris, 1893.

(1) Schattinger. *Med. fortinghly Review*, Saint-Louis 1892.
(2) Sinkler. *Nervous Diseases.*
(3) Næcke. *Neurol. Centralbl.*, Leipzig 1893.
(4) Percy et Laurent. In *Dict. en 30 vol.*
(5) Blanchard. In *Dict. encycl. des sc. méd.*
(6) Bourneville et Séglas. Loc. cit.
(7) Bouveret. *Traité des maladies de l'estomac.*
(8) Cambay. Th. de 1830.
(9) Armingaud. Th. de 1867.
(10) Grand. Th. de 1893.
(11) Decker. Loc. cit.
(12) Riesman. *Neuro-Diseases*, 1895, p. 359.
(13) Lœwe. *Münsch. Med. Wochens.*, 1892, t. XXXIX, p. 474.
(14) Winthier. *Frorip's notizen*, t. XIV, p. 337.
(15) Hille. *Norsk magas.*, 1892, p. 65.
(16) Kœrner. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1883.
(17) Runge. *Boston Med. Journ.*, 1895, n° 21.

n'en resterait pas moins très discutable; nous pensons que l'on doit dire en face de ces cas : imitation et non hérédité.

Périnetti (1), Sennert (2) citent des cas de contagion de l'animal à l'homme, puis d'homme à homme; le berger de Sennert vit avec ses bestiaux : il commence à ruminer comme eux, puis communique son mérycisme à sa femme.

Freund cite un cas plus remarquable encore : une gouvernante mérycole entre dans une famille où personne ne mérycise; bientôt ses deux élèves l'imitent et ruminent à leur tour; on chasse la gouvernante, on punit les enfants et personne ne rumine plus dans la famille.

L'hérédité névropathique, les maladies nerveuses, la dyspepsie, jouent d'ailleurs ici un grand rôle : la famille citée par Bouchaud est composée de dégénérés et d'idiots; l'étudiant de Kœrner hérite de la dyspepsie et du mérycisme de son père; les malades de Hille sont des dyspeptiques. Lemoine et Linossier (3) citent deux frères qui ruminent, mais tous deux sont des dyspeptiques; aussi sommes-nous disposé à admettre, avec M. Mathieu, deux catégories principales parmi les mérycoles : 1° les dyspeptiques : le mérycisme est chez eux une sorte de régurgitation exagérée et habituelle, involontaire d'abord et plus tard quelquefois volontaire. Certains d'entre eux mérycisent de la même façon que les dyspeptiques qui se font vomir pour débarrasser leur estomac d'un contenu trop irritant; 2° les dégénérés mérycoles : chez eux le mérycisme est une habitude vicieuse comparable à l'onychophagie ou à la masturbation. C'est une sorte de perversion sensitivo-intellectuelle; certains dégénérés sont d'ailleurs des dyspeptiques : ainsi se montre la transition entre la première et la deuxième catégorie.

IV

Mérycisme des dyspeptiques. — On admet, en général, l'influence de la dyspepsie dans l'étiologie du mérycisme. Kœrner la considère comme un des facteurs principaux du phénomène; nombreux sont en effet les cas où quelques troubles gastriques sont signalés chez les mérycoles; nous rappellerons seulement les observations de Singer, Decker (4), Näcke (5), Einhorn (6); pourtant ces cas sont loin d'embrasser la totalité des cas de mérycisme; bien souvent, les auteurs oublient de donner des renseignements sur l'état gastrique de leurs malades, mais on est néanmoins en mesure d'affirmer que tout mérycole n'est pas forcément un dyspeptique.

L'analyse chimique est venue confirmer cette donnée : Decker dans cinq cas, Einhorn dans deux cas ne trouvent pas de modifications sérieuses du chimisme stomacal; Runge et Lœwe obtiennent des résultats analogues.

Mais à côté de ces cas, d'autres, aussi nettement caractérisés, font ressortir la coïncidence du mérycisme avec les troubles du chimisme. Singer trouve tantôt de l'hypochlorhydrie, tantôt de l'anachlorhydrie; Jurgensen (7) et Boas (8), Riesman (9) constatent des formules analogues; au contraire, dans aucun cas publié jusqu'ici, l'hyperchlorhydrie n'est notée. Doit-on donc en conclure à l'importance de l'hypochlorhydrie? Nullement, car bien des critiques peuvent être faites contre les méthodes de recherches des auteurs cités plus haut; c'est ainsi que Riesman ne faisait l'extraction de son repas d'épreuve que deux heures et demie après l'ingestion; enfin, dans le laboratoire de M. Mathieu, la coïncidence du mérycisme et de l'hyperchlorhydrie a deux fois été notée.

Dans un troisième groupe de faits, le chimisme était variable. Decker, deux fois, constate l'hyperacidité chez un de ses malades, la troisième fois, le chimisme était normal.

Les cas de Alt sont plus complexes encore; les jours où la rumination faisait défaut, il note une acidité forte de 3,5 p. 1000; les jours de rumination, l'acidité est plus de moitié moindre; enfin, dans le remarquable cas de Lemoine et Linossier, le chimisme était essentiellement caractérisé par sa grande variabilité et passait brusquement de l'hyperchlorhydrie à l'hypochlorhydrie.

Ainsi donc, il n'y a pas de chimisme gastrique qui corresponde spécialement au mérycisme : ce qui n'a, du reste, nullement lieu de nous surprendre. Le vomissement, lui non plus, ne correspond pas exclusivement à telle ou telle modalité du chimisme stomacal.

Le facteur important dans la production du mérycisme des dyspeptiques, c'est sans doute l'excitabilité anormale de la muqueuse et son excitation exagérée par des substances trop irritantes, et, en particulier, par des acides, de sécrétion quelquefois, de fermentation plus souvent.

La muqueuse stomacale peut présenter une excitabilité excessive, soit en vertu d'un état de névropathie générale, soit en vertu d'un état local d'irritation inflammatoire. Au point de vue de la production du réflexe qui aboutit à la régurgitation ou au mérycisme, le résultat est le même. On conçoit très bien pourquoi les névropathes seront plus exposés que les autres à ce genre de manifestations.

La stase gastrique, qui favorise les fermentations anormales et excite la sécrétion de la muqueuse, est une cause de vive excitation stomacale. Colombay cite un cas dans lequel les aliments rejetés avaient séjourné quarante-huit heures dans l'estomac. La présence d'aliments grossiers, indigestes, mal divisés, peut agir dans le même sens.

Mérycisme des névropathes. — Entre les cas où les troubles gastriques dominent et ceux où la névrose paraît tenir la première place, existent assurément des types de transition; l'observation de Bouchaud en est un bel exemple : dans une famille de dix personnes, on trouve huit mérycoles dyspeptiques souffrant de douleurs intenses, mais bon nombre de ces dyspeptiques ont des troubles mentaux graves; les neurasthéniques même sont souvent aussi des mérycoles; tous les mérycoles de Sinkler (1) sont des neurasthéniques et sans doute des dyspeptiques, Sinkler en conclut que le mérycisme est un symptôme de névrose; Näcke (2) va plus loin, le mérycisme pour lui est un stigmate de neurasthénie.

D'autres mérycoles, ceux de Singer par exemple, ceux de Sinkler sont franchement des hystériques; ils ont du rétrécissement du champ visuel et des zones d'anesthésie. Mais le mérycisme a été encore plus fréquemment noté chez des individus atteints de troubles cérébraux graves;

(1) Perinetti. In Bourneville et Séglas.
(2) Sennert. *Idem.*
(3) Lemoine et Linossier. *Rev. de méd.*, Paris 1894, t. XIV, p. 177.
(4) Decker. Loc. cit., t. XXXIV, p. 361-364.
(5) Næcke. Loc. cit., 1893, t. XII.
(6) Einhorn. *Med. Record*, 1890.
(7) Jurgensen. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1888.
(8) Boas. Loc. cit.
(9) Riesman. Loc. cit.

(1) Sinkler. *Nervous Diseases*, 1895, p. 394.
(2) Næcke. Loc. cit., 1893, t. XII.

Bourneville et Séglas trouvent sept mérycoles parmi les jeunes idiots qu'ils examinent. Bouchaud rencontre quatorze mérycoles dans un asile d'aliénés. Cantarano (1) en a neuf parmi ses quatre cents fous; aucun type de désordre mental ne paraît d'ailleurs disposer plus spécialement au mérycisme. Grand reprend tous ces cas dans une étude d'ensemble : sur 59 mérycoles névropathes, il trouve 28 idiots, 5 imbéciles, 7 débiles, 1 hystérique, 2 épileptiques, 16 paralytiques généraux; d'une telle statistique, il est impossible de rien conclure, si ce n'est que les études sur le mérycisme ont surtout été faites dans les asiles de jeunes idiots.

Il est plus intéressant de se demander quelle peut être la relation entre les troubles mentaux et le mérycisme; pour certains auteurs (Bourneville et Séglas), même chez les idiots, les troubles gastriques joueraient le principal rôle; la dyspepsie est rarement notée chez les idiots mérycoles, mais n'est-elle pas vraisemblable chez les malades du type de celui de Grand, qui s'en allait broutant l'herbe des champs? Bourneville et Séglas (2) ont essayé surtout de mettre en relief l'influence de la voracité, de la mastication insuffisante si souvent notées chez les jeunes idiots. Ces facteurs pourraient alors agir, soit en produisant une dyspepsie intermédiaire, soit en provoquant un mérycisme réflexe; mais si l'hypothèse ingénieuse de Bourneville est quelquefois admissible, elle doit être rejetée lorsque l'idiot n'est pas vorace et a une dentition parfaite, force est donc d'admettre une autre origine, au moins dans ces cas.

Certains auteurs ont alors essayé d'établir l'existence d'un mérycisme d'origine centrale, causé par la contraction réflexe du diaphragme et de l'estomac (Rolles) : une telle théorie paraît tout au moins hasardeuse.

Est-il nécessaire de trouver une explication univoque au mérycisme de tous les névropathes? Chez les neurasthéniques, par exemple, nous croyons que le mérycisme est tantôt en rapport direct avec la dyspepsie, tantôt indépendante d'elle. S'ils sont dyspeptiques, les neurasthéniques peuvent commencer par vomir involontairement, s'ils ne sont pas dyspeptiques, le mérycisme doit chez eux s'expliquer d'une tout autre façon : on sait les préoccupations que donne aux neurasthéniques la moindre douleur gastrique, ils craignent le vomissement et c'est par crainte qu'ils apprennent à pratiquer le mérycisme, qu'ils deviennent mérycoles; s'ils sont alors médecins, ils s'étudient, ils s'entretiennent, ils s'empressent enfin de décrire leur cas, et c'est ce qui nous a valu tant d'autobiographies (Armingaud, Cambay etc.). Les hystériques deviennent mérycoles par crainte ou par imitation, quelques cas de guérison obtenus par suggestion justifient cette opinion (3).

Chez l'idiot le mérycisme peut relever évidemment parfois du mécanisme invoqué par Bourneville et Séglas, mais son origine est souvent toute différente. Le mérycole sain d'esprit, loin de se plaindre de son mérycisme, s'en félicite quelquefois; le mérycole de Mac Kintosh (4) admire les lois mystérieuses de la Providence; forcé pendant quelque temps de manger vite, il ne peut plus mastiquer suffisamment et il rumine; puis il change de profession, mange lentement et à son aise et enfin il peut cesser de ruminer. Un autre (Cambay) ne pense pas que son mérycisme soit une maladie, il le croit utile et le trouve agréable : « Si quelque chose m'eût indiqué qu'il fût nuisible, je l'aurais empêché d'avoir lieu, puisqu'il dépend de ma volonté. » L'idiot semble se conduire de même, et sa volonté intervient alors très manifestement (1). L'imitation joue peut-être un rôle chez les dégénérés, en tout cas l'idiot mérycole montre bien nettement le plaisir qu'il éprouve; il offre tous les signes d'une vive jouissance, il se frotte le ventre, il s'agite, ses yeux brillent, et comme s'il craignait qu'on ne veuille l'arracher à sa passion, il s'arrête dès qu'on s'approche de lui, dès qu'on le regarde (Bourneville et Séglas). Les idiots impulsifs se livrent aussi à la masturbation; bien souvent d'ailleurs, les idiots mérycoles s'adonnent aussi à l'onanisme. Ne peut-on donc se demander si ces deux phénomènes ne sont pas du même ordre, et si le mérycisme n'est pas chez l'idiot et le dégénéré, suivant une expression humoristique, « une sorte de masturbation de l'estomac. »

V

Étude symptomatologique. — Début. — C'est sur l'individu sain d'esprit qu'il doit être étudié; l'établissement du mérycisme est souvent précédé de troubles gastriques, parfois il s'agit d'un voyage en mer [Runge, Vincent (2)], parfois d'un embarras gastrique, d'une indigestion, quelquefois c'est après un repas trop copieux, après l'ingestion d'un aliment indigeste (Armingaud) que le mérycisme se montre; on a vu des troubles gastriques apparaître pendant une fièvre typhoïde (Lemoine et Linossier) et persister après la guérison en se compliquant de mérycisme. La coqueluche, qui s'accompagne de vomissements, a été en quelques cas suivie de mérycisme; la variole, la rougeole ont été notées dans les antécédents des mérycoles.

Le mérycisme peut être précédé d'une sorte de période d'éducation; Brown-Séquard répète les expériences de Spallanzani, exagère ses réflexes gastriques, devient mérycole, puis guérit. Frondmuller (3) raconte l'histoire d'un enfant qui boit de l'eau saumâtre, s'efforce de la rejeter, puis rend ses aliments par dégoût et reste enfin mérycole.

Le mode de début du mérycisme échappe souvent à l'observation; le commencement du phénomène peut remonter à la première enfance (Blanchard). Mais à côté des cas, où l'apparition du mérycisme se fait brusquement, il existe un autre mode de début, bien plus intéressant : un malade de Kœrner est atteint depuis longtemps de dyspepsie, puis il a du pyrosis, de la régurgitation et enfin apparaît la rumination; c'est un début progressif et graduel.

Description. — L'intervalle qui sépare l'ingestion des aliments de la période de rumination est très variable; quelquefois le mérycisme est immédiat, en général pourtant il survient un quart d'heure ou une demi-heure après le repas, c'est très exceptionnellement que la durée de l'intervalle atteint plusieurs heures (Armingaud). D'ailleurs ce laps de temps n'est pas constant pour un même individu, l'abondance des liquides, le goût agréable des aliments active le mérycisme qui, le plus souvent, ne survient pas forcément après chaque repas.

(1) Cantarano. *La psych.*, Naples 1885.
(2) Bourneville et Séglas. *Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots*, 1863.
(3) W. Sinkler. *Un cas de guérison par la trépanation.*
(4) Mac Kintosh. *The Lancet*, 1876, p. 591.

(1) Read. *The Lancet*, 1841.
(2) Vincent. Acad. des sc., 1863.
(3) Frondmuller. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1870.

Tout aliment contenu dans la cavité gastrique peut être ruminé, la longue étude de Cambay en est la preuve; mais les liquides ne reviennent jamais que pendant le premier quart d'heure; lorsque le mérycole semble ruminer tardivement des liquides, il mérycise, en réalité, des aliments solides dont la chimification est achevée. En général les malades ruminent plus facilement les aliments très aromatiques ou non susceptibles d'être digérés par l'estomac. On a signalé un mérycisme électif des plus curieux, le mérycole ne fait remonter que les liquides (Bourneville et Séglas), les graisses [Näcke, Welsh (1)]; peut-être faut-il ranger dans cette catégorie les cas très remarquables où M. le professeur Dieulafoy a signalé la régurgitation des matières grasses chez les individus atteints de kyste hydatique du foie.

La *quantité* d'aliments ruminés est très variable, un ou deux bols remontent seuls ou bien, mais très rarement, c'est la totalité du repas qui est ruminée. Chaque aliment peut même revenir plusieurs fois; tout dépend donc de la quantité des aliments, de leur nature, de la motricité gastrique et même de la volonté du sujet. Quant à l'aspect des aliments, il varie évidemment avec le stade de la digestion.

Le commencement de l'acte de rumination revêt à peu près constamment le même aspect; on a souvent dit que le mérycole éprouvait d'abord une sensation de gêne, de pesanteur à l'épigastre, mais cette sensation n'existe probablement que chez les mérycoles dyspeptiques. Cette constriction épigastrique est très passagère, mais elle est quelquefois si intense que le malade « croit que sa digestion s'arrête »; il n'y a ni nausées, ni douleurs, il ne s'agit pas d'un début de vomissement, le mérycole le sait et ne s'y trompe pas. Une éructation bruyante, un hoquet peuvent précéder la rumination; plus souvent elle éclate d'emblée; l'attitude du mérycole est alors caractéristique, il projette le menton en avant et en haut, ou bien baisse la tête, il entr'ouvre la bouche et aplatit la langue sur le plancher buccal: « A ce même moment se produit une forte saillie en avant de la paroi antérieure de l'abdomen, mais c'est surtout à la région épigastrique que la voussure est fortement accusée. A ce moment, si on applique son oreille à la région épigastrique qui bombe, on entend souvent un léger bruit comparable à celui que fait l'air en pénétrant de force dans un liquide épais; aussitôt après, si rapidement qu'on a de la peine à dissocier ces deux mouvements, survient un affaissement de cette région et de la paroi abdominale, pendant que la bouche reçoit un bol alimentaire plus ou moins volumineux (2). » Au début, dans certains cas, la régurgitation est convulsive; ce caractère peut persister pendant toute la première heure, mais on a vu l'ascension du premier bol être seule convulsive, tandis que le retour des autres aliments se faisait tout naturellement. L'ordre d'arrivée des aliments n'a aucune importance et n'a rien de caractéristique; peut-être sont-ce les derniers aliments ingérés qui apparaissent les premiers, lorsque la rumination est hâtive; dans ce cas les aliments conservent leur goût et le mérycole peut les signaler au passage. Il n'en est plus de même dans la rumination tardive: le goût amer des peptones ou la saveur des acides domine tout; alors les bols alimentaires peuvent donner lieu à une telle sensation que le mérycole les rejette aussitôt; ce cas est rare, en général le retour des aliments est suivi d'une mastication et d'une insalivation plus ou moins complètes; le tout se termine par une deuxième déglutition.

(1) Welsh. *Obs. méd.*, ép. 36.
(2) Lemoine et Linossier. Loc. cit.

L'influence de la volonté dans l'acte du mérycisme mérite d'être étudiée: le mérycisme, surtout chez les dyspeptiques peut échapper à tout contrôle de la conscience: Alt l'a vu survenir pendant le sommeil. Mais certains mérycoles provoquent la rumination à leur gré, dès qu'ils en éprouvent le désir; ils peuvent d'ailleurs l'entraver également: « Je puis, avec la plus grande facilité, l'empêcher de se produire, dit Cambay, en m'opposant à la première régurgitation, et je ne le fais pas; on voit, d'après cela, que le mérycole se procure par la régurgitation continuelle et sans effort des jouissances que nos gourmands envieraient. » D'autres fois (Johannessen) le mérycole, par un effort de volonté, transforme la rumination en régurgitation simple; il peut encore l'interrompre en prenant une position spéciale, en se couchant, ou en se penchant en avant.

Ainsi les phénomènes réflexes jouent un rôle certain dans le mérycisme, mais souvent la volonté peut contribuer, soit au développement, soit à la persistance du phénomène. Ici encore, la ressemblance avec l'éructation se poursuit; il y a un mérycisme volontaire, comme il y a une éructation volontaire; mais il y a aussi un mérycisme involontaire des dyspeptiques, comme il existe une éructation involontaire. Il est des individus qui développent à leur guise leur talent de mérycole, comme il est des sujets qui se croient tourmentés par leurs gaz gastriques, s'efforcent d'éructer puis prennent l'habitude de l'éructation.

On a distingué plusieurs *formes* de mérycisme: Bouveret base sur l'état des voies digestives la distinction de trois formes: une première sans dyspepsie, une deuxième avec dyspepsie légère, une troisième avec dyspepsie franche. Kœrner admet une division analogue; les subdivisions de Lemoine et de Linossier sont encore plus complexes. En réalité, il n'existe que deux variétés importantes: 1° le mérycisme *involontaire*, tout au moins au début, des dyspeptiques plus ou moins entachés de névropathie; 2° le mérycisme *volontaire* des dégénérés, des aliénés et des neurasthéniques; entre ces deux groupes peuvent d'ailleurs exister de nombreuses formes de transition.

VI

Pronostic. — Le pronostic du mérycisme a été diversement envisagé; par lui-même le mérycisme est rebelle, mais les ruminations peuvent s'espacer de plus en plus, le mérycisme devient intermittent, il peut disparaître graduellement. A la suite d'une émotion, d'une maladie, d'un chagrin, on l'a vu se supprimer brusquement; on ne parvient guère à le modifier chez les idiots et chez les fous, mais chez eux, il suivrait, dit-on, une marche parallèle à celle de l'affection mentale. Chez l'individu sain, le mérycisme est plus curable lorsqu'il est soumis au contrôle de la volonté et lorsqu'il est peu intense; en général d'ailleurs, le mérycisme est sans gravité, mais quand la rumination est spasmodique, le mérycole se lasse enfin de ravaler son bol alimentaire. En raison de l'acidité des aliments ruminés, il en peut être de même chez le dyspeptique, alors le mérycisme devient une complication grave des affections de l'estomac, parce qu'il amène un état plus ou moins complet d'inanition.

VII

Physiologie pathologique. — *État du cardia.* — Il n'y a pas d'anatomie pathologique du mérycisme, c'est un symptôme qui ne comporte pas de lésion à proprement parler; mais tandis qu'en France, on a surtout étudié le mécanisme du phénomène, on a cherché à établir, en Allemagne, le rapport qui existe entre la disposition du cardia et l'apparition du mérycisme; on cherche ainsi la relation entre la rumination et une disposition anatomique signalée par Arnold, puis par Luschka : l'antre cardiaque, sorte d'élargissement considérable de l'œsophage, a son embouchure dans l'estomac; Kœrner examine une série de sujets mérycoles et trouve fréquemment l'antre cardiaque, mais il croit qu'il s'agit d'une conséquence de la rumination; Pönsgen, de son côté, trouve l'antre pylorique sans qu'il existe de rumination; Singer pratique méthodiquement l'examen œsophagoscopique de ses malades, il constate un aspect du cardia qui semble indiquer que cet orifice est facilement dilatable; mais cette disposition, pour Singer, n'est pas primitive, elle est secondaire à l'ingestion de bols alimentaires trop volumineux. Sur deux mérycoles examinés par lui, Singer ne trouve qu'une fois une insuffisance du cardia, caractérisée par le reflux des liquides dans la position horizontale et la non-résistance à la distension gazeuse de l'estomac.

Ainsi, tandis que Dumur, Pönsgen, Alt, Glax (1) pensent à une paralysie du cardia, tandis que Ewald, Rosenthal, Oser, Rosenheim, Boas croient à une insuffisance absolue, Dehio à un fonctionnement indemne, Singer admet qu'il s'agit d'une diminution passagère du tonus; c'est une insuffisance relative et intermittente, c'est une dilatation passive, parce que le cardia y est préparé par la dilatation de l'antre; d'ailleurs, cette disposition ne suffit pas, pour Singer, à expliquer le mérycisme, puisque l'antre cardiaque existe indépendamment du mérycisme (Singer).

Toutes ces recherches restent d'ailleurs infructueuses, car la physiologie normale du cardia est inconnue : Lemoigne et Schiff examinent cet orifice par une fistule gastrique pratiquée sur le chien et le croient normalement fermé; Kronecker et Meltzer sont du même avis (2), mais comment faut-il comprendre le sphincter cardiaque? Est-il constitué par des faisceaux obliques, qui embrassent la petite courbure et l'œsophage, en entrant même en relation avec le diaphragme? Le cardia est-il, comme Pönsgen le pense, un sphincter d'une espèce toute spéciale, siège non pas d'une contraction tonique, mais de mouvements péristaltique et antipéristaltique, qui en assurent la fermeture. Pour Openchowski, le centre de contraction et de fermeture du cardia serait dans le tubercule quadrijumeau postérieur; la voie centrifuge est constituée par les vagues et les splanchniques. Le centre dilatateur serait situé à la partie supérieure de la moelle et s'étendrait inférieurement jusqu'à la cinquième dorsale; dans le cerveau, il existerait un centre à l'union du noyau caudé et du lenticulaire. Openchowski aurait même isolé un filet du pneumogastrique, dont l'excitation provoquerait l'ouverture du cardia. Pour les auteurs qui admettent la dilatation active du cardia dans la rumination, tous ces centres entreraient en jeu chez le mérycole.

(1) Voir la bibliographie complète dans le mémoire de Singer.

(2) Toute cette discussion est remarquablement exposée dans l'article de Singer, auquel nous renvoyons pour une étude plus approfondie du sujet.

Mécanisme du mérycisme. — Pour les auteurs français, c'est surtout en dehors de l'estomac que se trouvent les agents actifs du mérycisme; la motricité stomacale, contrairement aux théories anciennes, ne joue pas ici le moindre rôle. En 1875, Toussaint et Chauveau établissaient qu'il en était ainsi pour la rumination animale; la raréfaction de l'air dans la cage thoracique était la cause du passage des matières alimentaires du rumen dans l'œsophage; cette raréfaction serait produite par la contraction diaphragmatique, coïncidant avec l'occlusion de la glotte; pour eux, « enfin pendant la réjection, la raréfaction de l'air est la seule puissance que l'on puisse invoquer; l'estomac est entièrement passif. »

Lemoine et Linossier ont assimilé expérimentalement le mérycisme à la rumination : par l'abaissement du diaphragme avec fermeture de la glotte, il y a diminution de la pression intrathoracique, dilatation de l'œsophage, rétraction du thorax sous l'influence de la pression atmosphérique, traction de l'extrémité inférieure de l'œsophage qui forme ainsi, avec le pharynx, un tube rigide. Les muscles grands droits compriment l'estomac par leur action, les muscles dilatateurs du thorax agissent en diminuant encore la pression intrathoracique.

Decker a étudié les centres réflexes de cette action, il admet que le mérycisme résulte de l'excitabilité plus forte de plusieurs centres de la moelle allongée décrits par Lushinger : chez l'animal, dans cette région, se trouvaient au voisinage l'un de l'autre une série de centres, respiration, salivation, mastication, etc.; c'est à ces centres qu'arriveraient, chez le ruminant, les excitations parties de la panse.

Decker pense que, chez l'homme, la relation entre ces centres ne serait pas aussi immédiate; leur excitation ne saurait donc se produire aussi facilement.

VIII

Diagnostic. — Est-il nécessaire, après cette longue étude, d'insister encore sur le diagnostic? Dans le mâchonnement des idiots, la bouche est vide; le vomissement ordinaire s'accompagne d'efforts et de nausées, il est total et brusque; le vomissement diverticulaire et le vomissement œsophagien ont une tout autre histoire.

IX

Traitement. — Lorsque le mérycisme a pour point de départ un état dyspeptique nettement accentué, il est évident qu'il faut traiter cette dyspepsie par les moyens appropriés : en supprimant la cause, on supprime l'effet.

Chez les névropathes, le traitement de la névrose s'imposera. En améliorant l'état général, en diminuant l'excitabilité anormale du système nerveux, on aura chance de donner au réflexe anormal moins de facilité à se produire.

Quand il s'agit de la rumination volontaire, il s'agit, en somme, de supprimer une habitude vicieuse en mettant en œuvre des procédés en rapport avec l'état intellectuel des malades.

Chez les enfants, c'est une éducation à refaire par les remontrances, les punitions, la suppression des mauvais exemples. On n'oubliera pas non plus que, chez les hystériques, l'imitation peut avoir une importance très grande : chez les malades de cette catégorie, on pourra quelquefois avoir recours, avec succès, à la suggestion.

Les individus sains d'esprit renonceront, sans difficulté, à l'habitude anormale de la rumination. Elle peut être une véritable passion chez des névropathes, surtout chez des dégénérés héréditaires. Ils y renonceront aussi difficilement que certains d'entre eux à d'autres habitudes vicieuses. La rumination peut devenir chez eux une impulsion irrésistible.

Chez certains aliénés et certains idiots, les remontrances n'auront parfois aucune prise ; ils rumineront dans les coins dès qu'on cessera d'avoir l'œil sur eux.

X

Conclusions.— 1° Le mérycisme, par sa séméiologie et son mécanisme physiologique, est assimilable et comparable à la régurgitation et à l'éructation ;

2° Il peut être volontaire ou involontaire ; il commence souvent par être involontaire pour devenir ensuite volontaire ; il peut être impulsif ;

3° Il ne correspond pas à un type spécial de chimisme gastrique ; mais cependant les mérycoles sont souvent des dyspeptiques chez lesquels prédominent les phénomènes sensitivo-moteurs ;

4° Le mérycisme involontaire, au début, tout au moins, appartient surtout aux dyspeptiques plus ou moins entachés de névropathie ; l'habitude vicieuse du mérycisme volontaire est surtout le fait des dégénérés, des aliénés, des imbéciles : il résulte d'une véritable perversion intellectuelle ;

5° Le mérycisme volontaire est souvent le résultat de l'imitation ; de là sa fréquence chez les jeunes sujets ;

6° Le mécanisme du mérycisme chez l'homme paraît être le même que le mécanisme de la rumination chez les animaux ; il n'existe aucune malformation, aucune lésion de l'estomac et du cardia qui lui correspondent et qui l'expliquent.

Index bibliographique. — Alt. *Berlin. Klin. Woch.*, 1888. — Armingaud. Th. de Paris, 1867. — Boas. *Berlin. Klin. Woch.*, 1888.— Blumenbach. *Froriep's Notizen*, t. XLV, p. 337. — Bourneville et Séglas. *Arch. de neurologie*, 1883. — Bojanus. *Ztschr. d. Berlin. Ter. homöop Ærtze*, 1892, t. XI, p. 93, 140. — Bruner. *Medyajna Warszawa*, 1894, t. XXII, p. 45-48. — Blanchard. *Dict. encyc. des sc. méd.* — Bourneville. *Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots*, 1863. — Bouchaud. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1883. — Cristiani. *Riv. sper. di feniat.*, Reggio Emilio, 1892, t. XVIII, p. 131-137. — Chauveau et Toussaint. *Arch. de phys.*, 1875.— Cambay. Th. de Paris, 1830. — Cantarano. *La psy.*, 1885, Naples. — Chatelet. *Gaz. des hôp.*, 1863. — Ducasse. *Froriep's Notizen*, t. XLVII, p. 95. — Dumur. Th. de Berne, 1859. — Decker. *München med. Woch.*, 1892, t. XXXIX, p. 361-364. — Dehio. *Saint-Petersb. med. Woch.*, 1888, n° 1. — Einhorn. *Med. Record*, 1890. — Elliotson. *Froriep's Notizen*, t. XLV, p. 337. — Fronmuller. *Gaz. méd.*, Strasbourg, 1870. — Freyhau. *Deuts. med. Woch.*, Leipzig, 1891, p. 17, 1147. — Graham. *Chicago med. exam.*, 1874, p. 118. — Hille. *Norsk magaz.*, 1892, p. 65. — Hubbard. *New-York med. Rev.*, 1886, p. 122. — Jurgensen. *Berl. Klin. Woch.*, 1888. — O. Kœrner. *Deuts. Arch. f. Ktin. méd.*, 1883. — Lemoine et Linossier. *Comptes rendus de la Soc. de biologie*, Paris, 1893, 9 S. V ; — *Rev. de méd. de Paris*, 1894, t. XIV, p. 177. — Lowe. *Deuts. med. Zeit.*, Berlin, 1891, t. XII, p. 1091. — Loewe. *Münch. med. Woch.*, 1892, t. XXXIX, p. 474. — Luehsinger. *Arch. f. die gesammt. phys.*, Bd. XXXIV, vers 1860. — Mac Kintosh. *The Lancet*, 1876, p. 591. — Monti Lorenzo. Soc. méd.-psych., 25 octobre 1880. — Næcke. *Neurol. central Bl.*, Leipzig, 1892, t. XII. — Runge. *Med. rev.*, Saint-Louis, 1894, t. XXX, p. 121-127 ; — *Boston Med. Journ.*, 1895, n° 21. — Roller. *Alleg. Ztschr. f. psych.*, Berlin, 1891-1892, t. XLVIII, p. 417. — Read R. *The Lancet*, 1845, t. I, p. 265. — Rossier. *Ann. de la Soc. méd.*, Anvers, 1867 ; — *Journ. des conn. méd.*, 1862. — Riesman, *Nervous diseases*, 1895, p. 359. — Sinkler. *Nervous diseases*, 1895, p. 393. — Singer. *Wien. med. club*, 26 octobre 1892. — Schmalz. *Jahr. d. Gesellsch. f. Nat. u. Heilk. in Dresden und Breslau*, 1892, p. 93, 161, 172 ; — *Berlin. Thierartz Woch.*, 1874, t. X, p. 313-319. — Schattinger. *Med. fortsc. review.*, Saint-Louis, 1892, t. II, p. 167-171. — Singer. *Deuts. Arch. f. Klin. med.*, Leipzig, 1892-1893, p. 472, 504. — Salmuth. *Obs. méd.*, C. I, obs. VI, p. 59. — Tarbes. *Bibl. méd.*, 1812. — Vincent. Acad. des sc., 1853. — Wenthier. *Froriep's Notizen*, t. XIV, p. 337.— Welsh. *Obs. méd.*, ep. 36, in Bourneville et Séglas. — Wieling. *Uber der Wied. b. Menschen*, 1823.

TRAITEMENT DE L'OCCLUSION INTESTINALE

Par M. Broca,

Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

En lisant un rapport de quelques lignes sur deux cas d'occlusion intestinale aiguë communiqués par M. Legueu, je ne m'attendais certes pas à soulever une discussion aussi ardente.

Avant de répondre à mes contradicteurs, je pose la question exactement comme je l'ai posée dans mon rapport initial, car on ne saurait s'entendre, en un sujet aussi complexe, si on ne limite bien le débat.

M. Legueu, faisant une laparotomie pour occlusion aiguë, trouve un cæcum oblitéré par torsion et distendu au point de remplir tout le ventre : en cas de volvulus, cette distension de l'anse étranglée est la règle et cela doit faire réfléchir les partisans, aujourd'hui raréfiés, de l'anus contre nature. Le second cas de M. Legueu, au contraire, leur aurait servi : il s'agissait d'une paralysie intestinale avec persistance du contour de la partie serrée, après réduction d'une hernie par le taxis. Mais le diagnostic était-il possible avec la réduction en masse, avec la réduction du collet rompu circulairement? Il faut féliciter M. Legueu de ne l'avoir pas cru, de ne pas avoir perdu avec les purgatifs et les lavements électriques un temps qui aurait pu être précieux, et de nous avoir montré que, dans ces conditions, la laparotomie exploratrice est, à la fois, bénigne et efficace. Ainsi tombe un des derniers arguments en faveur de l'anus contre nature.

Lorsque la discussion s'est engagée devant nous, Quénu, puis Reclus ont pris la défense de l'anus contre nature dans le cas spécial de l'iléus paralytique, et encore sans critiquer, en rien, la conduite de Legueu. J'aurais eu plaisir, avec quelques légères concessions de part et d'autre, à nous mettre d'accord sur ce point. C'est ce que je ferai à la fin de cette réponse ; mais je ne puis me borner à l'examen d'un cas particulier, car les partisans quand même de l'anus contre nature sont moins raréfiés que je ne l'estimais. La fin du débat, sans doute, m'a prouvé qu'ils sont en petite minorité, mais leur qualité supplée à leur quantité, et puisque Segond, Nélaton, Chaput ont envisagé la question dans son ensemble, je me vois forcé de les suivre sur ce terrain. Mon opinion est celle de Berger, Routier, Michaux, Hartmann, Peyrot, etc., et je désire la soutenir observations en mains.

D'abord, circonscrivons la lutte à l'occlusion intestinale aiguë. C'est elle seule que j'ai visée dans mon rapport ; c'est sur elle seule que les avis diffèrent. Il n'y a aucune parité à établir, par exemple, entre une hernie interne et une compression de l'intestin par une tumeur. Qui donc parmi nous,

quoi qu'ait l'air d'en penser Kirmisson, aurait fait la laparotomie à une enfant atteinte d'occlusion chronique, depuis cinquante-deux jours, en raison d'un sarcome du bassin? Ce serait aussi absurde que de traiter, séance tenante, par l'extirpation un cancer du rectum, même bien limité, accompagné d'occlusion : on établit, d'abord, un anus artificiel, puis à tête reposée, en tenant compte, à la fois, de l'état général et de l'état local, on prend une détermination définitive. C'est exactement ce qu'ont fait pour des cancers du côlon nos collègues Segond et Nélaton, et c'est la seule conduite sage.

Donc, pour l'occlusion chronique par cancer, par tumeurs diverses, nous croyons tous que le diagnostic causal en est d'ordinaire possible et que l'on peut, en connaissance de cause, avoir l'éclectisme thérapeutique cher à Kirmisson. L'anus contre nature, souvent indiqué à titre définitif ou temporaire, pourra être pratiqué, la plupart du temps, par le gros intestin et donnera de bons résultats immédiats.

En est-il de même pour l'occlusion aiguë? Absolument pas. Et, au risque de me faire encore traiter d'ignorant par Kirmisson, je crois que le diagnostic de la cause et du siège peut ici être quelquefois soupçonné, mais que la plupart du temps on reste dans le doute.

Je dois, il est vrai, dans les cas aigus, établir une classe à part pour les cas très spéciaux, et si bien étudiés par Segond, d'occlusion intestinale consécutive à l'hystérectomie vaginale. Je connais théoriquement les faits par la thèse si intéressante de Giresse et l'ensemble anatomo-pathologique, clinique, thérapeutique qui en résulte est fort satisfaisant pour l'esprit. Comme Segond l'a dit, la limite exacte de la vraie occlusion est assez difficile à tracer pour déterminer quand un purgatif suffit, et quand, au contraire, on doit opérer. Mais lorsque l'intervention s'impose, Segond nous montre, observations et pièces en mains, que l'anus contre nature est le procédé de choix.

Mais est-ce là l'occlusion intestinale proprement dite, celle pour laquelle nous sommes appelés dans les hôpitaux comme chirurgien de garde; pour laquelle, en ville, nous sommes mandés d'urgence? Il n'en est rien, et les occlusions post-opératoires dont nous a parlé M. Segond sont, en réalité, fort différentes, au point de vue des indications chirurgicales, de celles dont Legueu, Lejars et moi-même avons parlé.

Celles-là seules ont été visées par moi, et c'est pour elles que je continue à considérer la laparotomie comme l'intervention de choix. Mes observations personnelles prouvent, et j'y reviendrai tout à l'heure, qu'on peut en obtenir une proportion importante de succès, elles prouvent aussi que les lésions causales la requièrent la plupart du temps, que, malgré l'opinion de mon ami Nélaton, les brides, les volvulus, les invaginations, les hernies internes constituent la grande majorité des faits.

Pour entrer dans le détail du débat, il importe de distinguer, selon que le diagnostic de la nature des lésions est établi ou ne l'est pas.

Parmi les occlusions aiguës de l'enfance, l'invagination me semble, en général, possible à reconnaître : le jeune âge du sujet, les selles sanglantes doivent faire rechercher avec soin le boudin caractéristique, et dans les quatre cas que j'ai observés, je l'ai trouvé le long du côlon transverse ou du côlon descendant.

Le diagnostic d'invagination étant posé, je crois que nous sommes à peu près d'accord : la seule voix de Chaput s'est élevée en faveur de l'anus contre nature. Laisser dans le ventre un intestin dont le sphacèle est imminent, ne me paraît pas raisonnable. Ma pratique sur ce point spécial est la suivante : quatre laparotomies m'ont donné trois morts, mais les trois morts concernent des cas où les lésions étaient manifestement au-dessus des ressources de l'art. Une fois le boudin invaginé était noir, gangrené en masse, exhalait une odeur putride; par acquit de conscience, j'ai pratiqué l'entérectomie et l'entérorraphie circulaire, et l'enfant est mort en quelques heures. Deux fois j'ai trouvé, outre le sphacèle, une perforation du collet, par laquelle du liquide stercoral s'écoulait dans le péritoine, et, sans même chercher à désinvaginer, j'ai refermé le ventre. En toute sécurité sur la réponse, je demande si, dans les cas de ce genre, une opération quelconque aurait sauvé la vie? Par contre, dans un seul cas, j'ai pu opérer à temps, j'ai désinvaginé deux boudins, l'un ascendant, l'autre descendant, qui se touchaient presque vers le milieu du côlon transverse, et l'enfant, âgé de six mois, a guéri sans encombre : la chloroformisation avait duré au total un quart d'heure. J'ouvre une parenthèse pour vous narrer la suite de l'observation, car elle est curieuse : trois mois après, ma petite opérée a eu des accidents d'occlusion légers qui ont cédé spontanément; puis, un an plus tard environ, mon ami Brun m'a dit qu'on l'avait apportée à l'hôpital des Enfants-Malades, et qu'elle était morte quelques instants après son admission. En l'absence de toute opération ou de toute autopsie, on ne peut savoir si la mort a été causée par une récidive de l'invagination.

En dehors de l'invagination, je crois que, dans la grande majorité des cas d'occlusion aiguë, le diagnostic de la cause est sinon impossible, au moins assez douteux pour qu'on ne puisse, en règle générale, faire entrer cet élément en ligne pour la détermination thérapeutique. Sur ce point encore, une seule voix discordante s'est élevée, celle de Kirmisson : la profession de foi de tous mes autres collègues me console, car ils se déclarent aussi ignorants que moi.

Évidemment oui, on pose quelquefois le diagnostic exact. Sur seize malades, cela m'est arrivé deux fois pour une péritonite adhésive avec coudures multiples, pour une bride consécutive à une kélotomie pratiquée neuf mois auparavant, mais quatorze fois j'avoue être parti pour une destination inconnue.

J'ajoute même que certaines péritonites suraiguës par perforation ne peuvent être différenciées de l'occlusion aiguë, et en cela je soutiens une proposition tout à fait classique. Je me souviens d'un enfant qui fut envoyé à l'hôpital Trousseau avec le diagnostic d'occlusion aiguë et chez lequel, après avoir constaté l'absence de fièvre et l'intégrité de la fosse iliaque droite, je fus également de cet avis : la laparotomie médiane me fit voir des anses uniformément distendues, sans trace d'un obstacle mécanique; d'autre part, il n'y avait pas de liquide dans le ventre, pas de péritonite appréciable; j'allai donc palper la fosse iliaque droite, à la recherche d'une appendicite, et je n'y perçus aucune sensation anormale; et à l'autopsie je vis l'appendice perforé au sommet, sans trace d'une adhérence.

Aussi, à quelques jours de là, quand on m'apporta à l'hôpital un enfant dans le même état et chez lequel la sonorité était manifestement diminuée dans la fosse iliaque droite, j'incisai sans hésiter cette région, bien sûr d'y trouver une appendicite; or je tombai sur des anses affaissées, je vis l'appendice absolument normal, j'attirai l'intestin dans la plaie, je sentis à un moment une résistance, venant d'en haut et à gauche, et immédiatement après, l'obstacle ayant cédé, apparut dans la plaie une anse portant, à la jonction d'une partie rétractée et d'une partie distendue, un contour serré évident. L'enfant ayant guéri, je n'ai jamais su la cause de cette striction.

Ces deux erreurs sur l'existence même de l'occlusion sont les seules que j'aie commises, et j'ai diagnostiqué exactement les autres péritonites aiguës que j'ai rencontrées. Mais, après y avoir été pris, j'en suis encore à me demander si, dans des cas semblables, je trouverais l'indice révélateur du diagnostic exact.

Voilà ce que je voulais dire sur le diagnostic : je n'insiste pas davantage, car nous avons été unanimes à admirer, sur

ce point, la science de notre ami Kirmisson, tout en désespérant de l'égaler.

J'arrive maintenant à l'examen des deux questions suivantes, que je résous par l'affirmative : 1° dans les cas à diagnostic causal inconnu, les lésions commandant la laparotomie sont-elles majorité? 2° la laparotomie pratiquée alors systématiquement donne-t-elle de bons résultats? C'est par l'analyse de ma statistique intégrale que je puis établir cette proposition. Voici d'abord un résumé rapide des observations:

Observation I. — Femme de quarante ans, qu'en 1892 j'ai opérée à l'hôpital Bichat, au quatrième jour d'une occlusion aiguë; bride de la fosse iliaque droite sous laquelle était étranglée une anse de l'intestin grêle. Guérison.

Obs. II.— Homme de quarante-quatre ans, opéré le 22 mai 1891, à l'hôpital Bichat, au cinquième jour d'une occlusion aiguë; anse de grêle étranglée sous l'épiploon, adhérente à droite au détroit supérieur. Guérison de l'occlusion. Mort le 18 juin de bronchopneumonie.

Obs. III. — Femme de vingt-huit ans, opérée le 3 janvier 1885, à l'hôpital Saint-Louis, au cinquième jour d'une occlusion aiguë; deux coudures de grêle par bride dans la fosse iliaque droite, un peu de liquide avec flocons fibrineux dans le ventre. Guérison.

Obs. IV. — Garçon de onze ans et demi, opéré à l'hôpital Trousseau, au cinquième jour d'une occlusion aiguë; bride étranglant une anse de grêle, semis de granulation tuberculeuse sur le péritoine d'ailleurs absolument sec et non congestionné.

Obs. V. — Garçon de dix ans, opéré à l'hôpital Trousseau, au bout de quarante-huit heures; étranglement sur l'intestin grêle, nature exacte inconnue (malade dont il est question plus haut). Guérison.

Obs. VI. — Garçon de quatre ans, auquel le 9 juillet 1897 M. Legueu avait fait avec succès une laparotomie pour invagination. Le 6 septembre, nouveaux accidents bientôt des plus graves; opéré presque agonisant le 8 septembre; brides multiples enserrant le grêle, adhérences avec coudures. Guérison.

Obs. VII. — Femme de vingt-neuf ans, auprès de laquelle j'ai été appelé par M. Vimont. Accidents de pelvi-péritonite légère depuis sept jours; occlusion franche et brusque depuis quarante-huit heures. Série de coudures et de strictions sur le grêle, granulations (tuberculeuses?), pas de liquide. Guérison.

Obs. VIII. — Femme d'une cinquantaine d'années, opérée en 1896 à l'hôpital Lariboisière. Hernie crurale gauche réduite en ville; persistance des accidents d'étranglement; rien d'appréciable à la palpation, sauf un peu de douleur à la pression sur la région herniaire. Laparotomie médiane; pincement latéral d'une anse de grêle à l'anneau crural. Guérison.

Tels sont les huit cas où la laparotomie a été heureuse. On ne m'objectera pas, je l'espère, que le malade n° 1 est mort de bronchopneumonie au vingt-septième jour. Quant à l'observation VIII, sans doute, si j'avais eu le diagnostic précis, je m'en serais tenu à la kélotomie. Mais y avait-il réduction en masse, réduction du collet, persistance de striction par une bride? Dans le doute, il fallait ouvrir le ventre, et le succès a justifié ma conduite, comme il a justifié — la lésion était d'ailleurs différente — celle de Legueu dans le cas que j'ai rapporté.

Dans les huit observations qui précèdent, Segond, Nélaton, Chaput m'accorderont que la laparotomie, tout au moins, n'a tué personne. Restent donc les cas mortels, sur lesquels, sans doute, vont triompher mes adversaires. A moins, toutefois, que la lésion trouvée — bride, volvulus, hernie interne — n'ait été de celles que tous mes collègues, sauf Chaput, attribuent à la laparotomie.

Si je ne voulais, à tout prix, échapper au reproche possible d'expurger une statistique, je ne devrais pas compter ici la première observation que je vais relater. Elle concerne, en effet, une occlusion chronique, datant de plusieurs semaines, devenue complète depuis deux à trois jours. Il s'agissait d'une femme d'une cinquantaine d'années, chez laquelle, en 1890, j'ai diagnostiqué, comme lésion plus que probable, un cancer de l'intestin; et j'ai trouvé, en effet, un cancer de l'angle gauche du côlon. Diagnostic, marche des accidents, tout commandait donc l'anus cæcal, je suis forcé de m'accuser d'une faute thérapeutique. J'ai fait une laparotomie déplorable, au milieu d'un météorisme considérable, et j'ai dû terminer par un anus contre nature sur le milieu du côlon transverse.

Le manuel opératoire, je le reconnais, a été médiocre; on m'en excusera, si je dis que c'était ma première laparotomie pour occlusion. Mais on me reprochera, sans doute, d'avoir mal saisi l'indication thérapeutique. Or, voici ce qui m'a influencé : quelques jours auparavant, j'avais assisté mon maître Terrier, auprès d'un vieillard atteint d'occlusion subaiguë, attribuée à un cancer probable de l'S iliaque, et nous avions trouvé un pincement latéral sphacelé à l'anneau inguinal interne, du côté droit.

Donc, je dirai :

Obs. IX. — Laparotomie pour occlusion chronique par cancer de l'angle gauche du côlon. Opération laborieuse, mort en quelques heures.

Et après avoir battu ma coulpe, je reprends la série des cas où je crois être dans le bon chemin. Reprenons d'abord les observations.

Obs. X. — Femme d'une trentaine d'années, opérée à l'hôpital Bichat en 1892, au sixième jour, d'une occlusion aiguë. Hernie étranglée rétroduodénale d'une anse de grêle sphacelée qui s'est rompue à la première et légère traction; anus contre nature; mort en quelques heures.

Obs. XI. — En 1894, j'ai laparotomisé, à l'Hôtel-Dieu, un homme d'une quarantaine d'années, maigre, malade depuis longtemps et brusquement pris d'occlusion suraiguë. J'ai trouvé un petit cancer de l'intestin grêle ayant poussé une assez grosse masse dans le mésentère, et là adhérait la pointe de l'épiploon, étiré en une bride qui serrait à sa base, d'un tour complet, un paquet formé par plusieurs anses de grêle. Les anses étranglées étaient seules distendues et l'anus contre nature aurait fatalement porté sur l'une d'elles. Mort dans les vingt-quatre heures.

Obs. XII. — Fille de dix ans, opérée à l'hôpital Trousseau en 1892, au huitième jour d'une occlusion aiguë. Bride dans la fosse iliaque droite, étranglant une anse grêle. Mort en quelques heures dans le collapsus.

Obs. XIII. — Garçon de onze ans, opéré à la maison Dubois, au sixième jour d'une occlusion aiguë. Anse de grêle étranglée par une bride adhérente au sommet d'un diverticule de Meckel. Mort en quelques heures.

Obs. XIV. — Fille de huit ans, opérée le 8 janvier 1895, à l'hôpital Trousseau, au cinquième jour d'une occlusion aiguë. Bride située vers la fosse iliaque droite et étranglant une anse de grêle. Mort dans les douze heures.

Obs. XV. — Garçon de sept semaines, opéré à l'hôpital Trousseau; incision dans la fosse iliaque droite, où on sentait à la palpation une résistance anormale. Bride étranglant une anse de grêle. Mort en quelques heures.

Obs. XVI. — Femme de quatre-vingt-deux ans, qui avait été opérée avec succès par Quénu, en janvier 1896, d'une hernie crurale étranglée au septième jour de l'occlusion; en l'absence de Quénu, j'ai été appelé le 10 septembre. Bride épiploïque coudant une anse de grêle. A partir de ce moment, la malade a rendu des gaz, mais malgré le lavement électrique, n'a pas abouti à la débâcle. Mort au troisième jour.

Si nous récapitulons toutes les observations que je viens de résumer, et qui constituent, je le répète, la statistique intégrale des occlusions intestinales que j'ai opérées, elles se résument en : 20 cas, 9 guérisons = 45 p. 100.

Je n'ai pas pratiqué une seule fois l'anus contre nature, et je viens de vous dire qu'une fois sur ces 20 cas j'ai eu tort, aussi bien cliniquement qu'opératoirement. Si je n'avais pas commis cette faute, je n'aurais laparotomisé que pour occlusion aiguë et j'aurais eu 19 cas, 9 guérisons = 47,37 p. 100.

Mais cette statistique, en bloc, répond-elle à la manière dont la question a été posée par mes contradicteurs dans la discussion actuelle? Pas tout à fait. On a eu tendance, avec juste raison, à mettre hors du débat les variétés qui constituent un ensemble thérapeutique net et pour lesquelles, le diagnostic étant possible, le traitement dépend de ce diagnostic. C'est le cas, par exemple, pour l'invagination de l'enfant, où l'on agit en connaissance de cause et où il n'y a pas de divergences parmi nous.

Si j'ai bien compris Nélaton et Segond, ils m'ont accordé qu'alors la seule opération convenable était la laparotomie, et c'est pour les autres occlusions aiguës, où le diagnostic, en général nul, est tout au plus soupçonné dans certaines circonstances rares; c'est pour les cas de ce genre qu'ils préfèrent l'anus systématique à la laparotomie systématique. Si j'envisage ainsi la série de mes malades, j'en trouve 15 (soit sur les 20 défalcations faites des invaginations et de l'occlusion chronique), qui répondent au problème posé de la sorte. Or, ces 15 cas me donnent 8 succès, soit 53,33; ou si vous préférez 46,66 de mortalité; alors que les relevés de Routier chiffrent par 48 p. 100 la mortalité de l'anus contre nature, depuis la période antiseptique. Et le fait capital à mettre en relief est que, sur les 7 malades qui ont succombé, la cause des accidents était une hernie interne, ou une bride qui étranglait l'intestin grêle et que j'ai coupée entre deux ligatures; après quoi, les matières ont passé sous mes yeux dans le segment affaissé de l'intestin, si bien que pendant le pansement, l'anus de ma vieille femme de quatre-vingt-deux ans a victorieusement sonné la décharge. L'anus contre nature aurait fatalement porté sur l'intestin grêle, dans un cas même sur l'anse étranglée : et croyez-vous que cette faute opératoire, inévitable dans certains cas, ne doive pas entrer en ligne de compte pour infirmer la doctrine de Nélaton, de Segond? Dans les 6 cas où il eût été en bon lieu, l'obstacle laissé dans le ventre était de ceux qui aboutissent toujours au sphacèle de l'anse et à la péritonite par perforation : si bien qu'une fois l'anse était déjà sphacélée et perforée quand je suis intervenu.

Ma série, direz-vous, est un peu spéciale, en ce sens que je n'ai pas observé d'iléus paralytique, et que cette variété est assez fréquente pour influer sur nos déterminations. Si j'ignorais ces faits, la fort remarquable communication de Lejars me les aurait enseignés : et elle m'a, en effet, appris sur eux des détails fort intéressants. Mais je connaissais l'occlusion paralytique; je connaissais même deux succès qu'y a fournis l'anus contre nature, car la dame aux figues de Verneuil et le conseiller municipal de Reclus sont parmi mes relations personnelles, de sorte que, depuis plus de dix ans, je sais qu'ils se portent à merveille.

Je conçois donc les réserves de Quénu et de Reclus, relativement à ce cas tout spécial, je les aurais faites tout le premier si je n'avais la notion que, dans la grande majorité des cas, le diagnostic de la nature exacte des lésions est impossible. Sans doute, il y a des cas où l'atonie intestinale des vieillards commence par la constipation opiniâtre et se termine par des accidents subaigus, ou même chroniques, d'occlusion proprement dite. C'est alors qu'on insiste sur le lavement électrique et qu'on a dans l'anus contre nature une ressource précieuse.

C'est à ces cas plutôt subaigus que se rapportent les observations de la dame aux figues et du conseiller municipal. Joignez-y, pour ce dernier, qu'il était presque octogénaire, qu'il avait — et qu'il a encore — un prolapsus rectal véritablement énorme; ajoutez que les deux malades ont été opérés en province, dans des conditions où l'on ne pouvait songer à faire de la chirurgie vraiment aseptique, à donner même convenablement un lavement électrique, et concluez que, de par l'histoire clinique aussi bien que de par l'organisation matérielle, j'aurais été le premier à pratiquer l'anus iliaque; c'est ce que je ferais si demain un cas semblable se présentait à moi.

Ce que j'ai dit et ce que je maintiens, le voici : c'est que les occlusions paralytiques peuvent revêtir la forme aiguë, et le cas de Legueu nous prouve qu'alors la laparotomie peut être efficace. Analysez de près le fait et dites-moi si un de vous se déclare en mesure, en pareille occurrence, de savoir si la persistance des accidents est due à de la paralysie intestinale, à un pincement latéral dans la profondeur, à la déchirure circulaire du collet, etc. Cliniquement, mon observation VIII est superposable à celle-ci, et si j'avais pratiqué l'anus contre nature, ma malade aurait sûrement succombé au lieu de guérir. Celle de M. Legueu aurait guéri, je l'accorde, mais elle n'a rien perdu au change. Ainsi tombe, dirais-je, un des derniers arguments des partisans de l'anus contre nature, et je n'espérais pas qu'une série aussi importante que celle de Lejars vînt confirmer tout de suite mon assertion.

Cette série, aussi bien que la mienne, montre que la laparotomie n'est pas aussi meurtrière par elle-même qu'on a bien voulu le dire. Opérez vite, que tout soit terminé, pansement compris, en moins d'une demi-heure, et les malades n'en seront pas plus choqués que de l'anus contre nature.

La grosse question, c'est d'avoir certaines conditions matérielles, d'opérer avec de bons aides, dans une salle bien éclairée et bien chauffée, avec toutes les ressources de l'asepsie et de l'antisepsie. Chez le malade dont a parlé M. Segond, à la dernière séance, dans une chambre d'hôtel, avec un ventre énorme et un pouls fuyant, je comprends qu'on préfère l'anus contre nature. Et encore la malade de mon observation VII a-t-elle été opérée d'urgence, dans sa salle à manger; celle-là a guéri. C'est dans une maisonnette des environs de Paris qu'était ma malade n° XVI, et le décès a eu lieu le troisième jour, sans collapsus, sans aucun symptôme de péritonite. Dans un cas comme dans l'autre, l'opération n'a pas duré une demi-heure.

La vérité, c'est qu'en présence d'une occlusion aiguë, il ne faut pas perdre plus de vingt-quatre heures au traitement médical. Presque tous les malades que j'ai opérés, tous ceux qui sont morts ont été opérés trop tard : ne concluez pas que la laparotomie est dangereuse parce qu'elle laisse mourir des sujets empoisonnés par cinq à huit jours d'occlusion.

Concours de l'internat. — Séances du 10 novembre :

Anatomie. — MM. Audistère, 12. — Berthier (H.), 11. — Belgrand et Chevrey, 10. — Chevé (A.), 9. — Darbois, 8. — Beaujard et Legros, 7. — Audard, 6. — Arnouls et Gil, 5.

Pathologie. — MM. Labbé et Meuriot, 13. — Leclerc et Legros (G.), 11. — Housselot et Javal, 10. — Edwards, Loizel et Lucius, 9. — Kermektchief, 8. — Halberchtadt et Housquains, 7. — Goizet, 6.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jacquemet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, décédé dans sa soixante-treizième année.

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le mardi 16 novembre 1897, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Dans la première leçon, le professeur résumera la biographie et l'œuvre de R.-T.-H. Laënnec.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 131. — MARDI 16 NOVEMBRE 1897. 70e ANNÉE. MARDI 16 NOVEMBRE 1897. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 15 novembre 1897.

Les abcès gazeux sous-diaphragmatiques ne sauraient, à la vérité, être tenus pour des raretés cliniques, puisque, en réunissant toutes les statistiques, on arrive à en compter dans la science environ 180 exemples (pour lesquels, il est vrai, le diagnostic n'a pas été fait dans une grande partie des cas); il n'en est pas moins exact que de longues années peuvent s'écouler sans que l'on ait l'occasion d'en observer dans les services hospitaliers.

Les trois observations nouvelles, dont M. Courtois-Suffit rapportait hier l'analyse détaillée à la Société médicale des hôpitaux (12 novembre), sont intéressantes à plusieurs points de vue.

Dans ces trois cas, le diagnostic a pu être établi d'une façon suffisamment précise pour commander l'intervention opératoire immédiate ; c'est là un premier fait à souligner, puisque dans les traités les plus récemment écrits on peut lire : « Les signes cliniques des abcès gazeux offrent si peu d'uniformité et restent souvent si obscurs, qu'actuellement encore on considère le diagnostic de ces abcès comme un des problèmes les plus ardus de la médecine interne. »

Le premier malade est sorti de l'hôpital complètement guéri ; il a été présenté il y a quinze jours à la Société de chirurgie, par M. Lejars qui l'avait opéré. L'abcès était consécutif, très vraisemblablement, à la perforation d'un ulcère simple du duodénum.

La seconde malade est morte quelques jours après l'opération. Les résultats de l'autopsie ont bien rendu compte de cet insuccès. On rencontra, en effet, au lieu d'un seul abcès ainsi que les signes cliniques permettaient de le prévoir, deux abcès, l'un situé en avant vers l'hypocondre droit, l'autre en arrière, profondément caché dans l'hypocondre gauche, tout à fait distincts l'un de l'autre, et dus chacun à une perforation isolée de l'estomac.

La première perforation, de la dimension d'une pièce de 1 franc environ, était située sur la face antérieure de l'estomac, assez près de la petite courbure ; l'autre plus petite, n'ayant guère que la dimension d'une pièce de 50 centimes, était située sur la face postérieure, en un point exactement placé vis-à-vis de la première perforation.

Ces deux ulcérations étaient nettement circulaires, à bords taillés à pic. Or, il n'est pas inutile d'ajouter que pendant la vie, la malade avait accusé, au milieu de signes très évidents d'ulcère simple, une douleur en broche d'une acuité et d'une persistance extrêmes; et il n'est pas illégitime d'admettre un rapport de cause à effet, entre cette double ulcération et cette douleur si spéciale.

Ces deux premières observations ont été cliniquement très comparables. Il faut noter, comme signe tout à fait caractéristique, l'aspect bilobé qu'a pris le ventre dans les deux cas. Les deux zones du météorisme semblaient séparées par une dépression transversale, passant par l'ombilic.

La troisième observation se rapporte à un cas d'abcès gazeux, à siège sus-hépatique, consécutif à une péritonite tuberculeuse généralisée ; le malade était à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Gilbert. Cette coïncidence de l'abcès sous-phrénique et de la tuberculose péritonéale est assez rare, puisque, dans la statistique de Nowack qui porte sur 80 cas, il n'en est pas fait mention et que, dans une thèse récente (1896), on n'en trouve qu'une seule observation.

M. Courtois-Suffit insiste dans son étude sur la dénomination « d'abcès gazeux sous-diaphragmatiques » qu'il convient de donner à cette complication. Les termes de pyopneumothorax sous-phrénique, créé par Leyden, d'empyème hypo-phrénique, imaginé par Nowack, sont tout à fait impropres dans la plupart des cas, et ont le tort d'attribuer à une affection purement abdominale une désignation qui rappelle une lésion ayant son siège dans le thorax.

MM. Rendu et Hallé apportent à la Société l'observation d'une femme atteinte d'une infection gonococcique généralisée, dont l'histoire clinique est bien curieuse, et que l'on peut résumer ainsi qu'il suit : une malade, d'apparence robuste, entre à l'hôpital se plaignant seulement d'une métrite d'apparence bénigne. Pendant quelques jours, sous l'influence d'un traitement très simple, il ne se produit rien d'anormal, puis tout d'un coup des phénomènes infectieux diffus apparaissent; une périarthrite suppurée d'abord, puis une fièvre hectique symptomatique de l'invasion du cœur et du péricarde ; le malade meurt assez rapidement et, à l'autopsie, on trouve comme lésion tout à fait prédominante une endocardite végétante, puis des altérations dégénératives des reins, du foie et de la rate communes à toutes les septicémies.

L'examen bactériologique put permettre de démontrer

que la malade était véritablement atteinte de métrite gonococcique ; l'examen de la sérosité de l'œdème phlegmoneux du coude fit découvrir à l'état de pureté le gonocoque de Neisser doué d'une virulence excessive ; les végétations endocardiaques dénotèrent l'existence exclusive du gonocoque ; c'est là un type remarquable de septicémie gonococcique.

M. Hayem insiste sur les variations de la capacité stomacale dans les sténoses pyloriques et montre que c'est à tort que l'on admet de coutume que l'estomac y est forcément dilaté, car il peut arriver à être de volume inférieur à la normale. Cette anomalie peut être due à plusieurs causes : grande intolérance pour les aliments et, par suite, vomissements incessants entraînant la vacuité de l'estomac, malgré l'obstacle mécanique ; existence de brides péritonéales plus ou moins serrées s'opposant à la distension de l'organe ; restriction de l'alimentation en raison des douleurs vives provoquées par la digestion. L'existence de la périgastrite est, des trois causes, peut-être la plus importante ; elle peut cliniquement être reconnue par la palpation, ou par l'insufflation, laquelle démontre qu'alors la limite inférieure de l'estomac ne s'abaisse pas.

M. Dalché lit une note sur les métrorragies dans les maladies du foie.

HOPITAL LAENNEC

Cancer primitif des voies biliaires (1),

Par M. Paul Claisse,
Médecin des hôpitaux de Paris.

Dans ces dernières années, plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur le cancer primitif des voies biliaires (2).

Cette affection, rare il est vrai, présente néanmoins un grand intérêt en raison de la ressemblance qu'elle peut offrir avec une autre affection beaucoup plus commune : l'obstruction cancéreuse et l'obstruction calculeuse ont parfois la même allure. Or, étant donné les nouvelles ressources thérapeutiques que nous fournit la chirurgie abdominale, il importe d'étudier très soigneusement les diverses modalités d'obstruction biliaire, afin de différencier, en particulier, l'obstruction calculeuse de l'obstruction cancéreuse, problème dont j'examinerai plus loin toutes les difficultés.

Ayant eu récemment l'occasion d'observer un nouveau cas de cancer primitif des voies biliaires, j'ai étudié, à ce propos, les faits antérieurement publiés (3), et il m'a paru utile de relever certaines particularités de cette affection.

Observation. — N... (Pierre), soixante-treize ans, charron. Entré à l'hôpital Laënnec le 31 août, salle La Rochefoucauld, n° 7, pour une jaunisse accompagnée d'une fatigue extrême.

Cet homme a toujours été bien portant.

Il y a cinq mois, il quitte la province pour venir habiter Paris. A partir de ce moment, il accuse une diminution des forces et un certain amaigrissement, en même temps qu'il se plaint de démangeaisons très vives du côté du visage. État stationnaire plusieurs semaines. Puis, il y a deux mois, il est pris brusquement de vertiges, d'éblouissements et tombe anéanti ; on le ramène chez lui ; le lendemain, son entourage constate qu'il a la jaunisse. L'ictère augmente progressivement tandis que les joues diminuent jusqu'à son entrée à l'hôpital.

A ce moment, nous constatons un ictère très foncé généralisé, de la peau et des muqueuses.

Le malade, très affaissé, très amaigri, cachectique, éprouve surtout au visage des démangeaisons insupportables. Il se plaint aussi de bourdonnements et d'éblouissements.

La langue est sèche, rugueuse, recouverte d'un enduit noirâtre qui provient de petites hémorragies gingivales. L'anorexie est complète.

L'estomac est un peu dilaté. Quelques nausées sans vomissements.

Les selles, assez fréquentes, sont absolument décolorées (teinte mastic).

Les urines, peu abondantes, sont chargées de sédiments et donnent nettement la réaction biliaire ; elles contiennent un peu d'albumine. La quantité d'urée est abaissée à 3 grammes en vingt-quatre heures.

La température n'a pas dépassé 38 degrés.

A l'examen du cœur, on ne trouve pas de lésions valvulaires, mais on constate une légère irrégularité avec inégalité des battements ; de plus, au lieu de battre lentement, comme cela serait naturel avec un tel ictère, le cœur a 80 pulsations par minute.

A l'examen de l'abdomen, on trouve le foie très légèrement douloureux, dépassant à peine le rebord costal. Le bord est lisse et régulier. La vésicule biliaire n'est pas perçue. La rate semble être normale.

Les jours suivants, l'asthénie augmente. La température tombe à 35°8. Sans phénomène saillant, sans grandes hémorragies, dans un délire tranquille, le malade arrive au coma et meurt le 7 septembre.

Autopsie le 8 septembre.

Le foie est de volume normal. Par places, surtout sur son extrémité gauche, on trouve de petites bosselures parfaitement fluctuantes qui contiennent un liquide clair, jaune verdâtre, et ne sont autres que des voies biliaires extraordinairement dilatées, donnant à certaines portions de la glande un aspect angiomateux. Cette dilatation portant sur le réseau biliaire, avec prédominance à gauche, permet facilement l'introduction d'un doigt dans les premières voies biliaires. Le tissu hépatique est simplement refoulé, sans traces de sclérose. En somme, on constate les lésions typiques de la rétention biliaire aseptique.

La cause de cette rétention est un noyau cancéreux qui intéresse le canal hépatique au point de fusion des branches droite et gauche. Au-dessus de ce point, distension extrême, au-dessous état absolument normal des voies biliaires. Le canal cystique, la vésicule biliaire sont intacts. Le cancer, de la dimension d'une noix, est squirrheux, dur au toucher et à la coupe ; parfaitement limité à cette région, il n'émet pas de prolongements dans le foie et occupe exclusivement le canal hépatique dont la paroi se confond absolument avec la masse néoplasique. Celle-ci n'émet pas dans le canal de végétations ; elle supprime à peu près son calibre par simple constriction annulaire.

---

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(2) J'envisage ici exclusivement le cancer des grosses voies biliaires proprement dites, canaux hépatiques et cholédoque, sans m'occuper du cancer de la vésicule.

(3) Howald. *Dissert.*, Bern 1890. — Jourdan. *Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 150. — Brunswig. *Dissert.*, Kiel 1893. — P. Claisse. *Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 150. — Busson. Th. de Paris, 1896. — Rolleston. *The med. chronicle*, Manchester, janv. 1896, p. 241 à 254. — Ray. Durand-Fardel. *Presse méd.*, 1896. — Hanot. Soc. méd. des hôpit., 24 avril 1896. — Rendu. Soc. méd. des hôpit., 1er mai 1896. — Deetjen. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1895, p. 211. — Griffon et Dartigues. *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 816. — Étienne. *Arch. gén. de méd.*, sept. 1896. — Vincent Georges. Th. de Paris, 1896. — Rabé, *Bull. de la Soc. anat.*, 2 juillet 1897.

Nous avons examiné attentivement tous les organes et, en particulier, tout le tube digestif, sans rencontrer d'autre localisation cancéreuse.

Examen histologique. — La tumeur est composée en proportions inégales de tissu conjonctif et de cellules épithéliales. Le tissu conjonctif prédomine, sous forme de travées fibreuses très épaisses s'anastomosant et laissant dans leur intervalle des alvéoles de formes variées. Dans celles-ci, on trouve par places un revêtement de cellules cylindriques assez régulières ; en d'autres endroits, les cellules sont très inégales, les unes polygonales très volumineuses, d'autres plus petites, arrondies. C'est, en somme, un épithélioma à cellules cylindriques prenant çà et là la physionomie du carcinome.

. . . . . .

Telles sont les particularités anatomiques et cliniques de ce nouveau cas. Comparons-le aux observations déjà connues.

La nature histologique de la tumeur est très constante. La disposition notée dans notre cas se retrouve dans les autres : le mémoire de Rolleston résume onze cas dans lesquels on constate d'une façon uniforme des carcinomes. Le noyau cancéreux, né de l'épithélium des conduits, peut varier dans la disposition de ses éléments, suivant que prédomine le stroma conjonctif ou au contraire son contenu épithélial; mais son origine est toujours la même.

Nous ne trouvons pas la même uniformité dans la description des voies biliaires intrahépatiques. Le plus souvent elles sont simplement dilatées, sans altération du contenu, sans sclérose de la paroi, sans lésion propagée au parenchyme. Par contre, on constate dans quelques cas, en particulier dans celui de Griffon et Dartigues, un épaississement scléreux des conduits dilatés, une véritable cirrhose biliaire. Dans le cas de Schuppel, relaté par Howald, dans celui de Rendu, les voies biliaires ont un contenu purulent. Nous ne nous arrêterons pas à l'interprétation de faits de ce genre dont la pathogénie est nettement élucidée au chapitre XII de la thèse de Dupré (1). Ce sont là des lésions d'infection ascendante secondaire. Peut-être relèvent-elles quelquefois de coïncidences pathologiques et, en particulier, de la lithiase dont l'association avec le cancer a été plusieurs fois constatée.

Mais le néoplasme à lui seul est une cause suffisante d'infections biliaires aiguës ou chroniques, tenant au ralentissement du courant biliaire. A cette condition pathogénique, seule en cause dans l'obstruction cancéreuse, vient s'ajouter, dans la lithiase, l'irritation mécanique des parois. Cela explique la fréquence extrême des infections biliaires aiguës ou chroniques dans la lithiase et leur rareté dans le cancer. L'apparition de cette complication exceptionnelle peut modifier profondément l'évolution du cancer biliaire.

Au point de vue des caractères cliniques, plusieurs faits importants doivent être signalés. D'ordinaire, après une période prodromique plus ou moins longue, l'ictère s'installe lentement et va toujours en s'accentuant sans périodes de régression. Les forces diminuent. Le malade meurt après une phase d'insuffisance hépatique subaiguë prenant parfois les allures de l'ictère grave.

Telle est habituellement la marche de l'affection. Constatons que, dans le tableau clinique, rien n'appartient en propre au cancer, la tumeur étant d'ordinaire trop limitée pour devenir par elle-même cachectisante.

(1) E. Dupré. *Les infections biliaires*, Th. de Paris, 1891.

Elle doit son action nuisible presque exclusivement à sa situation; elle agit mécaniquement en produisant une obstruction biliaire absolument comparable à celle que peut déterminer toute autre cause, telle que l'enclavement d'un calcul. On ne trouve donc, dans l'état général du malade, aucun élément de diagnostic. Le mode de début des accidents ne fournit pas non plus d'indice spécial; nous avons vu dans notre cas la tumeur se développer en cachette jusqu'au jour où l'ictère apparaît brusquement, marquant le début des accidents, et persiste jusqu'à la fin sans aucune rémission. Il existe de nombreux faits analogues. Dans d'autres observations, celles de Hanot et de Rendu, en particulier, l'ictère est, au contraire, variable et intermittent. L'évolution de l'ictère ne peut donc être utilisée pour le diagnostic.

Les commémoratifs ont certes leur importance; la notion de coliques hépatiques antérieures est un appoint en faveur du diagnostic d'obstruction calculeuse, mais n'exclut pas celui d'obstruction cancéreuse, les deux affections pouvant se succéder ou coïncider. Par contre, l'absence de coliques hépatiques, dans les antécédents du malade, ne permet pas d'affirmer le cancer, surtout chez un vieillard, qui peut avoir une sensibilité émoussée; on sait combien sont fréquentes, à un âge avancé, les migrations calculeuses indolores.

Les moyens de diagnostic fondés sur les antécédents du malade, sur le mode de début, sur l'état général, sont donc infidèles et insuffisants. Ils peuvent fournir non la certitude, mais de simples présomptions. L'exploration de l'hypocondre droit fournit-elle des renseignements plus précis? Le foie lui-même n'est guère modifié et sa palpation ne sera instructive que dans le cas où elle permettra de sentir un noyau cancéreux secondaire, ce qui n'est, du reste, signalé dans aucune des observations connues. L'état de la vésicule est beaucoup plus significatif. En effet, dans la plupart des cas de cancer primitif des voies biliaires, le néoplasme siège sur la terminaison du cholédoque, en particulier à l'ampoule de Vater, et produit en amont une distension généralisée avec dilatation de la vésicule biliaire qui devient facilement perceptible au palper. Hanot (1) a montré le parti qu'on pouvait tirer d'une telle constatation pour distinguer l'obstruction cancéreuse de l'obstruction calculeuse. Cette dernière s'accompagne à la longue d'une transformation fibreuse des canaux et de la vésicule qui, en pareil cas, suivant la loi de Courvoisier et de Terrier (2), au lieu de se dilater, se rétracte et n'est plus perceptible. Ainsi, une obstruction biliaire chronique avec une vésicule distendue est d'origine cancéreuse; elle est d'origine calculeuse si cette vésicule n'est pas perçue. Telle est la formule proposée par Hanot.

Notre observation fait exception à cette loi : la vésicule biliaire n'est pas dilatée. Le cancer siégeant au-dessus de l'abouchement du canal cystique, on saisit facilement la raison de cette anomalie. Mais il importe de rechercher si l'exception est fréquente.

C'est dans cette intention que nous avons compulsé une cinquantaine d'observations, les unes relatées dans les monographies de Howald, Brunswig, Rolleston, Busson, Vincent Georges; d'autres publiées isolément par Durand-Fardel, Hanot, Rendu, P. Claisse, Jourdan, Deetjen, Griffon et Dartigues, Étienne, Rabé.

(1) Hanot. Soc. méd. des hôpit., 26 janv. 1894.
(2) Terrier. Soc. de chir., 21 déc. 1892.

Dans la grande majorité de ces observations, le cancer siège sur la terminaison du cholédoque. Il est probable, ainsi que l'ont montré les travaux de ces dernières années, qu'un certain nombre de ces cas, dénommés cancers du cholédoque, sont en réalité des cancers de voisinage (tête du pancréas, duodénum) envahissant secondairement le cholédoque. Pour le cancer de l'ampoule de Vater, en particulier, cette distinction a été nettement établie, et on admet qu'il n'est pas toujours d'origine biliaire. C'est peut-être par la propagation de néoplasmes d'origine variée à la terminaison du cholédoque qu'on peut expliquer la fréquence de cette localisation. De tels cancers ne sont certes pas, au sens histologique, des cancers primitifs des voies biliaires; mais on peut, en clinique, les considérer comme tels, puisqu'ils sont capables d'intéresser primitivement la fonction biliaire sans troubler l'intestin ni le pancréas.

Quoi qu'il en soit, il ressort de l'étude de tous les cas mentionnés, que le cancer, quand il se localise sur les voies biliaires, choisit le plus souvent leur extrémité juxta-duodénale.

Néanmoins, un certain nombre de faits, en outre de notre observation, montrent que la lésion peut siéger sur toute l'étendue des grosses voies biliaires.

Dans un cas précédemment publié, nous avions trouvé un noyau cancéreux sur la partie moyenne du cholédoque. Dans les cas de Griffon et Dartigues, de Deetjen, le noyau est près de la terminaison, mais n'intéresse pas l'ampoule.

Dans les deux cas de Hebb, relatés par Rolleston, dans les cas de Birch Hirschfeld et dans celui de Kraus, cités par Howald, le cancer siège sur la partie moyenne du cholédoque. Rabé signale une disposition analogue, coïncidant avec un néoplasme de la vésicule. Howald résume deux cas de Naunyn et de Schuppel, qui se rapprochent beaucoup du nôtre. Schuppel trouve un noyau cancéreux de 2 centimètres à la bifurcation du canal hépatique, dont la paroi est infiltrée par le néoplasme. Dans le cas de Naunyn, le cancer siège à l'union des canaux hépatique et cystique, sans comprimer ce dernier; la vésicule n'est pas dilatée. Jourdan a publié un fait analogue.

On pourra, par la suite, établir une statistique plus précise; de notre relevé il ressort déjà que, dans un cinquième des cas environ, le cancer des voies biliaires ne siège pas sur l'extrémité duodénale, et que, dans un douzième des cas environ, il est localisé à la portion juxta-hépatique des voies biliaires, sans gêner le fonctionnement de la vésicule. Donc, dans la plupart des cancers primitifs des voies biliaires, la loi de Hanot se vérifiera et la dilatation de la vésicule permettra de distinguer l'obstruction cancéreuse d'une obstruction calculeuse. Mais cette loi sera en défaut si l'obstruction cancéreuse est juxta-hépatique. En pareil cas, la distinction entre certaines obstructions calculeuses et l'obstruction cancéreuse sera particulièrement difficile. Le diagnostic ferme devra être demandé (comme dans le cas de Rabé) à la laparotomie.

THÉRAPEUTIQUE

Syphilides du cuir chevelu.

Oxyde rouge de mercure.	} *ââ*	2 grammes.
Oxyde de zinc		
Résorcine.		1 —
Vaseline		60 —

Cette pommade est très recommandée par M. L. Phillips, dans les formes impétigineuses de la syphilis du cuir chevelu.

Furonculose.

Europhène		10 grammes.
Huile d'olives.		20 —
Vaseline.	} *ââ*	50 —
Lanoline		

Enduire la région atteinte et recouvrir avec de la gaze stérilisée simple.

Amygdalite lacunaire.

Créosote de hêtre.	VIII gouttes.
Teinture de myrrhe	60 grammes.
Glycérine	60 —
Eau.	120 —

Pour se gargariser plusieurs fois par jour. (*Presse méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 novembre 1897.— Présidence de M. Delens.

COMMUNICATION

Corps étranger du rectum. — M. MONOD, à l'occasion du rapport de M. Gérard-Marchant, communique une troisième observation de bouteille introduite dans le rectum par un homme de soixante-treize ans. C'était chez lui une habitude. Jusqu'ici, grâce à la précaution qu'il prenait d'attacher la bouteille avec une ficelle, il la retirait lui-même facilement. Mais la ficelle s'étant cassée, il ne lui fut pas possible de retirer la bouteille, et il fut conduit à l'hôpital. En combinant les mouvements de la main placée sur l'hypogastre avec ceux de la main introduite dans le rectum, M. Monod parvint assez facilement à extraire ce corps étranger par l'anus et sans faire aucune opération préalable. Il semblerait, d'après le rapport de M. Marchant et l'observation de M. Delbet, que toujours les corps étrangers introduits dans le rectum s'arcboutent dans le coccyx et qu'il faudrait toujours réséquer celui-ci pour en faire l'extraction. Ce n'est pas ce qui résulte des faits observés par M. Monod. Il a pu réunir trente-trois cas d'introduction de corps étranger dans le rectum. Vingt-sept fois le corps étranger a pu être extrait par les voies naturelles. Dans six cas, il a fallu faire des opérations préliminaires, dans deux cas même il a fallu pratiquer la laparotomie. Dans un de ces cas, Verneuil a fait une gastro-rectotomie. Sur ces six cas, on compte trois cas de mort résultant des manœuvres d'extraction. Il résulte de l'examen de ces faits que, dans la grande majorité des cas, l'extraction des corps étrangers peut être faite par les voies naturelles. Quand elle est trop difficile, on peut avoir recours à la section du sphincter ou à la rectotomie. Enfin, en troisième ligne, vient la résection du coccyx. Mais cette opération ne doit trouver que très rarement ses indications.

FIN DE LA DISCUSSION SUR L'OCCLUSION INTESTINALE

M. HARTMANN estime que la mort, dans l'occlusion intestinale, est plus souvent le résultat des traitements médicaux ou de la temporisation que de la laparotomie. Dans trois cas de cancers de l'intestin, il a fait l'anus contre nature. Les trois malades sont morts à brève échéance après l'opération. Dans un cas d'invagination, le massage lui a donné un bon résultat. Lorsque le cancer est extirpable, il faut l'extirper, ce qu'on peut faire quand on a fait d'abord la laparotomie. M. Hartmann a fait neuf laparotomies pour des

cas d'occlusion intestinale. Il a eu quatre morts et cinq guérisons. Les quatre morts sont survenues dans des cas d'étranglement datant de cinq, six, sept et huit jours. Les cinq guérisons se rapportent à des cas dans lesquels on est intervenu du deuxième au cinquième jour. La conclusion de ces faits est facile à tirer.

M. BROCA. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 1267.)

M. KIRMISSON proteste de nouveau contre la tendance de ses collègues à vouloir donner la laparotomie comme méthode unique de traitement des occlusions intestinales aiguës. Il y a des cas d'occlusion aiguë survenant chez des malades ayant un passé intestinal, ayant présenté des symptômes d'occlusion latente ou chronique. Or, dans ces cas, il ne faut pas faire la laparotomie. Les deux modes de traitement, la laparotomie et l'anus contre nature, ont donc chacun leurs indications.

MM. PEYROT ET BROCA n'acceptent pas que les cas dont vient de parler M. Kirmisson soient des exemples d'occlusion aiguë. Ils distinguent très nettement les cas d'occlusion franchement aiguë des cas d'occlusion chronique, dans lesquels rentrent les exemples fournis par M. Kirmisson.

LECTURES

Castration utéro-annexielle dans les cas de tuberculose. — M. DOYEN lit un travail sur ce sujet.

Luxation du pouce en arrière. — M. J. VITRAC (de Bordeaux) lit le résumé d'un travail sur « les luxations dorsales externes du pouce ».

Les luxations en arrière du pouce s'accompagnent habituellement du déplacement interne de la phalange. Mais exceptionnellement ce déplacement peut être externe. M. Vitrac l'a reproduit dans ses expériences; il l'a retrouvé dans quelques observations et il l'a rencontré sur le vivant.

Le déplacement externe dans les luxations en arrière est ce qui caractérise les « luxations dorsales externes » en opposition aux « luxations dorsales internes », qui sont ordinairement observées et seules décrites jusqu'à présent.

Les luxations dorsales externes, comme les luxations classiques, peuvent être complètes ou complexes. Elles se produisent quand le traumatisme, très violent, atteint le pouce en abduction et en extension.

Les déchirures ligamenteuses sont totales; il y a éclatement partiel de la gaine du tendon du long fléchisseur du pouce; le muscle adducteur est déchiré et pénétré par le métacarpien.

Le tendon du long fléchisseur est luxé en dehors de la tête métacarpienne; il a quitté sa loge intersésamoïdienne. Il constitue un obstacle à la réduction, qui persiste même quand les sésamoïdes peuvent librement passer entre les deux os. Aussi, si des manœuvres spéciales ne réussissent pas à amener sa réduction, une opération est autorisée. Elle consiste dans :

a. L'accrochement du tendon à travers une boutonnière sous-cutanée (moyen infidèle);

b. La ténotomie provisoire au poignet (moyen plus sûr);

c. L'arthrotomie suivie d'accrochement ou de ténotomie provisoire (procédé de choix).

La luxation dorsale externe, irréductible par les moyens ordinaires, presque toujours, se reconnaîtra au déplacement externe de la phalange. Le pouce sera plus éloigné de l'index que le métacarpien; la tête de celui-ci sera saillante dans l'espace interosseux.

PRÉSENTATIONS

Cancer du rein. — M. BAZY présente un rein cancéreux qu'il a extirpé par la voie transpéritonéale. Il considère que cette voie est préférable à la voie lombaire.

M. PEYROT ne partage pas cette opinion et regarde, au contraire, la voie lombaire comme préférable à la voie transpéritonéale pour l'extraction même des plus grosses tumeurs du rein. Il y a moins de dangers d'infection quand on opère par la voie lombaire.

M. REYNIER est de l'avis de M. Peyrot, et, comme lui, il préfère la voie lombaire. Quand on opère par la voie transpéritonéale, les fils d'une part, l'uretère de l'autre, peuvent devenir des sources d'infection.

M. BAZY fait observer que, dans les cas de cancer, la voie transpéritonéale offre cet avantage de permettre l'examen du pédicule au point de vue des ganglions. Cette voie permet, en outre, une facile décortication de la tumeur. Quant à l'infection, ou mieux à la greffe cancéreuse, elle est peut-être plus à craindre par la voie lombaire et M. Bazy cite un cas où il a greffé ainsi du cancer dans les muscles lombaires, en voulant attirer une tumeur cancéreuse du rein, par cette voie, avec des pinces de Museux. Dans les cas où il s'agit d'un rein aseptique, comme celui qu'il présente, M. Bazy estime qu'il n'y a aucun danger d'infection en opérant par la voie transpéritonéale.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 22 AU 27 NOVEMBRE 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 22 NOVEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss et Heim.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Terrier, Ricard et Bonnaire; — (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Widal; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Segond, Reynier et Tuffier; — (2e partie) : MM. Hayem, Déjerine et Letulle; — M. Walther, suppléant.

MARDI 23 NOVEMBRE, à une heure. — 3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Panas, Le Dentu et Maygrier ; — (2e série) : MM. Tarnier, Quénu et Hartmann; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Campenon et Nélaton; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Debove et Charrin; — (2e série) : MM. Laboulbène, Dieulafoy et Widal; — M. Ballet, suppléant.

MERCREDI 24 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Rémy et Ricard.

2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer et André; — M. Henriot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Marchand, Broca et Walther; — (2e série) : MM. Reynier, Delbet et Lejars; — (2e partie) : MM. Fournier, Landouzy et Gilles de La Tourette; — M. Gaucher, suppléant.

JEUDI 25 NOVEMBRE, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Rémy et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Guyon, Bar et Albarran; — (2e partie) : MM. Joffroy, Letulle et Achard.

4e examen : MM. Proust, Pouchet et Thoinot; — M. Marie, suppléant.

VENDREDI 26 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Delbet et Walther.

4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Marchand, Rémy et Retterer; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Lejars et Broca; — (2e partie, 1re série) : Potain, Gilles de La Tourette et Thoinot; — (2e série) : MM. Déjerine, Gaucher et Widal; — M. Ricard, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Kirmisson et Bonnaire.

SAMEDI 27 NOVEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Rémy et Chassevant; — M. André, suppléant.

5e examen (2e partie, 1re série), *Necker* : MM. Chantemesse, G. Ballet et Gilbert; — (2e série) : MM. Hutinel, Marfan et Roger; — M. Nélaton, suppléant.

5e examen (2e partie, 1re série), *Charité* : MM. Raymond, Marie et Ménétrier; — (2e série) : MM. Cornil, Debove et Letulle; — M. Hartmann, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 24 NOVEMBRE, à une heure. — M. Faucon. Pesées et mensurations fœtales à différents âges de la grossesse (MM. Pinard, président; Tillaux, Kirmisson et Bonnaire). — M. Charpentier. De l'incurvation du col fémoral attribuée au rachitisme [ou coxa vara] (MM. Tillaux, président; Pinard, Kirmisson et Bonnaire). — M. Carel. Contribution à l'étude de la résection de l'anse iléo-cæcale; — M. Morel. Des clos d'équarrissage. Industrie, hygiène publique et professionnelle, police sanitaire, législation (MM. Terrier, président; Déjerine, Tuffier et Netter).

JEUDI 25 NOVEMBRE, à une heure. — M. Macaud. Des rapports de la congestion pulmonaire à forme pneumonique et de la pneumonie abortive (MM. Laboulbène, président; Tarnier, Maygrier et Charrin). — M. Auregan. De l'hydrorrhée déciduale (MM. Tarnier, président; Laboulbène, Maygrier et Charrin). — M. Weill. Injection préventive du sérum antidiphtérique; — M. Rousseau. De la dilatation de l'estomac chez les nourrissons (MM. Hutinel, président; Blanchard, Ménétrier et Gley). — M. Gidon. Venins multiples et toxicité humorale chez les batraciens (MM. Blanchard, président; Hutinel, Ménétrier et Gley).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 12 novembre :

Anatomie. — MM. Croisier, 13. — Duval et Levesque, 12. — Marais, 11. — Gardner et Hallopeau, 9. — Courtellemont, 7. — Roche, 6. — Latron et Lenoble, 5. — Lorot, 4.

Pathologie. — MM. Moret (Louis), 13. — Géraud, Laubry, Mouchotte et Pédebidou, 12. — Coudert et Dambrin, 11. — Roubaud et Tesson, 10. — Delherme, 9. — Ranson, 8. — Le Roux, 3.

— Par décret, en date du 9 novembre 1897, M. Vivien, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 10 novembre 1897, sont promus dans le corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Jeanmaire, médecin principal de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Belfort, en remplacement de M. Schindler, décédé; maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Gorsse, médecin-major de première classe au 2e d'artillerie, en remplacement de M. Labrevoitk, retraité; désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Montauban (médecin-chef).

M. Forgues, médecin-major de première classe, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble, en remplacement de M. Jeanmaire, promu; maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Baur, en remplacement de M. Cottel, décédé; maintenu au 154e d'infanterie. — Fix, en remplacement de M. Blanchetière, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 137e d'infanterie. — Roux, en remplacement de M. Gorsse, promu; maintenu au 2e d'infanterie. — Descour, en remplacement de M. Forgues, promu; maintenu au ministère de la Guerre (7e direction).

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Pichon, médecin-major de deuxième classe hors cadre, en remplacement de M. Terrail, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 69e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Foureur, en remplacement de M. Baur, promu; maintenu provisoirement à l'école d'application de cavalerie. — Albert, en remplacement de M. Fix, promu; désigné pour le 125e d'infanterie. — M. Ferrand, médecin-major de deuxième classe, mis en non-activité pour infirmités temporaires, en remplacement de M. Roux, promu; désigné pour le 96e d'infanterie. — Malafosse, médecin aide-major de première classe, en remplacement de M. Descour, promu; désigné pour le 13e d'infanterie.

— M. le médecin aide-major de première classe Matignon, attaché à la légation française en Chine, est nommé chevalier de première classe du Mérite naval d'Espagne; chevalier de la Couronne d'Italie et décoré du double Dragon de Chine (3e rang, 1er degré).

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Ont été proclamés lauréats de la Faculté :

Prix de la Faculté, première année : prix, M. Péry; mention très honorable, M. Duvergey. — Deuxième année : prix, M. Carles; première mention honorable, M. Viala; deuxième mention honorable, M. Carrère. — Troisième année : prix, M. Bouvier; première mention honorable, M. Pin; deuxièmes mentions honorables, MM. Moulinier et Joncour. — Quatrième année : prix, M. Bellet; mentions honorables, MM. L'Herminier et Moye.

Prix du Conseil général de la Gironde : prix, M. Vergely; mention très honorable, M. Gibert. — Prix de la ville de Bordeaux : prix, M. Verdelet; première mention honorable, M. Guyot; deuxièmes mentions honorables *ex æquo*, MM. Hervé et Laubie. — Prix triennal Gintrac : M. Sellier. — Prix Godard : MM. les docteurs Vergely (C.-J.-B.-J.) et Carrière.

Prix des thèses : médailles d'or, MM. les docteurs Brunet et Laffay. — Médailles d'argent : MM. les docteurs Beylot, Guillon, Guiraud, Regnault et Verger. — Médailles de bronze : MM. les docteurs Andrieux, Ardenne, Chartres, Dinguizli, Guyot, Mencière, Meynard, Pichez, Prouvost, Renault et Texier.

Prix de la Société des Amis de l'Université : M. Gachet.

— Le concours pour une place de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, près l'École de médecine de Grenoble, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Cibers, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

— L'assemblée annuelle de l'Union des syndicats médicaux de France aura lieu le mercredi 17 novembre, à une heure et demie du soir, à l'hôtel des Sociétés savantes.

— M. le professeur Joffroy commencera le cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale, le mercredi 17 novembre 1897, à neuf heures et demie du matin, à l'amphithéâtre de l'asile Sainte-Anne, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

— La librairie A. Maloine, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris, nous prie d'annoncer qu'elle vient de créer un service de prêt de livres de médecine par abonnement, sous le nom de « Maloine médicale circulante ». — Pour cinq francs par mois, les abonnés reçoivent en lecture, pour un temps indéterminé, tous les ouvrages de médecine qu'il leur convient de demander. — Le catalogue des ouvrages, ainsi que les conditions d'abonnement, seront envoyés franco sur demande.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE

Anciennement GILLIARD, P. MONNET & CARTIER

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 4 000 000 DE FRANCS

LYON

LYON, Novembre 1897

SALICYLATE DE MÉTHYLE

Jusqu'à ce jour, on trouvait sous le nom d'Essence de Wintergreen artificielle un Salicylate de méthyle tout à fait impur qui ne pouvait pas donner en thérapeutique les remarquables effets obtenus depuis peu avec le

SALICYLATE DE MÉTHYLE CHIMIQUEMENT PUR

tel que nous sommes arrivés à le produire.

Notre **Salicylate de Méthyle** est un liquide absolument incolore et bouillant à 224 degrés, d'une odeur aromatique rappelant celle de la reine-des-prés.

En **applications externes**, le Salicylate de Méthyle donne des résultats merveilleux dans le **traitement des rhumatismes**, comme l'ont montré les recherches de MM. les docteurs Linossier et Lannois, agrégés à la Faculté de Lyon (communications à l'Académie de médecine, séance du 24 mars 1896, et au Congrès de Nancy, août 1896), confirmées par celles de M. le docteur Lemoine, agrégé au Val-de-Grâce, et de M. le docteur Siredey, médecin des hôpitaux de Paris (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1897).

Voici la technique préconisée par MM. Linossier et Lannois :

Après avoir étendu sous l'articulation douloureuse une large feuille de gutta-percha laminée, ou à défaut, de taffetas gommé, on verse directement le médicament sur la peau au moyen d'un compte-goutte ou d'une cuiller, on enveloppe exactement le membre avec la feuille de gutta-percha, dont on fixe soigneusement les bords par quelques tours de bandes. Le tout est recouvert d'une feuille d'ouate. Lorsque la dose est un peu élevée, le liquide tendant à s'écouler, on met sur la peau un petit carré de gaze ou un peu de coton hydrophile, qui retient le salicylate de méthyle par imbibation. Il est indispensable que l'enveloppe soit très imperméable. — La dose moyenne est de 4 grammes (une cuillerée à café). On a pu obtenir parfois un soulagement avec 1 gramme (xxv à xxx gouttes) et M. Lemoine a pu porter la dose à plus de 20 grammes (deux cuillerées à soupe).

Pour avoir toute garantie

exigez le SALICYLATE de MÉTHYLE chimiquement pur sous cachet SOCIÉTÉ CHIMIQUE des USINES du RHONE

CARBONATE DE GAIACOL

Par l'analyse suivante faite aux Laboratoires V. K. Ferrein, à **Moscou**, il est attesté que notre **Carbonate de Gaïacol** est l'égal du produit classique allemand. Nous comptons donc sur la bonne préférence de MM. les Médecins et Pharmaciens pour qu'ils exigent à l'avenir le

CARBONATE DE GAIACOL

Sous cachet SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE

MARQUE FRANÇAISE

N° 15907 Moscou, 26 juillet (7 août) 1897

ANALYSE

Désignation du produit soumis : **Guayacolum Carbonicum.**

Cachet : **Carbonate de Gaïacol SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE**

Anciennement GILLIARD, P. MONNET et CARTIER, LYON

L'échantillon de Carbonate de Gaïacol soumis se présente sous la forme d'une poudre cristallisée incolore, sans odeur ni saveur. Il donne une réaction neutre, ne se dissout pas dans l'eau. Dans l'alcool, il se dissout facilement à chaud, mais peu à froid, de même dans l'éther, le benzol et le chloroforme.

Son point de fusion est 84 degrés.

La solution alcoolique de potasse caustique le décompose en acide carbonique et gaïacol.

L'incinération de 5 grammes ne laisse pas de résidu.

Sa solution alcoolique avec le chlorure de fer ne donne aucune coloration caractéristique.

*Les épreuves ci-dessus faites comparativement avec le Carbonate de Gaïacol, de la marque « Heyden », prouvent qu'*il n'existe **aucune différence chimique** *entre le produit de cette marque et celui de la Société chimique des Usines du Rhône.*

Le Chef du Laboratoire,
Signé : FERREIN.

CARBONATE DE CRÉOSOTE

Dans le but de dissiper certaines erreurs très répandues dans le public, nous croyons utile de fournir quelques indications sur les avantages que présente notre Carbonate de Créosote.

La Créosote qui sert à la préparation du Carbonate de Créosote est un produit du goudron, formé par la réunion de différents phénols en proportions variables; il en résulte que le Carbonate de Créosote est composé des Carbonates de tous ces phénols.

Au nombre de ces phénols se trouve le **Gaïacol**, dont les propriétés sont bien connues, et qui joue un rôle prépondérant dans la valeur thérapeutique d'un Carbonate de Créosote.

En effet, plus un Carbonate est riche en Gaïacol, plus il est efficace et plus sa valeur augmente.

Au contraire de tous les autres Carbonates faisant partie du Carbonate de Créosote et qui conservent leur état liquide, **le Carbonate de Gaïacol cristallise très facilement à la température ordinaire**; il s'ensuit que, **plus un Carbonate de Créosote contient de Gaïacol, plus il tend à donner un précipité cristallisé.**

L'acheteur peut donc à simple vue apprécier quelle est la proportion de Gaïacol existant dans chacun des Carbonates qui sont sur le marché, et par suite en estimer la valeur.

C'est pour cette raison que nous nous sommes efforcés de préparer un Carbonate de Créosote ayant la plus forte teneur possible en Gaïacol, et nous y avons réussi ; notre produit donne en effet rapidement un abondant dépôt cristallisé, preuve incontestable de sa richesse en matières actives ; pour le ramener à son état fluide primitif, il suffit de le chauffer au bain-marie.

Nous garantissons notre CARBONATE DE CRÉOSOTE absolument pur et exempt d'odeur désagréable pour les malades.

Pour avoir toute garantie, exiger le CARBONATE DE CRÉOSOTE, chimiquement pur, de la Société Chimique des Usines du Rhône.

N° 132. — JEUDI 18 NOVEMBRE 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 18 NOVEMBRE 1897. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la discussion qui vient d'avoir lieu sur la cirrhose des buveurs, on a plusieurs fois exprimé le vœu qu'une enquête soit entreprise sur la question de savoir si c'est le vin plâtré ou l'alcool qu'il faut incriminer. Cette enquête a commencé depuis octobre dernier, et M. Lancereaux apporte aujourd'hui des documents qui confirment l'opinion qu'il soutient. Mais à peine M. Lancereaux avait-il terminé sa courte communication, que M. Laborde a demandé la parole pour faire connaître à l'Académie le résultat de la pratique d'un confrère qui exerce depuis trente-huit ans en Bourgogne, où le vin n'est pas plâtré, et qui a observé un grand nombre de cirrhoses. Il est à souhaiter que cette enquête se poursuive.

Plusieurs présentations de malades intéressants ont été faites à l'Académie : M. Hartmann a présenté deux femmes qui étaient atteintes de cancer de l'estomac et chez lesquelles il a fait une résection plus ou moins étendue de cet organe. Chez l'une d'elles, il a enlevé plus des trois quarts de l'estomac et suturé ensuite le duodénum au cardia. Les suites immédiates de ces opérations ont été des plus satisfaisantes, et ces malades se trouvent actuellement, quelques mois après l'opération, dans un état de santé qu'on peut qualifier de florissant. Il faut voir ce que cela durera, et il est à souhaiter que les chirurgiens qui présentent ces cas fassent connaître ultérieurement la survie qu'ils ont procurée à leurs malades.

M. Dubar (de Lille) a présenté une jeune fille qui était atteinte d'une ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée du poignet droit, chez laquelle il a fait une résection osseuse étendue; il a remplacé les os enlevés par des morceaux de fémur d'un jeune chien. Le résultat fonctionnel obtenu est très bon, et la radiographie a montré que, plus de six ans après l'opération, les os implantés ont augmenté de volume. Ces faits de greffe hétéroplastique d'os d'animaux présentent un réel intérêt. Il est même quelque peu surprenant qu'ils ne se multiplient pas davantage.

M. Le Damany a donné lecture d'un travail sur la bactériologie et la pathogénie des pleurésies séro-fibrineuses. L'auteur conclut que toutes ces pleurésies sont d'origine tuberculeuse.

L'Académie a élu M. Bourquelot membre titulaire dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Bourgouin.

Le reste de la séance a été consacré à des rapports de prix. MM. Guignard, Magnan, Delorme et Péan ont présenté leurs rapports sur les prix Buignet, Bouveret, Civrieux et Daudet.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE

Guérison d'un cas de tétanos traité par dix injections de sérum antitétanique.

Par M. le docteur Ed. BOINET,
Agrégé des facultés, médecin des hôpitaux, professeur à l'École de médecine de Marseille.

S..., quarante-neuf ans, portefaix, travaillait les 7 et 8 octobre 1897 dans les cales d'un steamer, la *Ville-de-Paris*, qui était chargé de sacs de sucre; vingt-quatre jours avant, ils avaient été souillés par de la terre, au port d'embarquement de la Réunion (on sait que la terre des pays chauds est encore plus tétanigène (1) que celle de nos climats et peut conserver pendant longtemps ses propriétés nocives). Chez notre malade, le bacille tétanique a pénétré non seulement par des écorchures, dont on voyait encore les traces à son entrée à l'Hôtel-Dieu, mais aussi par les voies respiratoires. Il existait, dans cette cale, des flots de poussière soulevée par le déchargement des sacs et par un fort courant d'air, pénétrant par un hublot placé immédiatement au-dessus des travailleurs, qui, suivant l'expression du malade, recevaient constamment une douche d'air froid sur le dos. Huit jours plus tard, le malade ressent, sans fièvre ni frissons, une contracture des masséters qui l'oblige à n'avaler que des liquides. Le lendemain, les douleurs violentes, avec contracture, s'étendent et se généralisent : les muscles du cou, surtout les sterno-cléido-mastoïdiens, les muscles de la nuque, de la région lombaire sont les premiers atteints; les membres inférieurs ne sont pris que cinq jours après; les membres supérieurs restent indemnes.

Le malade n'entre à l'Hôtel-Dieu que huit jours après le

(1) C'est ainsi que nous avons vu, au Tonkin, plusieurs cas de tétanos, à incubation de courte durée, à marche rapide, se développer chez des Annamites, qui, en marchant nu-pieds, favorisaient singulièrement la pénétration des bacilles tétaniques, contenus dans la terre, au niveau des plaies ou des écorchures, même légères, de la plante des pieds.

début de ce tétanos. Nous le trouvons dans le décubitus dorsal; la tête est fortement rétractée en arrière; la contracture des muscles de la nuque est telle qu'on ne peut obtenir le moindre mouvement de flexion même en employant une certaine force. Les deux sterno-mastoïdiens, durs, tendus, contracturés, se dessinent sous la peau sous forme de véritables cordes; les mouvements latéraux de la tête sont impossibles; les masséters sont tellement contracturés qu'on ne peut obtenir le moindre écartement entre les arcades dentaires.

Tous les muscles du thorax sont très durs, très douloureux; les grands pectoraux font une saillie très marquée; le thorax paraît contracturé en bloc; la respiration est diaphragmatique, abdominale; on compte 24 inspirations par minute. Les parois de l'abdomen sont dures et tendues; les grands droits forment sous la peau deux cordes volumineuses. Les muscles des gouttières lombaires et des membres inférieurs sont contracturés, au point que le malade pourrait être soulevé d'une seule pièce; seuls, les muscles des membres supérieurs sont respectés. L'hyperesthésie cutanée est générale; elle est plus accusée au niveau du thorax et des membres inférieurs : il ne peut supporter le poids des couvertures. La recherche de la trépidation épileptoïde est très douloureuse; avec ce degré de contracture, il est difficile d'apprécier l'état des réflexes rotuliens; ils ne sont pas très exagérés. Toutes les fonctions sont normales. Pouls à 68. Température 37.

22 octobre. Première injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur, à onze heures du matin; seconde injection à dix heures du soir. Après l'injection le pouls est à 74; la température à 37°2; la respiration à 26. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine; 50 centimètres cubes sont injectés, sans résultat, dans la veine marginale d'un gros lapin. (Il présente successivement de la dyspnée, de l'accélération du pouls, du myosis, quelques spasmes convulsifs généralisés, puis du ralentissement de la respiration et une torpeur profonde; il se remet vite.)

23 octobre. La contracture des masséters diminue, celle des sterno-mastoïdiens, des muscles de la nuque, du thorax persiste; la respiration est difficile, pénible; les membres supérieurs sont, pour la première fois, légèrement contracturés; les membres inférieurs sont douloureux, rigides, dans l'extension forcée; la flexion est impossible. La température reste toujours normale.

24 octobre. L'intensité de ces diverses contractures diminue, les membres supérieurs redeviennent souples. Plusieurs crises, consistant en une exagération de ces contractures et de l'hyperesthésie cutanée, se produisent soit à l'occasion du bruit, soit spontanément.

25 octobre. Une légère amélioration survient; le malade peut plier les jambes; les réflexes rotuliens sont très exagérés. Troisième injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Cette même dose est injectée, chaque jour, pendant une semaine. (La dose totale de sérum s'est donc élevée à 100 centimètres cubes.)

Le 27, le malade peut se lever seul, sans l'aide de l'infirmier; il peut fléchir les jambes, les muscles du thorax et surtout les grands pectoraux sont fort peu contracturés; les sterno-mastoïdiens, les muscles de la nuque et des gouttières vertébrales sont toujours durs, tendus et douloureux; la contracture des masséters est moins accusée. L'hyperesthésie cutanée a diminué, on pratique la cinquième injection de sérum.

Le 28, cette amélioration ne persiste pas; les contractures des muscles de la nuque, du cou, du thorax, des membres inférieurs ont momentanément augmenté; elles s'accentuent davantage le 29. On fait une septième injection de sérum.

Le 30, l'état reste stationnaire.

Le 2 novembre, on pratique la dixième et dernière injection. Le malade peut se lever, manger des aliments solides, il est guéri.

Le 12 novembre, il est toujours en parfait état.

Cette observation est intéressante au point de vue *étiologique* et *thérapeutique* : 1° elle montre que les germes tétaniques peuvent conserver longtemps leur virulence, même dans de la terre desséchée, qui recouvre les marchandises provenant des pays chauds; 2° elle prouve aussi qu'il est utile de multiplier les injections de sérum antitétanique.

Nous avons recherché, dans la littérature médicale, les cas de guérison de tétanos traité par le sérum antitétanique. Leur étude nous permettra de dégager les circonstances favorables à la guérison et complétera l'article que nous avons publié, en 1895, dans le *Traité de thérapeutique appliquée* de A. Robin, fascicule v, page 165. Depuis cette époque, nous avons trouvé 42 cas de guérison de tétanos confirmé, dont on trouvera l'indication bibliographique dans l'index médical de la *Revue d'hygiène*, et qui se répartissent ainsi : 2 *tétanos chronique* (Tracey, antitoxine Tizzoni Cattani, Broca, sérum antitétanique); 3 *tétanos céphalique* (Caretti, de Palma, Trapp, antitoxine Tizzoni); 23 *tétanos*, à *incubation* plutôt *longue*, à *marche subaiguë* ou à *évolution chronique*. Dans les cas appartenant à cette dernière catégorie, l'*antitoxine*, et surtout celle de Tizzoni, a été utilisée par Casali, Cercignani, Tome, Cignani, Ranfagni, Percy Dean, Evans, Marriot, Thompson, Baker, Fauser, Wood, Jacob; le *sérum antitétanique* a été employé par Prœgler, Further, Muns, Swindells (2 cas), Austin, Delbecq; l'*antitoxine de Behring* a donné 2 succès à Willemer et Bienwald. Enfin 13 cas de guérison de *tétanos traumatique* ont été publiés par Giusti, Turner, qui se sont servis de sérum antitétanique, et par Rabitti, Ceuci, Frassi, Greenwood, Fenwick, Gornall, Grayson, Tirard, Aœfling, Chalmers, Cavandoli, qui ont injecté de l'antitoxine. Dans les 3 premiers cas, c'est l'antitoxine de Tizzoni qui a été employée.

En résumé, la sérothérapie antitétanique aura d'autant plus de chances de réussir qu'elle sera employée préventivement (Roux, Vaillard, Nocard), que la période d'incubation du tétanos sera plus longue et que sa marche sera plus lente. C'est alors que l'intoxication progressive et graduelle des éléments nerveux par la toxine tétanique laisse au sérum le temps d'agir, surtout si la prompte ablation du foyer local d'infection empêche la résorption ou l'élaboration du poison tétanique.

LA BACTÉRIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE

DES PLEURÉSIES SÉRO-FIBRINEUSES

Par M. le docteur LE DAMANY.

Si l'on s'en rapporte aux études récentes dont les pleurésies séro-fibrineuses ont été l'objet, on arrive à cette conclusion que 25 p. 100, au moins, des pleurésies séro-fibrineuses primitives sont dues à des agents pathogènes banals.

Nos recherches ont porté sur 80 pleurésies dont 54 primitives; elles nous démontrent que cette opinion est erronée.

Notre règle a été la suivante : vérifier et contrôler les résultats fournis par chaque méthode de recherche clinique, cultures, inoculations, anatomie pathologique.

La clinique nous a montré que le rôle du froid, qui semble intervenir fréquemment, est à peu près nul en réalité. Les pleurésies *a frigore* sont des pleurésies tuberculeuses.

Le rhumatisme a encore moins d'importance, car la pleurésie rhumatismale primitive n'existe pas et l'existence de la pleurésie rhumatismale secondaire indépendante de toute altération pulmonaire n'est pas démontrée.

La tuberculose, dit-on, est une cause fréquente de pleurésies. La pleurésie primitive est une tuberculose de la plèvre ; voilà l'expression exacte de la vérité.

Les maladies infectieuses ne produisent d'épanchement pleural que par l'entremise d'une lésion pulmonaire. Les maladies cachectisantes ou dyscratiques agissent de même.

Nous avons inoculé, par une méthode spéciale, les liquides de 55 pleurésies, nous avons obtenu 47 fois une tuberculose évidente chez le cobaye et 8 fois des résultats négatifs. Sur ces 8 résultats négatifs, 4 concernaient des pleurésies à liquide séro-fibrineux stérile, tuberculeuses de par la clinique.

Le plus ordinairement on arrive donc à démontrer la présence du bacille de Koch dans les liquides des pleurésies séro-fibrineuses primitives.

Les cultures ont été, dans l'étude des pleurésies, une grande cause d'erreur. Par l'emploi d'une technique rigoureuse, nous avons trouvé deux fois du pneumocoque (dans ces deux cas, la clinique a dit : tuberculose), deux fois du staphylocoque blanc, deux fois du micrococcus tetragenus saprophyte, une fois le bacterium coli commune : l'inoculation nous a chaque fois montré que ces pleurésies étaient tuberculeuses. Nous en concluons que, dans les liquides séro-fibrineux des pleurésies tuberculeuses, on peut exceptionnellement trouver, outre le bacille de Koch, la plupart des microbes ordinaires des bronches ou du poumon. En général, leur rôle est nul et ne commence que quand a lieu la transformation purulente de l'épanchement.

La pathogénie de la pleurésie tuberculeuse est la suivante. Le bacille de Koch, après avoir pénétré dans la plèvre, y prolifère, y détermine la production d'une végétation appliquée à la surface de la membrane pleurale. Les mouvements, les frottements de la plèvre disséminent peu à peu le bacille sur une grande étendue, et ainsi se produit, par résection de la plèvre, une néo-membrane tuberculeuse caractéristique de la pleurésie primitive.

L'irritation de la plèvre sous-jacente a aussi pour conséquence l'exsudation du liquide séro-fibrineux. Cet épanchement, en écartant les surfaces pleurales, supprime les frottements, fait cesser l'irritation, met la plèvre dans des conditions de repos tout à fait favorables à la guérison de cette tuberculose pleurale.

L'épanchement étant un processus de défense, important surtout par son rôle mécanique plus que par le rôle antitoxique qu'on lui a gratuitement supposé, doit être respecté tant qu'il ne devient pas un danger par son volume ou par sa durée.

La pleurésie est une tuberculose singulière, spontanément curable et dont l'évolution cyclique comprend trois périodes : une première correspondant à la formation de la néo-membrane, une seconde à la formation de l'épanchement et à la guérison de la tuberculose pleurale, une troisième à la résorption de l'épanchement et à l'organisation des parties non résorbables.

Les pleurésies secondaires sont la conséquence d'une lésion pulmonaire.

Une exception doit être faite, en dehors du cancer, pour la pleurésie qui se produit au cours de la granulie. Dans ses premières périodes au moins, elle peut être due à la formation d'une multitude de granulations tuberculeuses dans l'épaisseur de la membrane fondamentale de la plèvre. Cette pleurésie est petite, son épanchement est pauvre en fibrine.

Les autres pleurésies secondaires séro-fibrineuses se font :

1° Par infarctus pulmonaire : asystolies, cardiopathies rhumatismales ou infectieuses aiguës, etc. ;

2° Par hépatisation pulmonaire. Dans ces épanchements parapneumoniques, on ne trouve ordinairement pas de pneumocoques, même quand on les ponctionne avant la défervescence. Elles sont séreuses ou séro-purulentes. Le rôle pathogène du pneumocoque qui peut, parfois, être entraîné dans la plèvre avec les globules blancs, sans qu'il soit pour cela la cause prochaine de la pleurésie, ne commence que quand il y a transformation purulente de l'épanchement et apparition d'une néo-membrane qui est la membrane pyogène fibrino-purulente. La pleurésie pneumococcique primitive n'existe pas ;

3° Pleurésies par congestions. Quand ces congestions sont franches, leur action est comparable à celle de l'hépatisation. Les congestions bâtardes, hypostatiques, etc., ont une action complexe, les épanchements tiennent à la fois de l'hydrothorax et de la pleurésie paracongestive.

Dans ces trois derniers groupes de pleurésies séro-fibrineuses, la surface de la plèvre est absolument lisse, on y voit seulement une quantité plus ou moins grande de fibrine, dont la précipitation pourrait faire croire à des lésions pleurales qui sont secondaires et accessoires. Dans les points où il n'y a pas de fibrine, les lésions de la plèvre sont purement congestives.

Il n'y a donc qu'une pleurésie séro-fibrineuse qui soit due à l'envahissement de la plèvre par un microbe : c'est la pleurésie tuberculeuse. Les autres microbes, en envahissant la plèvre, ne peuvent produire que des pleurésies purulentes.

SÉROTHÉRAPIE

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE

Par le docteur Oct. Sirot,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Beaune.

I. Le sérum artificiel — qu'il ait pour formule :

Chlorure de sodium	5,00
Sulfate de soude	10,00
Eau distillée	1000,00

ou :

Chlorure de sodium	6,00
Sulfate de soude	10,00
Sulfate de magnésie	2,00
Eau distillée	1000,00

sert à déceler la tuberculose (1) chez l'homme comme le fait la tuberculine de Koch.

La tuberculine n'aurait donc pas seule cette propriété.

II. Pour les adolescents et les adultes, la dose à injecter est de 20 centimètres cubes, sous la peau de l'abdomen, un peu à droite et au-dessous de l'ombilic.

III. Chez les individus indemnes de tuberculose, il n'y

(1) Il n'est pas question ici de la tuberculose chirurgicale.

a pas de réaction fébrile dans les neuf heures qui suivent l'injection.

IV. Chez les individus *apyrétiques*, en possession de tuberculose, il se fait, dans les neuf heures qui suivent l'injection, une réaction fébrile.

V. Toute température inférieure à 38 degrés ne doit pas être considérée comme réactive.

VI. La température doit être prise avant l'injection et trois, six, neuf heures après.

VII. S'il y a eu réaction fébrile, la température redevient, vingt-quatre heures après, ce qu'elle était avant et s'y maintient. L'injection demeure donc inoffensive.

VIII. Il faut avoir soin, avant l'injection, de prendre pendant plusieurs jours la température du matin et du soir, afin de bien s'assurer qu'il n'y a pas chez l'individu de fièvre matutinale ou vespérale. Il faut également ne pas oublier de vérifier la justesse du thermomètre.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du coryza chez les enfants lymphatiques.

M. le docteur Dauchez indique, dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, diverses prescriptions contre le coryza des enfants. Voici les principales :

1° Chaque matin, les fosses nasales seront, au réveil, largement humectées d'eau salée tiède, à l'aide d'une éponge ou d'une serviette mouillée ;

2° Ce lavage sera remplacé quelques jours plus tard par un lavage avec la solution d'alun froide à 10 ou 20 p. 100 ;

3° Si la céphalée est très aiguë, l'enfant respirera de deux heures en deux heures les vapeurs du mélange suivant :

Chloroforme anesthésique . .	5 grammes.
Éther sulfurique.	15 —
Essence de térébenthine . . .	3 —

M. S. A. Usage externe.

4° L'exagération des sécrétions nasales sera combattue par les inhalations souvent répétées de :

Teinture d'iode	15 grammes.
Teinture de lavande	2 —
Essence de bergamote	v gouttes.

5° Et si la douleur accompagne l'écoulement nasal, on introduira dans chaque narine une boulette de coton hydrophile imbibée de la solution :

Chlorhydrate de cocaïne .	25 centigrammes.
Glycérine purifiée. .	ââ 25 grammes.
Eau de laurier cerise.	

6° Enfin à l'entrée de la nuit on fera renifler dans chaque narine une quantité de vaseline boriquée équivalente à une noisette.

Pommade pour le pansement des éruptions varioliques
(M. I. S. Kolbassenko).

Ichtyol	10 grammes.
Huile d'amandes douces . . .	60 —
Lanoline	20 —

Mêlez. Usage externe.

On applique cette pommade trois fois par jour sur les éléments éruptifs dès que l'on constate leur apparition, et l'on continue ce pansement jusqu'à ce que toutes les croûtes se soient détachées. S'agit-il de variole confluente, la surface entière du corps doit être enduite trois fois par jour de la pommade ci-dessus formulée, ce qui n'aurait aucun inconvénient, même chez les tout petits enfants.

Ces applications d'ichtyol exerceraient une action très favorable, tant sur l'éruption que sur l'état général. Sous leur influence, les démangeaisons se réduiraient au minimum, la suppuration se trouverait atténuée, la période de dessiccation et de desquamation serait abrégée de moitié, et la température resterait généralement inférieure à 39°5. (*Semaine méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 novembre 1897. — Présidence de M. Caventou.

PRÉSENTATIONS

Greffe osseuse hétéroplastique. — M. DUBAR (de Lille) présente une jeune fille qui, à l'âge de dix ans, était atteinte d'une ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée du poignet droit. Il lui fit, à cette époque, la résection de la première rangée et de la moitié de la seconde rangée des os du carpe. En même temps, il avait sacrifié un jeune chien sur lequel il prit un morceau du fémur.

Trois fragments de cet os furent introduits dans la plaie entre le cubitus et le radius. Il y a de cela six ans et demi et l'on peut constater aujourd'hui que le résultat fonctionnel est des plus satisfaisants. Cette jeune fille peut coudre, tricoter, et elle fait un métier dans lequel elle a à se servir de sa main droite. La radiographie permet de constater que les greffes osseuses ont augmenté de volume.

Résection de l'estomac. — M. HARTMANN présente deux malades chez lesquelles il a pratiqué cette opération.

La première est une femme de quarante-sept ans, qui lui a été adressée par le docteur Endlitz.

Le premier symptôme a été un melæna avec syncope, en février dernier. Affaiblissement et amaigrissement rapides. Pesanteur épigastrique après les repas. En juin, diarrhée.

La malade a perdu 23 livres en sept mois.

En août, la malade est très amaigrie, son teint est blanc jaunâtre.

Au-dessus de l'ombilic on sent une tumeur en forme de boudin, dépassant la ligne médiane de 2 centimètres à droite, 5 à gauche, dure, mobile.

31 août : *pylorectomie*. Ligature par petits paquets des épiploons, lien élastique sur duodénum ; section ; relèvement ; pinces à mors élastique sur l'estomac ; section ; ligature isolée des vaisseaux gastro-épiploïques ; fermeture de l'estomac par deux surjets, un total occlusif et hémostatique, un séro-musculaire enfouissant la première suture ; fixation du duodénum à la face postérieure de l'estomac, suivant le procédé de Kocher. L'opération a duré deux heures. On fait des injections sous-cutanées de caféine, d'éther, de 600 grammes de sérum. Lavements nutritifs.

Le sixième jour, on donne du lait et de l'eau de Vichy. Le septième jour, la malade prend 1 litre de lait.

L'examen histologique, fait par M. Guinard, a montré qu'il s'agissait d'un épithéliome carcinoïde.

Au moment de sa sortie, le 25 septembre, cette malade pesait 44 kilos. Actuellement, elle pèse 50 kilos ; elle a donc gagné 12 livres en moins de deux mois. Elle a bon appétit, digère bien tout ce qu'elle prend et a des garde-robes régulières.

La seconde malade est une femme de quarante-quatre ans, qui est adressée par le docteur Soupault.

Elle a depuis longtemps des troubles gastriques. En mars 1896, douleurs épigastriques, surtout à jeun ; vomissements alimentaires ou muqueux ; amaigrissement ; anorexie. En

novembre 1896, lavages de l'estomac qui, en décembre 1896 et en janvier 1897, ramènent un peu de sang. En août, constatation de tumeur épigastrique entre l'ombilic et le rebord costal gauche, tumeur du volume d'une mandarine.

Le 12 octobre, M. Hartmann pratique la *gastrectomie*. La face externe de l'estomac est saine, mais on sent une tumeur dans son intérieur. M. Hartmann l'incise longitudinalement pour se rendre compte des lésions.

Section et ligature par petits paquets des épiploons; ablation des trois quarts de l'estomac; double surjet, un total occlusif et hémostatique, un séro-musculaire enfouissant le premier. Cette suture a présenté quelques difficultés, étant donné la profondeur du bout cardiaque qui ne se laissait pas attirer.

Le 23 octobre, la malade pesait 39 kilogrammes; le 8 novembre, elle pesait 40 kilogrammes, ayant gagné ses deux livres en quinze jours. Elle a bon appétit et digère bien tout ce qu'elle prend.

L'examen histologique, fait par M. Soupault, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma n'ayant pas encore envahi les tuniques musculaires et péritonéales.

COMMUNICATIONS

La cirrhose des buveurs. — M. LANCEREAUX rappelle que ses contradicteurs dans cette discussion ont demandé une enquête sur ce sujet. Or, depuis le 30 octobre 1897, cette enquête est commencée par MM. Boix et Létienne.

Voici les renseignements qui nous sont fournis par M. Viola (de Pavie). Il nous apprend que, bien qu'on eût fait jadis un grand abus de vin dans les provinces de la Vénétie, la cirrhose alcoolique y était rare. Depuis quelque temps, on a introduit dans cette province les vins du sud de l'Italie et la cirrhose alcoolique est devenue bien plus fréquente. On ne saurait incriminer le taux plus élevé de l'alcool de ces vins, mais bien leur plâtrage qui est de pratique courante dans l'Italie méridionale.

M. LABORDE reconnaît qu'une enquête s'impose. Il a affirmé que les buveurs d'alcool pur ont de la cirrhose, ce que nie M. Lancereaux. Il lit une lettre d'un confrère exerçant en pleine Bourgogne depuis trente-huit ans. Pour lui, la cirrhose est fréquente dans cette région et chez les buveurs de vin. Or, dans cette région, le plâtrage n'existe pas. Ce qui semble être un facteur bien autrement actif en l'espèce, c'est l'alcoolisation du vin pouvant être réalisée soit par des alcools de provenances diverses, soit par le sucre ajouté à la vendange (100 kilogrammes de sucre donnent, en effet, dans ces conditions, 58 litres d'alcool). Donc ce serait encore à l'alcool qu'il faudrait attribuer la production de la cirrhose atrophique.

La bactériologie et la pathogénie des pleurésies séro-fibrineuses. — M. LE DAMANY fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1282.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité du paludisme (1), par A. LAVERAN, membre de l'Académie de médecine.

Depuis près de vingt ans, M. le docteur Laveran s'occupe d'une manière toute spéciale du paludisme et il a consacré déjà un grand nombre de travaux à l'étude de cette maladie. Ces travaux en ont suscité d'autres, en particulier sur l'hématozoaire du paludisme qui, découvert par M. Laveran en Algérie, a été retrouvé dans tous les pays où règne l'endémie palustre. Le moment était venu de résumer et de coordonner ces nombreux travaux, c'est ce que M. le docteur Laveran a fait dans le « Traité du paludisme » qu'il vient de publier. La clinique, la thérapeutique et la prophylaxie ont une large place dans cet ouvrage à côté de l'étude des causes de la maladie. Des dessins et une planche en couleur permettent de suivre facilement la description de l'hématozoaire du paludisme et des parasites analogues qui sont étudiés dans le dernier chapitre de l'ouvrage.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Tableaux synoptiques de pathologie interne (1), par le docteur VILLEROY.

Le but de ces tableaux synoptiques a été de condenser, sous le plus petit volume possible, la somme des connaissances nécessaires et suffisantes à tout praticien pour lui permettre de porter, sur les affections les plus communes, un diagnostic certain, sans lequel la thérapeutique n'est qu'une vaine chimère. On a surtout cherché à donner beaucoup, sous une forme concise, frappant l'œil et l'esprit, de façon à permettre au praticien d'avoir immédiatement une vue d'ensemble de chaque affection, avec son cachet spécial. Aussi l'auteur s'est-il étendu sur les formes cliniques, encore plus fréquentes dans la nature que dans les livres, qui peuvent masquer l'élément principal de la maladie, et où la prédominance de tel signe peut faire errer le diagnostic. A côté de la symptomatologie qui constitue la donnée fondamentale de la médecine, l'auteur a donné tous ses soins à ce qui est la sanction de tout bon diagnostic, au traitement, qui intéresse surtout le malade et vers lequel devront tendre tous les efforts du médecin.

Ces tableaux synoptiques seront d'un utile secours aux étudiants, à la veille des examens ou des concours, ainsi qu'aux praticiens dont la mémoire n'est pas infaillible, et qui, en thérapeutique surtout, marchent rarement de pair avec l'évolution de la science : ils trouveront signalés dans cet ouvrage les traitements les plus récents et les bienfaits que la clinique peut retirer des méthodes nouvelles.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 15 novembre :

Anatomie. — MM. Poulain, 14. — Durand-Viel et Jeannin, 13. — Chollet et Huguier, 12. — Gasne, Goubeau, Millon et Mlle Parizelle, 11. — M. Gottschalk, 8.

Pathologie. — MM. Géraudel, 14. — Gauchery, 13. — Deschamps, 12. — Guénard et Neveu, 11. — Cortin et Langevin, 10. — Latteux d'Espagne, 9. — Léger, 8. — Constantinesco, 7.

— L'ouverture des services de l'hôpital Boucicaut aura lieu le lundi 22 novembre, à neuf heures du matin. Ces services sont au nombre de trois : 1° médecine, M. Letulle; — 2° chirurgie, M. X...; — 3° accouchements, M. Doléris.

Le président de la République inaugurera officiellement l'hôpital le 1er décembre 1897.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 novembre 1897, M. le docteur Lhomme a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire des colonies.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 novembre 1897, un concours s'ouvrira, le 20 juin 1898, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

— Les élèves et amis de M. le professeur Le Dentu ont décidé de lui offrir un médaillon, à l'occasion de sa nomination au grade d'officier de la Légion d'honneur. On est invité à adresser le montant de la souscription, fixée à 20 francs, avant le 15 décembre, à MM. Lyot, 37, rue de Rome; Pichevin, 18, rue Caumartin; Mauclaire, 22, rue Montaigne.

— Un banquet sera offert, à M. Mauclaire, à l'occasion de sa nomination de chirurgien des hôpitaux. Ce banquet aura lieu le samedi 27 novembre, à sept heures, chez Lapérouse. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs. — Adresser les adhésions à MM. Cunéo, Durrieux et Marcille, internes à l'hôpital Necker.

— M. le médecin-major de deuxième classe Vincent a reçu la décoration de Saint-Stanislas de Russie (3e classe).

— MM. les médecins-majors de deuxième classe David, Delaborde et Munschina sont nommés officiers du Nichan-Iftikhar.

— M. le médecin-major de deuxième classe Chêne est nommé officier du Dragon de l'Annam.

— Le jury de l'exposition internationale de Bruxelles a décerné une médaille d'or à M. le médecin principal de deuxième classe Castaing, pour le système d'aération des habitations dont il est l'inventeur, et qui, suivant décision ministérielle du 14 août 1895, est réglementaire dans l'armée.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Prix Delord : M. Bousqut, premier interne. — Prix de l'Administration : M. Liaras, interne de troisième année. — Prix du docteur Levieux : M. Verdelet, interne de troisième année. — Médailles d'argent : MM. de Boucaud et Armand, internes de deuxième année; Guyot, Ulry et Fraikin, internes de première année ; Laubie, Vergely, Ginestous, Mlle Nourrit; MM. Abadie, Cl. Martin, internes provisoires; Doreau et Carles, externes. — Médailles de bronze : MM. Bahans, Delmas-Marsalet, Bouvier, Muratet, Coriveaud et Fourgous, externes. — Mention spéciale : MM. Lafond, externe; Tauzia et Uteau, stagiaires, qui ont contracté la diphtérie en soignant des malades à l'hôpital Saint-André ou à l'hôpital des Enfants.

Le concours de premier interne vient de se terminer par la nomination de M. Liaras.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours de prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Delore et Gallois, nommés prosecteurs.

— Le concours de l'internat de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. Gardette, Jarsaillon, Serrière et Francoz.

— *École de médecine de Nantes.* — Les concours pour les prix ont donné les résultats suivants :

Première année (nouveau régime): accessit, M. Pavret de La Rochefordière. — Deuxième année (ancien régime) : premier prix, M. Brelet; second prix, M. Chauvin; accessit, M. Sourdille. — Quatrième année (ancien régime) : accessit, M. O'Neil. — Prix de clinique : premier prix, M. Thébaud ; second prix *ex æquo*, MM. Chapus et Montfort. — Prix de clinique ophtalmologique : premier prix, M. Priouzeau.

— M. le docteur Frenkel (Henri-Louis), chef des travaux ophtalmologiques à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé stagiaire à la bibliothèque de l'Université de Lyon.

— M. le docteur Van Cauwenberghe est élu membre titulaire de l'Académie royale de Belgique, en remplacement de M. Thiry, décédé.

— M. Desguin est élu président et M. Hayiot de Trémicourt est élu second vice-président de l'Académie royale de Belgique, pour l'année 1898.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barre (de Toulon), Bertès (de Toury), Coffignon (de Marle), Coignet (de Bordeaux), Laforesterie (de Tilly-sur-Seulle) et Poisson, professeur de pathologie externe à l'École de médecine de Poitiers.

— M. le professeur Dieulafoy commencera son cours de clinique médicale le samedi 20 novembre 1897, à dix heures et demie, et le continuera les mercredis et samedis suivants, le mercredi à dix heures, le samedi à dix heures et demie (amphithéâtre Trousseau).

Enseignement complémentaire : Les mercredis et samedis, à quatre heures et demie, conférences cliniques, par MM. le docteur Charrier, chef de clinique, et Jolly, interne du service. — Le jeudi, à dix heures et demie, démonstrations pratiques d'anatomie pathologique, d'histologie et de bactériologie, par MM. les docteurs Du Pasquier et Apert, chef de laboratoire. — Le mardi, à dix heures et demie, conférences et démonstrations pratiques de laryngologie, de rhinologie et d'otologie, par M. le docteur Bonnier. — Le vendredi, à dix heures et demie, conférences d'électrothérapie, par M. le docteur Lacaille.

MM. les étudiants qui voudraient suivre ces conférences d'enseignement complémentaire sont priés de se faire inscrire salle Saint-Christophe.

— M. le docteur Léon Bonnet commencera le samedi 20 novembre, à huit heures du soir, son cours de radioscopie et radiographie, avec démonstrations et expériences sur les rayons Röntgen, salle no 1 du musée Dupuytren, et le continuera les samedis suivants, à la même heure.

— *Conférence d'internat.* — MM. Couvelaire, Fresson, Merklen, Milian, Pédeprade, Sainton commenceront le samedi 27 novembre, à trois heures moins un quart, une conférence d'internat à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau) et la continueront les samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Ch. Fournel, lauréat de la Faculté, membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, commencera le mardi 30 novembre 1897, à cinq heures, à l'École pratique de la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier), un cours public et gratuit de gynécologie médico-chirurgicale et chirurgie abdominale. Il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

LE MERCREDI 15 DÉCEMBRE 1897

à une heure et demie, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 62 lots, des fournitures *de substances pharmaceutiques et produits chimiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant l'année 1898.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 133. — SAMEDI 20 NOVEMBRE 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 20 NOVEMBRE 1897. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

Par André SCHÆFER,
Interne des hôpitaux de Paris.

La nouvelle méthode proposée, il y a plus d'un an, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, par M. F. Widal (1) pour faire le diagnostic de la fièvre typhoïde, a été essayée par les cliniciens et les bactériologistes de tous les pays. Partout les résultats se sont montrés conformes à ceux qu'avait annoncés le médecin français. Les quelques cas dans lesquels certains expérimentateurs ont cru trouver le « séro-diagnostic » en défaut, n'ont servi qu'à faire mieux étudier le phénomène et préciser la technique. Aujourd'hui, l'épreuve du sérum doit être considérée comme le moyen le plus pratique pour arriver au diagnostic des cas difficiles de dothiénentérie.

Le sérum des typhiques mis en présence d'une culture en bouillon de bacilles d'Éberth, immobilise, amasse et agglutine ces bacilles. L'honneur de la découverte de cette propriété du sérum des malades atteints de fièvre typhoïde et de son application à la recherche du diagnostic appartient entièrement à M. F. Widal. Cette remarque est nécessaire car on a quelquefois, à l'étranger, accolé à son nom ceux de Pfeiffer ou de Gruber. M. Widal (2) a précisé lui-même ce qu'on doit à ces expérimentateurs ainsi qu'à ceux qui ont étudié avant lui la réaction agglutinante des sérums sur les cultures de bacilles.

I

En 1889, MM. Charrin et Roger (3) avaient reconnu les premiers que le bacille pyocyanique se développe en amas dans le sérum pur d'animaux *immunisés* contre l'infection pyocyanique. Le même phénomène fut observé, en 1891, par M. Metchnikoff (1), pour le « vibrio Metchnikovi » et le pneumocoque, et, en 1894, par MM. Issaeff et Ivanoff (2) pour le vibrion d'Ivanoff. La connaissance de cette réaction spéciale des microbes ne pouvait malheureusement que rester stérile, car il est admis par tous aujourd'hui que même les sérums normaux peuvent donner lieu quelquefois à l'agglutination des cultures microbiennes. C'est le mérite de M. Bordet (3) d'avoir montré que, si un sérum normal peut, dans certaines circonstances, produire, sur les cultures, des actions analogues à celles que produirait un sérum d'immunisé, il n'en est plus de même si on dilue les sérums dans une solution salée.

Cette technique permit à Gruber et à Durham (4) de montrer que, si on fait agir les sérums dilués d'animaux immunisés contre le choléra ou l'infection typhique sur des cultures du bacille cholérique ou du bacille d'Éberth, on peut facilement, soit à l'œil nu, soit au microscope, différencier ces bacilles des espèces voisines. De leur côté, Pfeiffer et Kolle (5), faisant des recherches analogues, arrivaient à des résultats identiques.

Jusqu'alors cette série de découvertes ne semblait devoir être utile qu'aux bactériologistes. C'est qu'en effet, on croyait que la réaction agglutinante ne s'observait qu'avec le sérum des *immunisés*, qu'elle était une réaction d'*immunité*. On ne pensait pas que le sérum pouvait posséder la propriété agglutinante dès la période d'infection. Cette idée vint à M. Widal qui, en 1892, avait déjà trouvé, en collaboration avec M. Chantemesse (6), que le sérum des typhiques possède, *dès la période d'infection*, certaines propriétés spéciales; dès lors la séro-réaction, procédé de laboratoire apte à différencier les microbes, devint le séro-diagnostic, applicable au lit du malade.

Dès l'origine, M. F. Widal avait proposé la technique encore employée aujourd'hui pour faire apparaître la réaction agglutinante du sérum des typhiques. Dans un premier procédé, il faisait tomber le sérum dans la proportion de 1 p. 10 dans un tube de bouillon qu'il ensemençait aussitôt après avec du bacille d'Éberth. Le tube était placé à l'étuve à 37 degrés. On peut voir ainsi comment le sérum agit sur

(1) F. WIDAL. Soc. méd. des hôpit., 26 juin 1896; — Congr. de Nancy, 6 août 1896;
(2) F. WIDAL et SICARD. *Presse méd.*, 23 déc. 1896.
(3) CHARRIN et ROGER. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1889, p. 667.

(1) METCHNIKOFF. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1891, p. 473 et 474.
(2) ISSAEFF et IVANOFF. *Zeits. f. Hyg.*, 1894, p. 122.
(3) BORDET. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1895, p. 411.
(4) GRUBER et DURHAM. *Münch. Med. Wochens.*, 31 mars 1896.
(5) PFEIFFER et KOLLE. *Deuts. Med. Wochens.*, 19 mars 1896, et *Zeits. f. Hyg. und Infectionskrankheiten*, 1896, vol. XXI, n° 2, p. 203.
(6) CHANTEMESSE et WIDAL. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1892, p. 773.

les bacilles à l'état naissant. Tout d'abord la culture paraît mal se faire, le sérum des typhiques ayant sur le développement des bacilles une action retardante. Puis, au bout d'un temps qui varie entre quatre et sept heures, quelques grumeaux commencent à se former, et au bout de douze ou vingt-quatre heures le bouillon, au lieu d'être uniformément trouble, avec un aspect moiré spécial, comme le serait une culture ordinaire du bacille d'Éberth, est presque complètement clair; dans le fond, les microbes se sont amassés sous forme d'un précipité de flocons blanchâtres. L'agitation n'arrive pas à dissoudre ces flocons.

Parfois le bouillon peut se troubler dans toute son étendue, mais ce trouble n'est pas homogène, il est dû à un précipité de fine poussière dont chaque grain, examiné au microscope, est un amas de microbes. Quelquefois le tube a un aspect boueux et même moiré en haut, mais dans le fond, il existe un dépôt de grumeaux, insolubles par l'agitation, qu'on devra toujours examiner au microscope.

Un autre procédé consiste à mélanger le sérum à un bouillon déjà ensemencé et à l'étuve depuis un ou deux jours. Si le sérum est très actif, la culture, laissée à la température de la chambre ou placée à l'étuve à 37 degrés, perd son trouble uniforme au bout de quelques heures et forme des grumeaux qui se précipitent peu à peu au fond, tandis que le reste du bouillon se clarifie. Quelquefois le bouillon reste granuleux, sans devenir clair.

Pour ces procédés lents, le sang doit être recueilli avec la plus grande propreté, si bien qu'il faut le prendre directement dans la veine par une piqûre aseptique. C'est un inconvénient.

M. Widal a donné la préférence à un procédé extemporané, qui est simple en même temps que très sensible. La pulpe d'un doigt étant préalablement lavée antiseptiquement au sublimé et à l'alcool, puis desséchée à l'éther, on la pique avec une lancette, on place la main dans une position déclive et on masse le doigt de haut en bas. Le sang qui s'écoule est recueilli dans un tube de verre, où, au bout de quelques minutes, le sérum commence à se séparer du caillot. Jusqu'à maintenant, la technique est simple, à la portée de tout médecin. Même impur, le sang ou le sérum peut être conservé pendant plusieurs jours, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient pour la réaction finale. Le sang peut donc être adressé à un bactériologiste qui l'examinera « aussi facilement qu'un crachat tuberculeux pour la recherche du bacille ».

Les manipulations suivantes sont un peu plus délicates. Il faut, autant que possible, employer une culture en bouillon jeune de vingt-quatre heures, dont on aura reconnu préalablement la pureté. On évitera ainsi presque toujours l'erreur qui pourrait résulter de la présence de pseudo-amas, qui peuvent se former spontanément dans les cultures du bacille typhique, comme d'autres microbes. Dix gouttes de bouillon seront donc prélevées au milieu de la culture et, avant d'y mélanger le sérum, on en examinera immédiatement une goutte au microscope. Ce n'est que lorsqu'on se sera assuré de la mobilité des bacilles et de l'absence de tout pseudo-amas, qu'on mélangera aux dix gouttes de culture une goutte de sérum [Widal, Rénon (1)].

On peut aussi délayer dans du bouillon une culture de bacilles typhiques sur gélose, l'additionner de quelques gouttes du sérum à examiner et rechercher la réaction à l'œil nu et au microscope. Ce procédé avait été employé par Gruber et Durham pour la différenciation du bacille typhique et du coli [Widal (1)].

(1) Rénon. Soc. de biol., 30 janv. 1897.

Quoi qu'il en soit, si on place une goutte du mélange entre lame et lamelle et qu'on porte le tout sous le microscope, on voit immédiatement, en général, en cas de réaction typhique, des amas de bacilles agglutinés les uns aux autres et, entre ces amas, des bacilles libres et mobiles plus ou moins nombreux.

Si les amas n'ont pas rapidement une grande netteté, il faut laisser reposer la préparation pendant une demi-heure, pour mieux saisir leur formation. Pour conclure à l'existence d'une fièvre typhoïde, il faut après ce temps, comme l'a dit M. Widal, que les amas ne soient pas seulement caractéristiques, mais encore qu'ils soient très nombreux, confluents, répandus sur toute la lamelle « à la façon des îlots d'un archipel », qu'ils aient, en un mot, cet aspect qui ne trompe pas quiconque les a vus une première fois. C'était là un conseil bien propre à faire éviter toute confusion avec les pseudo-agglutinations que l'on observe parfois avec certains sérums normaux.

Au début, on se contentait de constater la propriété agglutinante du sérum vis-à-vis des bacilles d'Éberth, pour faire le diagnostic. L'examen y gagnait en rapidité mais non pas en précision. Aujourd'hui, après les quelques cas qui ont été publiés, dans lesquels le séro-diagnostic n'a pas paru conforme aux résultats annoncés, il faut faire plus pour se mettre à l'abri de toute critique. Il faut évaluer l'intensité du pouvoir agglutinant (2).

Le procédé de mensuration le plus pratique et le plus sûr eet le procédé microscopique que nous allons décrire. C'est lui qui a permis à MM. Widal et Sicard de suivre la marche du pouvoir agglutinant pendant plusieurs semaines. Il faut, autant que possible, pour un même malade, se servir de bouillon composé de la même façon, d'une culture du même échantillon, du même âge, soit vingt-quatre, soit quarante-huit heures.

La provenance même du bacille paraît de peu d'importance [Widal et Sicard (3), Durham (4), Stern (5)]. Cependant, MM. Achard et Bensaude recommandent de choisir un échantillon de bacille d'Éberth connu et éprouvé, apte à se laisser agglutiner aisément. Ces expérimentateurs ont remarqué que lorsque la propriété agglutinante est atténuée pendant la convalescence, le sérum peut se montrer actif pour certains échantillons et inactif pour d'autres. Van de Velde, Kolle, Gruber ont également signalé des différences légères dans l'agglutination, suivant les divers échantillons.

Pour faire la mensuration, on commence par examiner au microscope, entre lame et lamelle, une goutte d'un mélange à 1 p. 10. On peut déjà se rendre compte ainsi, avec un peu d'habitude, si l'agglutination est faible, moyenne ou intense.

Si elle paraît faible ou moyenne, on prépare une dilution à 1 p. 50 et une autre à 1 p. 100, et on les examine au microscope, en commençant par la plus faible. Si la dilution à 1 p. 50 ne donne pas d'agglutination, on fait d'autres di-

(1) F. Widal. *Presse méd.*, 29 juillet 1896, p. 357.
(2) Widal et Sicard. Acad. de méd., 29 sept. 1896; — Soc. de biol., 20 févr. 1897. et *Presse méd.*, 6 mars 1897.
(3) Widal et Sicard. *Presse méd.*, 2 déc. 1896.
(4) Durham. *Journ. of pathol. and bacter.*, juillet 1896, p. 35.
(5) Stern. *Berlin. Klin. Wochens.*, mars 1897.

lutions à 1 p. 40, 1 p. 30 ou 1 p. 20. Si, au contraire, la dilution à 1 p. 50 donne une agglutination, déjà appréciable au bout d'un quart d'heure, on essaie celle de 1 p. 100. La marche à suivre se comprend facilement.

Si l'agglutination paraît forte, on mélange préalablement le sérum à une quantité connue de bouillon vierge, soit, par exemple, I goutte de sérum à c gouttes de ce bouillon. On procède ensuite comme précédemment. Une goutte de ce mélange, en présence de x gouttes de culture représente en réalité une séro-réaction à 1 p. 1000.

Pour toutes ces mensurations, il est nécessaire d'avoir des gouttes de culture et de sérum de mêmes dimensions.

Le plus simple est de prendre deux pipettes jumelles, ayant une extrémité de même calibre, provenant de l'étirement et de la rupture d'un même tube. Pour avoir une mensuration aussi exacte que possible, il est bon de laisser la réaction se faire entre la lame et la lamelle pendant deux heures, comme l'a proposé Stern.

II

Telle est, en résumé, la technique que M. F. Widal a préconisée dès l'origine et qu'il recommande encore dans un important mémoire d'ensemble paru il y a quelques mois (1). Jusqu'ici, il ne s'est agi que de provoquer l'agglutination de bacilles vivants au moyen du sérum sanguin. Les deux éléments à mettre en présence sont susceptibles de modifications.

Pour ce qui est des bacilles, MM. Widal et Sicard (2) ont montré que les cultures mortes du bacille d'Éberth sont encore agglutinables, phénomène que M. Bordet avait démontré précédemment pour le vibrion cholérique.

Pour tuer les bacilles, on peut employer la chaleur en les soumettant pendant une demi-heure à une température de 57 à 60 degrés. Il est préférable de les traiter par le formol, dans la proportion de 1 p. 150. La persistance de l'agglutination des bacilles d'Éberth morts par le sérum des typhiques, rendra surtout des services quand, dans un laboratoire, on n'aura pas de culture vivante assez jeune. Ici encore, il est très important d'examiner préalablement la culture au microscope, pour éviter les erreurs dues à la présence des pseudo-amas.

La réaction agglutinante apparaît non seulement avec le sérum, mais encore avec le sang total. Une goutte de sang recueillie dans une éprouvette renfermant x gouttes de bouillon typhique, suffit pour faire apparaître la réaction. Il est indiqué d'attendre que la plupart des globules se soient déposés au fond de l'éprouvette, ceux qui restent dans le mélange servent à mettre au point.

Le sang desséché conserve la propriété agglutinante. Ce fait, indiqué dès le début par MM. Widal et Sicard, a été surtout utilisé au Canada, où les autorités (3) ont institué un laboratoire auquel les médecins faisaient parvenir les échantillons de sang suspect, recueillis et desséchés sur du papier. Wyatt Johnston et Taggart (4) ont insisté sur les bénéfices que pouvait tirer l'hygiène publique d'une pareille méthode. La médecine légale peut également en tirer parti. C'est ainsi que ces deux derniers auteurs citent le cas d'un homme qu'on pensait avoir été empoisonné; l'existence de la réaction agglutinante constatée avec le sang desséché permit d'affirmer qu'il était mort de fièvre typhoïde, dont le diagnostic avait échappé au médecin traitant. Pfuhl, Pick, Van Ordt ont également obtenu de bons résultats en opérant avec le sang desséché. Voici la technique que conseillent MM. Widal et Sicard. On pique le doigt et on recueille les gouttes de sang sur une feuille de papier, à intervalles espacés, la dessiccation a lieu à l'air pendant six heures. Puis, on découpe exactement une rondelle de sang desséché, qu'on place dans un verre de montre contenant deux gouttes d'eau, la surface tachée étant tournée en bas. Puis, avec une baguette de verre on agite la rondelle en la comprimant contre les parois, finalement on mélange les deux gouttes d'eau à huit gouttes de bouillon de bacilles d'Éberth.

Le sang n'est pas le seul liquide de l'économie qui possède la propriété agglutinante. S'il doit être considéré comme l'origine de la propriété agglutinante, il la laisse transfuser en plus ou moins grande quantité dans les autres humeurs.

L'urine des typhiques agglutine fréquemment le bacille d'Éberth, mais c'est un phénomène inconstant, variable d'un jour à l'autre, manquant parfois [Widal, Ménétrier (1)]. Le pouvoir agglutinatif de l'urine est toujours très faible. MM. Widal et Nobécourt ont constaté qu'il dépassait rarement 1 p. 10, alors même que celui du sérum atteignait 1 p. 7000.

La filtration, à travers une bougie de porcelaine, fait perdre à l'urine le pouvoir agglutinatif (Widal et Sicard).

Bormans (2), puis Beniasch (3) ont proposé d'utiliser l'instabilité de la réaction agglutinante des urines typhiques. Le pouvoir agglutinatif du sérum pouvant, en effet, persister un grand nombre d'années après l'infection, on pourrait, en se fiant à celui-ci chez un ancien typhique, conclure à l'existence d'une dothiénentérie actuelle, alors qu'il s'agirait d'une tout autre maladie, une granulie par exemple. Au contraire, les urines ne conservant pas ce pouvoir, l'absence de la réaction agglutinante des urines serait une raison pour ne pas porter le diagnostic de fièvre typhoïde. Toutefois il est bon de rappeler que chez le même malade, en cours de fièvre typhoïde, MM. Widal, Sicard et Nobécourt ont souvent constaté sans raison dans l'urine, du jour au lendemain, l'apparition ou la disparition de la réaction, qui est toujours très faible.

La réaction agglutinante est toujours très intense dans la sérosité des vésicatoires, on l'observe également dans le liquide de l'œdème, le pus (Widal et Sicard).

MM. Achard et Bensaude (4), MM. Thiercelin et Lenoble (5) l'ont obtenue avec le lait de nourrices atteintes de fièvre typhoïde. Comme pour l'urine, le pouvoir agglutinatif du lait est toujours beaucoup plus faible que celui du sérum. Il disparaît également par filtration sur bougie de porce-

(1) F. Widal et A. Sicard. Étude sur le séro-diagnostic et sur la réaction agglutinante chez les typhiques, *Ann. de l'Institut Pasteur*, mai 1897.

(2) Widal et Sicard. Acad. de méd., 29 sept. 1896, et Soc. de biol., 30 janv. 1897.

(3) L'enquête canadienne sur le séro-diagnostic, *Presse méd.*, 24 oct. 1896.

(4) Johnston et Taggart. *Brit. Med. Journ.*, 5 déc. 1896.

(1) Ménétrier. Soc. méd. des hôpit., 24 juillet 1896.

(2) Bormans. *Riforma med.*, anal. *Presse med.*, 23 déc. 1896.

(3) Beniasch. *Meditzinskoié Obozrenié*, anal. *Médecine mod.*, 31 juillet 1896.

(4) Achard et Bensaude. Soc. méd. des hôpit., 31 juillet 1896.

(5) Thiercelin et Lenoble. *Presse méd.*, 5 août 1896.

laine. Le colostrum humain peut posséder le même pouvoir que le lait [Mossé (1)].

MM. Widal et Sicard avaient montré (2) que la substance agglutinante pouvait être transmise par l'allaitement aux petits des souris, qu'elle était absorbée en nature par le tube digestif de ces animaux, mais que cette transmission ne s'observait pas chez des mammifères plus élevés, tels que le chat ou le cobaye. MM. Landouzy et Griffon (3) viennent de montrer récemment la possibilité de cette transmission par l'allaitement de la femme à l'enfant. M. Castaigne (4) vient également d'en rapporter un cas, qui n'est peut-être pas, comme l'a montré M. Widal, à l'abri de toute critique, l'enfant étant mort avec phénomènes intestinaux, pendant la maladie de la mère, sans qu'on ait pu faire l'autopsie. On peut se demander s'il n'a pas succombé à une fièvre typhoïde anormale.

La salive ne présente pas la réaction [Achard et Bensaude (5), Weinberg (6), Widal et Sicard]. Avec la bile M. Widal a obtenu un résultat positif sur deux; MM. Achard et Bensaude, Weinberg, n'ont obtenu que des résultats négatifs. On n'a encore eu que des insuccès avec la sueur [Thiercelin et Lenoble (7)], le suc gastrique (Achard et Bensaude, Weinberg), le liquide céphalo-rachidien (Widal, Weinberg), l'expectoration bronchique (Achard), l'humeur aqueuse chez l'homme (Widal et Sicard, Weinberg).

Les larmes peuvent donner lieu à la réaction. Quand on les provoque artificiellement, par des vapeurs d'ammoniaque par exemple, on change les conditions de filtration et la réaction n'a plus lieu ou s'atténue considérablement (Widal et Sicard).

Les sérosités pleurale, péricardique et péritonéale possèdent souvent le pouvoir agglutinatif, mais c'est toujours un pouvoir réduit. Dans un cas de pleurésie séro-fibrineuse chez un typhique, M. Ménétrier (8) a constaté l'absence de la réaction dans le liquide de l'épanchement. Celui-ci renfermait le bacille typhique à l'état de pureté. Pour expliquer ce fait, M. Ménétrier émit l'hypothèse que l'absence du pouvoir agglutinant était due à la présence des bacilles typhiques. Cette hypothèse trouverait, d'après M. Courmont (9), sa confirmation dans les recherches qu'il a faites sur la distribution de la substance agglutinante dans les humeurs : tandis que celle-ci se formerait dans le sang pour lutter contre l'envahissement bacillaire, le microbe à son tour détruirait la substance agglutinante partout où il se trouve. MM. Widal et Sicard, MM. Achard et Bensaude n'admettent pas des conclusions si absolues.

La réaction agglutinante peut être transmise de la mère au fœtus. M. G. Étienne (10), ayant constaté l'absence du pouvoir agglutinant dans le sang d'un fœtus issu d'une mère morte de fièvre typhoïde hypertoxique, avait cru pouvoir prendre des conclusions générales, que sembla confirmer un fait de Charrier et Appert (11). Mais MM. Mossé et Daumic (1), en examinant le sérum sanguin d'un enfant né à terme d'une femme atteinte de dothiénentérie bénigne au cours du sixième mois de la gestation, ont constaté très nets les caractères de la réaction. La propriété agglutinante était moins vive et moins instantanée que celle constatée dans les humeurs de la mère. La structure anatomique du placenta était normale. MM. Chambrelent et Saint-Philippe (2) avaient observé un fait analogue. D'ailleurs, expérimentalement, M. Widal d'abord (infection typhique), puis MM. Lannelongue et Achard (infection par le proteus) et MM. Achard et Bensaude (infection cholérique) ont observé le passage de la propriété agglutinante de la mère au fœtus. M. Achard a émis l'hypothèse que l'intensité du pouvoir agglutinant dans le sang maternel est la raison de sa transmission au fœtus.

(1) Mossé. Soc. méd. des hôpit., 27 nov. 1896.
(2) Widal et Sicard. Soc. de biol., 24 juillet 1897.
(3) Landouzy et Griffon. Soc. de biol., 6 nov. 1897.
(4) Castaigne. Soc. de biol., 13 nov 1897.
(5) Achard et Bensaude. Acad. des sc., 28 sept. 1896.
(6) Weinberg. *Presse méd.*, 19 déc. 1896.
(7) Thiercelin et Lenoble. Soc. de biol., 5 déc. 1896.
(8) Ménétrier. Soc. méd. des hôpit., 4 déc. 1896.
(9) Courmont. Soc. de biol., 19 fév. et 20 mars 1897.
(10) G. Etienne. *Presse méd.*, 12 sept. 1896.
(11) Charrier et Appert. Soc. de biol., 7 nov. 1896.

(1) Mossé et Daumic. Soc. méd. des hôpit., 5 mars 1897.
(2) Chambrelent et Saint-Philippe. Soc. gyn. et obst. de Bordeaux, 10 nov. 1896.

III

L'apparition de la réaction agglutinante dans les humeurs, et en particulier dans le sérum des typhiques, n'a pas lieu à une date toujours la même, comme le montrent les statistiques qui ont été publiées jusqu'aujourd'hui. D'une manière générale, on doit l'observer dès le septième jour de la maladie; mais elle apparaît, dans certains cas, soit plus tôt, soit plus tard.

C'est ainsi que M. Thiroloix, M. Catrin l'ont observée au quatrième jour, M. Chantemesse, MM. Villiès et Battle, M. Lyman-Creene, MM. Achard et Bensaude, au quatrième et au troisième jour, M. Haushalter au troisième jour, Johnston et Taggart au deuxième jour.

Dans certains cas, la réaction agglutinante est retardée. On ne l'a observée qu'au huitième, dixième ou vingt-deuxième jour (F. Widal et Sicard), qu'au douzième (Rouget), qu'au quatorzième (Mathieu), qu'au seizième (Stern, Kolle), qu'au trente-quatrième (Pick). M. Breuer, MM. Thoinot et Cavasse ne l'ont trouvée que dans une rechute, Blumenthal au deuxième jour de la convalescence, MM. Achard et Bensaude au sixième jour de l'apyrexie, etc.

Tous ces faits de « séro-diagnostic retardé » légitiment pleinement la conclusion de la première communication de M. Widal : « Un résultat négatif obtenu avec le sérum d'un malade suspect fournit une probabilité contre le diagnostic de fièvre typhoïde, mais ce n'est qu'une probabilité, surtout si la recherche a été faite dans les premiers jours, l'examen doit être répété les jours suivants. La probabilité est d'autant plus grande que l'examen est pratiqué à une époque plus avancée de la maladie. »

IV

L'époque de disparition de la réaction agglutinaute est très variable.

Ordinairement, dans les premiers mois de la convalescence le pouvoir agglutinatif s'atténue et peut même disparaître. MM. Widal et Sicard ont assisté à sa disparition dans un cas au dix-huitième jour, dans un autre au vingt-quatrième jour de la convalescence. M. Lemoine, MM. Achard et Bensaude ont constaté cette disparition au dixième et au seizième jour. C. Frænkel l'a notée chez des

enfants après quelques jours seulement de convalescence. Il semble que la disparition précoce soit plus fréquente dans les formes atténuées (Bensaude).

Ordinairement l'agglutination persiste au moins pendant les premiers mois. Cette persistance pourra servir à rattacher à la fièvre typhoïde certaines complications lointaines. C'est ainsi que M. Courmont, en présence de névrites multiples, a pu, par le séro-diagnostic, reconnaître que l'origine en était une fièvre typhoïde, guérie depuis un mois et demi, et que M. Achard, en présence d'un malade de M. Le Dentu, atteint d'ostéomyélite, dont le pus ne contenait pas de microbes cultivables, a reconnu l'origine typhoïdique, l'infection aiguë datant d'un an.

La réaction agglutinante peut persister pendant très longtemps chez les anciens typhiques. MM. Widal et Sicard ont retrouvé une agglutination plusieurs années après l'infection, dans 11 cas sur 40. Le pouvoir agglutinatif était encore de 1 p. 30 chez un sujet guéri depuis vingt-six ans, de 1 p. 800 chez un autre guéri depuis huit ans. Petermann (1) a observé l'agglutination seize et quatorze ans après la guérison. M. Weinberg l'a observée vingt-deux et vingt-sept ans après.

Étant donné la possibilité de cette longue persistance du pouvoir agglutinatif, il est d'une extrême importance de connaître exactement les antécédents des malades chez lesquels on veut faire un séro-diagnostic; car la réaction pourrait être observée chez des malades ayant eu dans le passé une fièvre typhoïde grave ou légère, mais atteints actuellement d'une tout autre maladie. La publication de certains cas contraires à la méthode du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde a pu tenir à des examens *anamnétiques* incomplets.

V

De même que pour les dates d'apparition et de disparition de l'agglutination, l'intensité du phénomène est susceptible des plus grandes variations suivant la période de la maladie et surtout suivant les individus. A côté des cas où le pouvoir agglutinatif est faible, de 1 p. 50 par exemple, il y en a d'autres où il est considérablement élevé; tels sont les chiffres, indiqués par MM. Widal et Sicard, de 1 p. 8000 le huitième jour de la maladie et de 1 p. 12000 à l'entrée à l'hôpital d'un typhique qui guérit rapidement.

La courbe du pouvoir agglutinatif suivie pendant toute la maladie a un aspect très variable. Tantôt l'agglutination est peu élevée au début et s'élève progressivement pendant la période d'état et celle de déclin; tantôt elle reste la même dans tout le cours de l'affection, tantôt enfin elle décroît pendant la période de déclin. MM. Widal et Sicard ont vu le pouvoir agglutinatif s'abaisser vers le milieu de la maladie, puis remonter à la période de déclin, s'abaisser de nouveau au commencement de la convalescence et remonter ensuite quelques jours après. Quelquefois le pouvoir agglutinatif s'élève brusquement dans les derniers jours de la maladie ou les premiers jours de la convalescence, à la façon d'un phénomène critique.

L'agglutination peut être plus marquée pendant l'apyrexie que pendant la maladie. Elle peut être encore très forte la veille même d'une rechute.

Dès le début des recherches sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, on s'est efforcé de comparer à la gravité de la maladie, soit la date d'apparition, soit l'intensité de l'agglutination. Le « séro-pronostic » n'a pas eu le même succès que le séro-diagnostic. La plupart des cliniciens qui se sont occupés de cette question ont renoncé, devant la grande variabilité individuelle de l'intensité ou de l'évolution de l'agglutination, à se servir de ce phénomène pour établir un pronostic. Le seul fait sur lequel on semble être d'accord c'est que souvent, mais non toujours, un taux agglutinatif peu élevé s'observe dans les formes très légères.

Parmi ceux qui ont soutenu la possibilité d'un séro-pronostic, mentionnons M. Catrin (1) et M. Paul Courmont (2).

Au premier, il a semblé que plus tardive et moins intense était la réaction, plus le pronostic paraissait bénin. M. Paul Courmont a fait une étude très sérieuse de la courbe agglutinante chez quarante typhiques. Ses tracés sont à peu près analogues dans leurs traits généraux à ceux de MM. Widal et Sicard. M. Courmont a trouvé que le plus ordinairement la courbe du pouvoir agglutinant s'élève progressivement, atteint son maximum à la fin de la période d'état, puis redescend rapidement, décrivant le plus souvent une courbe en clocher ou en toit. De pareilles courbes sont d'un bon pronostic.

Au contraire, dans les formes graves hypertoxiques, prolongées, etc., on aurait des courbes traînantes, oscillantes, à descente prématurée. Même alors une ascension élevée brusque survenant à la fin de la maladie serait un heureux phénomène critique.

M. Courmont insiste sur ce fait que le séro-pronostic n'est qu'un des éléments du pronostic général de la maladie. Il tire, de la comparaison de la courbe agglutinante avec la courbe thermique, des données pronostiques importantes. C'est ainsi que, si la descente de la courbe agglutinante s'accuse parallèlement à celle de la courbe thermique, elle annonce la guérison. Si, au contraire, la température s'élève ou reste stationnaire au moment de l'abaissement du taux agglutinatif, cet abaissement devient un élément de mauvais pronostic.

Pour établir un séro-pronostic, il faut donc, d'après M. Courmont, faire tous les jours la mensuration du pouvoir agglutinatif. Cette nécessité rendra en tous les cas le procédé peu applicable en clinique. Ces faits, d'ailleurs, demandent encore de nouvelles confirmations. Tout autre est la simplicité du séro-diagnostic dont la valeur a été reconnue universellement.

VI

Toutes les statistiques qui ont été publiées ont été confirmatives de la méthode de Widal. Très rares ont été les cas de fièvre typhoïde avérée dans lesquels la séro-réaction a manqué. Il est possible pour certains que l'examen n'ait pas été fait au bon moment et qu'on se soit trouvé en présence de séro-réaction retardée.

Il est possible aussi que, dans des cas excessivement rares, le pouvoir agglutinant ne se développe pas. Malgré une technique très sûre et des examens quotidiens poursuivis pendant et après la maladie, dans un cas de fièvre typhoïde à rechutes, dans laquelle la ponction de la rate avait donné

(1) Petermann. *Wratch*, 1897; — *Presse méd.*, 6 mars 1897.

(1) Catrin. Soc. méd. des hôpit., 16 oct. 1896.
(2) Courmont. Soc. de biol., 25 juillet 1896 et 24 juillet 1897; — *Séro-pronostic de la fièvre typhoïde*, Th. de Lyon, 1897.

lieu à des cultures pures de bacilles d'Eberth agglutinables par les sérums typhiques, MM. Widal et Sicard n'ont jamais pu obtenir la réaction.

La possibilité de pareils cas n'a d'ailleurs pas une très grande importance, puisqu'il est entendu que l'absence de l'agglutination ne doit être considérée que comme une probabilité contre le diagnostic de fièvre typhoïde. Au contraire, on devrait attacher une grande gravité aux faits contradictoires qui ont été publiés contre le séro-diagnostic, si ces faits étaient à l'abri de toute critique.

Ces quelques cas ont été présentés comme des exemples d'affections dans lesquelles le sérum pouvait agglutiner le bacille d'Éberth. Pour apprécier ces cas, on doit savoir que le sérum normal de l'homme peut avoir une action agglutinante sur le bacille d'Éberth quand il est employé en solution concentrée. C'est un fait que Gruber a montré le premier. C'est pour éviter toute erreur due à cette cause que M. Widal avait proposé la dilution à 1 p. 10, en spécifiant qu'une demi-heure après avoir mis une goutte de mélange entre lame et lamelle, l'agglutination devait être typique et que les amas devaient parsemer tous les points de la préparation de la façon que nous avons indiquée plus haut. Quelques petits amas perdus au milieu d'un grand nombre de bacilles mobiles doivent être considérés comme sans signification.

On a rapporté, de différents côtés, des observations de sujets n'ayant pas ou n'ayant pas eu la fièvre typhoïde et dont le sérum possédait la propriété d'agglutiner le bacille d'Éberth dans des dilutions à 1 p. 10 [Achard et Bensaude (1), Ziemke, Kolle, Scheffer], à 1 p. 20 (Ziemke, du Mesnil de Rochemont), à 1 p. 40 (Van Ordt). Stern, dont la technique, il est vrai, augmente l'intensité de l'agglutination, a trouvé, sur 70 sérums non typhiques examinés, 2 sérums présentant des traces d'agglutination à 1 p. 30.

Le tableau des cas dans lesquels la séro-réaction aurait été trouvée positive en dehors de la fièvre typhoïde serait le suivant :

1 cas	dans une dilution	à 1	pour	40.
2 —	—	à 1	—	30.
7 —	—	à 1	—	20.
30 — environ	—	à 1	—	10.

Ces chiffres, empruntés à l'excellente thèse de Bensaude, sont déjà bien infimes, si on les compare aux milliers de cas dans lesquels la séro-réaction a été recherchée. Mais si on étudie avec soin ces cas prétendus contradictoires, on en trouve facilement l'explication. Les auteurs, au lieu d'examiner les préparations après une demi-heure, comme le prescrit M. Widal, les examinaient après une heure et le plus souvent après deux heures. Certains, comme Stern, les plaçaient même à 37 degrés. Dans ces conditions et après ce temps certains sérums non typhiques peuvent donner en effet de faux amas prêtant à l'erreur, mais ce ne sont pas les conditions indiquées par l'auteur de la méthode.

Si la réaction spécifique fournie par le sérum des typhiques ne se montrait jamais inférieure à 1 p. 50, on aurait pu choisir cette dilution comme critérium. Mais les quelques cas dans lesquels il a fallu des dilutions à 1 p. 30, 1 p. 20, 1 p. 10 s'opposent à une pareille mesure. Aussi MM. Widal et Sicard conseillent-ils de continuer à commencer par l'examen microscopique instantané d'un mélange à 1 p. 10 fait avec une culture jeune en bouillon, puis immédiatement après de procéder à la mensuration du pouvoir agglutinatif, en examinant cette fois les préparations après deux heures ; si la limite de l'agglutination se trouvait entre 1 p. 10 et 1 p. 50, après ce temps, ce qui est très rare pour la période d'état de la fièvre typhoïde, il faudrait, si on est trop timide pour oser conclure, considérer le cas comme très suspect et renouveler, pour se convaincre, l'examen les jours suivants. Avec cette légère modification, le séro-diagnostic rendra encore des services considérables.

En tous les cas, pour être à l'abri de toute critique, si l'on pense être en présence d'un fait contradictoire, il faudra n'affirmer l'absence de dothiénentérie qu'après un examen bactériologique complet des organes, du sang, du contenu intestinal. On se méfiera des associations infectieuses et notamment de la simultanéité de la tuberculose et de la fièvre typhoïde. Les cas de MM. Guinon et Meunier (1), de MM. Chantemesse et Ramond (2), où, malgré l'existence de tuberculose, la fièvre typhoïde fut diagnostiquée grâce au séro-diagnostic positif, ne doivent pas être oubliés des cliniciens. C'est peut-être à une association méconnue que Jez (3) dans un cas de méningite tuberculeuse, et MM. Ferrand et Théohari (4), dans une septicémie à streptocoques, ont pensé trouver la réaction de Widal en défaut. Leurs dilutions ne dépassaient d'ailleurs pas 1 p. 10.

Le passé répond de l'avenir ; c'est surtout dans les cas difficiles qu'on s'est rendu compte de la valeur de la méthode, dans les typhoïdettes qui embarrassent souvent les médecins militaires (Lemoine, Villiès et Battle, Catrin), dans le typhus ambulatoire (Achard), dans la fièvre typhoïde des enfants (Haushalter, Couture), dans la fièvre typhoïde des vieillards (Achard), dans les formes frustes (Bondet), dans le pneumotyphus (Bruhl, Achard), dans le diagnostic de l'endocardite infectieuse (Widal) ; nous avons déjà vu les services qu'elle peut rendre dans les associations infectieuses [Guinon et Meunier, Pick (5), Chantemesse et Ramond]. On a pu déceler l'hybridité typho-malarienne (Villiès et Battle) et reconnaître la nature éberthienne de beaucoup de maladies des pays chauds. Grâce enfin au séro-diagnostic, on a souvent pu écarter, sans arrière-pensée, les diagnostics de granulie, grippe, embarras gastrique, etc. (6).

VII

Au point de vue théorique, les recherches sont loin d'avoir donné des résultats aussi avancés. Quand on compare le pouvoir agglutinatif des différentes humeurs de l'organisme, on voit que constamment le sang possède le pouvoir le plus élevé. C'est le sang qui répand les substances agglutinantes dans l'organisme et c'est du sang qu'elles paraissent passer dans les diverses humeurs. Il

(9) Achard et Bensaude. Soc. méd. des hôpit., 27 nov. 1896.

(1) Louis Guinon et Meunier. Soc. méd. des hôpit., 2 avril 1897.
(2) Chantemesse et Ramond. Soc. méd. des hôpit., 18 juin 1897.
(3) Jez. *Wien. Med. Wochens.*, 1897, nº 3.
(4) Ferrand et Théohari. Soc. méd. des hôpit., 22 janv. 1897.
(5) Pick. *Wien. klin. Wochens.*, 1897, nº 4.
(6) Nous nous sommes limité à l'étude du séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde. Pour les autres infections dans lesquelles on a essayé de l'appliquer, voir la très bonne thèse de Raoul Bensaude, *Le phénomène de l'agglutination des microbes et ses applications en pathologie*, Paris, 1897. La consulter aussi pour la bibliographie complète.

était naturel de rechercher quelle est la partie du sang qui renferme les substances agglutinantes, le plasma ou les éléments figurés et en particulier les leucocytes? Cette recherche a été faite à la fois par MM. Widal et Sicard (1) et par MM. Achard et Bensaude (2). Ces derniers auteurs ont empêché la coagulation du sang en utilisant le pouvoir anticoagulant de l'extrait de têtes de sangsues, préparé avec l'eau salée à 7 p. 1000 et ils ont reconnu, soit en laissant déposer spontanément les éléments figurés, soit en soumettant le sang à la centrifugation, que le plasma privé de tout élément figuré reste parfaitement doué du pouvoir agglutinant. Comparant ce plasma à la couche profonde qui renferme les globules, blancs et rouges, ils n'ont pas noté de différence dans le pouvoir agglutinant. En recommençant l'expérience d'une autre façon, en filtrant le sang sur un tampon d'ouate, ils ont obtenu les mêmes résultats : la présence de nombreux globules blancs et rouges n'augmente pas, d'une façon notable, le pouvoir agglutinant du plasma. Poussant plus loin leurs recherches, ils ont reconnu que les leucocytes vivants, séparés de leur plasma, ne retiennent pas en eux la propriété agglutinante. « C'est donc dans le plasma et non dans les éléments figurés que s'accumulent les substances agglutinantes du sang. » MM. Widal et Sicard sont arrivés en même temps à des conclusions analogues par un procédé différent, mais ces auteurs ont conclu que si leurs expériences démontraient que les leucocytes en dehors de l'organisme ne dégageaient pas de substance agglutinante, rien ne prouvait que cette substance, déjà dissoute dans le plasma, n'avait pas été abandonnée dans le sang circulant par des organites, tels que les leucocytes.

De même qu'on a attribué les propriétés bactéricide et antitoxique du sang à des substances particulières, les alexines et les antitoxines, de même on a voulu expliquer ses propriétés agglutinantes par l'existence de substances dites agglutinines.

Ces agglutinines, de même que les alexines, et contrairement aux antitoxines, n'ont pas encore pu être isolées et ne sont connues que par leurs effets.

Les substances agglutinantes résistent pendant des jours et des semaines à la lumière diffuse [Achard (3)], à la dessiccation (Widal et Sicard, Johnston et Taggart), à la putréfaction (Widal et Sicard, Achard et Bensaude). MM. Nicolle et Halipré (4), puis M. Hayem (5), ont fait voir que le chauffage du sérum typhique à 60 degrés ne modifie en rien son pouvoir agglutinatif. On sait que les propriétés bactéricides et globulicides des sérums disparaissent après chauffage à 57 ou 59 degrés (Buchner, Daremberg). Le lait liquide qui ne se coagule pas à l'ébullition se prête encore mieux que le sérum à l'exposition à la chaleur. C'est sur le lait qu'ont porté les premières expériences de MM. Achard et Bensaude. En chauffant du lait de chèvre immunisée, MM. Widal et Sicard ont observé à 66 degrés une diminution progressive, à 72-74 degrés une atténuation considérable, et à 75 degrés une perte complète du pouvoir agglutinatif. La résistance du pouvoir agglutinatif aux hautes températures peut être renforcée.

On a déjà vu que les substances agglutinantes de l'urine

(1) Widal et Sicard. Acad. de méd., 29 sept. 1896.
(2) Achard et Bensaude. Acad. des sc., 28 sept. 1896.
(3) Achard. Soc. méd. des hôpit., 31 juillet 1896.
(4) Nicolle et Halipré. *Presse méd.*, 1896, p. 351.
(5) Hayem. Soc. méd. des hôpit., 8 janv. 1897.

ou du lait sont retenues par la bougie Chamberland; celle-ci se laisse, au contraire, traverser quand on opère avec une humeur à pouvoir agglutinatif élevé; les agglutines se comportent donc à l'égard des filtres de porcelaine comme les substances albuminoïdes. Mais on ne peut pas, pour cela, affirmer leur nature albuminoïde. MM. Widal et Sicard (1) ont montré que les substances agglutinantes sont retenues par diverses albumines du plasma et des humeurs (fibrinogène, globuline, caséine), sans pouvoir établir si la substance agglutinante est elle-même de nature albuminoïde. D'autre part, ces expérimentateurs ont reconnu que les substances agglutinantes peuvent s'éliminer par l'urine, même lorsque l'urine ne contient pas trace d'albumine.

La nature de la substance agglutinante reste donc encore inconnue. Son origine est actuellement tout aussi insondable. Qu'elle résulte de l'action réciproque des cellules de l'organisme et des microbes ou de leurs produits de sécrétion, cela paraît évident. Mais on ne sait pas encore les éléments qui participent à sa formation. Expérimentalement, elle prend naissance par tous les modes d'inoculation microbienne (veines, peau, séreuses, cavités muqueuses), à la condition que l'introduction des microbes détermine des lésions. On peut encore faire apparaître la réaction agglutinante chez l'animal par l'injection sous-cutanée de cultures de bacilles d'Éberth stérilisées à la bougie de porcelaine (Widal), ou l'inoculation intraveineuse d'une petite quantité de toxine typhoïde soluble (Chantemesse).

Il faut attendre cinq jours (Chantemesse) ou même huit jours (Widal) après l'injection de cultures filtrées, avant de voir apparaître l'agglutination, et trois ou quatre jours seulement après l'inoculation microbienne (Achard et Bensaude).

VIII

La propriété agglutinante paraît pouvoir être dissociée de la propriété bactéricide, qui détruit les microbes et empêche leur développement; de la propriété atténuante, qui diminue leur virulence; de la propriété immunisante, qui empêche l'infection de se développer, et de la propriété lysogène, qui transforme les microbes en granules (phénomène de Pfeiffer).

Malgré un séjour de deux mois et demi au contact du sérum typhique, les bacilles d'Eberth, bien qu'agglutinés en gros amas peuvent encore être réensemencés (Widal et Sicard). Le pouvoir agglutinant est donc bien distinct du pouvoir bactéricide.

Le bacille d'Éberth se prêtant peu aux recherches sur la virulence, pour se faire une opinion sur le rapport de la virulence et de l'agglutination, il faut s'adresser à d'autres microbes. M. Issaeff (2) a montré depuis longtemps que les cultures de pneumocoques conservent toute leur virulence après l'agglutination par le sérum des vaccinés.

MM. Widal et Nobécourt (3), en provoquant l'immunité sur la souris et le cobaye, par des injections d'urine des typhiques, sans faire apparaître la réaction agglutinante, ont démontré la dissociation des pouvoirs agglutinant et immunisant.

(1) Widal et Sicard. Acad. de méd., 29 sept. 1896.
(2) Issaeff. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1893, p. 269.
(3) Widal et Nobécourt. Soc. de biol., 31 juillet 1897.

Il nous reste à parler de la dissociation des pouvoirs lysogène et agglutinant. En 1894, Pfeiffer a montré que, si l'on injecte dans le péritoine d'un cobaye solidement immunisé, des vibrions cholériques délayés dans du bouillon, ou si l'on injecte, dans le péritoine d'un animal neuf, une culture délayée de vibrions cholériques et, en même temps, une petite dose de sérum préventif, les vibrions s'immobilisent presque tous, perdent leur forme bacillaire et se transforment en granules arrondis. Ce « phénomène de Pfeiffer » est dû à l'action lysogène du sérum. Il est inconstant avec le bacille d'Éberth.

Gruber a expliqué le phénomène de Pfeiffer de la façon suivante : dans une première phase, la membrane d'enveloppe des microbes gonfle, devient visqueuse, ce qui provoque l'immobilisation et l'*agglutination* ; dans une deuxième phase la membrane d'enveloppe devient perméable aux substances bactéricides du sérum, qui amènent alors la transformation des bacilles en granules.

On a fait à cette théorie, qui rapproche et identifie les pouvoirs lysogène et agglutinatif, de nombreuses objections. Disons tout d'abord que Pfeiffer, Bordet, Salimbeni, Widal et Sicard ont en vain cherché le gonflement de la membrane d'enveloppe des microbes. En outre, Pfeiffer et Kolle ont obtenu des sérums qui possèdent la propriété lysogène, sans être agglutinatifs. De plus, le phénomène de Pfeiffer se produit dans l'organisme (Pfeiffer, Metchnikoff, Bordet), tandis que le phénomène de l'agglutination n'apparaît qu'en dehors de l'organisme [Salimbeni (1)]. MM. Widal et Nobécourt (2) ont montré que la propriété lysogène *in vitro* que possèdent certains sérums est différente de la propriété lysogène qui s'exerce dans le corps d'un animal.

Il reste donc assez de raisons pour admettre la dissociation des propriétés lysogène et agglutinante, de même qu'on a séparé de la propriété agglutinante les pouvoirs bactéricide et atténuant.

Quant à la signification exacte de la réaction agglutinante, elle reste encore à démontrer. Gruber, Pfeiffer et Kolle, et d'autres pensaient que l'agglutination par le sérum est une réaction d'immunité. M. Widal a montré qu'il n'en est rien; la réaction apparaît au cours de l'infection ; elle peut disparaître dès les premières semaines de la convalescence, à une période où l'immunité est la plus solide; elle peut exister pendant la période apyrétique, quelques jours avant la rechute, chez des individus ne possédant pas l'immunité par conséquent.

On ne peut donc pas dire que la séro-réaction soit une réaction d'immunité. Ce que l'on peut dire, c'est que la séro-réaction, comme l'a toujours soutenu M. Widal, est déjà une réaction de la *période d'infection*. « Mais c'est là une simple constatation de fait qui ne comporte pas de théorie. Ce fait reçoit chaque jour sa confirmation; s'il n'était pas exact, le séro-diagnostic n'existerait pas (3). »

(1) Salimbeni. *Ann. de l'Institut Pasteur*, mars 1897.

(2) Widad et Nobécourt. Séro-réaction dans une infection à paracoli-bacille, *Semaine méd.*, 4 août 1897.

(3) F. Widal. Communic. au XIIe Congr. internat. de méd., Moscou 19-26 août 1897.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM (1)

Par M. Péan,
Membre de l'Académie de médecine.

Conclusions. — 1° L'ablation du rectum cancéreux n'est réellement entrée dans la pratique qu'à partir du jour où les chirurgiens français ont imaginé de faire la section extemporanée des organes les plus vasculaires avec l'écraseur linéaire et le ligateur.

2° Elle n'a pu être exécutée promptement et sans danger d'hémorragie qu'à partir du jour où nous avons remplacé cet outillage par les pinces, supprimé toutes les ligatures et appliqué le morcellement au cours de l'opération, et où l'asepsie et l'antisepsie, non moins essentiellement françaises, ont fait disparaître la septicémie.

3° Elle n'exige d'autre outillage que les bistouris, les ciseaux, les rétracteurs, les pinces ordinaires de diverses longueurs, celles à mors longuets ou longs, droits ou courbes, recouverts au besoin de caoutchouc, les pinces à mors larges, fenêtrés, les aiguilles à manche, les fils aseptiques et le tube à drainage.

4° Elle est presque constamment suivie de succès, surtout si l'on a soin, comme je l'ai préconisé, de recouvrir complètement la perte de substance avec les téguments muqueux de l'intestin, du vagin et la peau du voisinage (2).

5° Son exécution est facile lorsque le cancer est limité à la muqueuse, dans laquelle il débute presque toujours, et à la musculeuse. Dans ce cas, il est aisé de l'enlever avec ou sans incisions préliminaires et de fermer la perte de substance par suture.

6° Lorsque le mal déborde l'épaisseur des parois rectales et s'est propagé aux tissus voisins, la conduite du chirurgien doit varier suivant que le néoplasme occupe seulement l'une des faces du rectum ou, au contraire, tout son pourtour, suivant qu'il est limité à la partie inférieure, à la partie moyenne, à la partie supérieure ou qu'il occupe la totalité de ce canal.

7° Elle diffère plus encore, suivant que le cancer existe chez l'homme ou chez la femme.

8° Dans les deux sexes, lorsqu'une portion seule des faces du rectum est envahie, l'opérateur doit s'attacher à conserver et à utiliser de son mieux les parties saines.

9° Si le cancer siège uniquement à la partie inférieure du rectum, sur toute sa circonférence, rien n'est plus facile que de circonscrire cette portion du canal en la sectionnant en deux moitiés pour faciliter la dissection et de l'exciser, après avoir mis des pinces sur les vaisseaux saignants et des pinces à mors courbes sur la portion du rectum située au-dessus du mal. Il suffit ensuite de retirer les pinces et de suturer aux lèvres de la peau celles du bout rectal conservé.

10° Si le cancer occupe la partie moyenne et la partie supérieure, la conduite à tenir diffère *chez l'homme* et *chez la femme*.

11° *Chez l'homme*, si la partie moyenne est envahie en même temps que la partie inférieure et si le cancer déborde seulement du côté des faces postéro-latérales, l'opération est la même que dans le cas précédent; il faut avoir soin ce-

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1216.

(2) Il ne faut pas craindre, pour ce motif, de faire du côté de la peau des débridements nécessaires pour favoriser le rapprochement et les sutures.

pendant d'agrandir autant qu'il convient, en avant du côté du pubis, en arrière du côté de l'échancrure sciatique, les incisions préliminaires faites au rectum de façon à pouvoir reconnaître sans peine l'étendue des parties malades. Si l'on voit alors que le mal a envahi simultanément l'urèthre, la prostate, les vésicules séminales et le col de la vessie, il faut enlever par morcellement, avec beaucoup de soin, toutes ces parties malades, y compris les portions extra-muqueuses de l'urèthre et de la vessie; mais si la muqueuse elle-même est cancéreuse sur une certaine longueur, on ne doit l'exciser que s'il est possible de fermer le passage des urines de ce côté et d'assurer leur libre écoulement au moyen d'une sonde laissée à demeure dans l'urèthre.

12° Si le cancer a envahi en même temps que la partie inférieure et moyenne du rectum sa partie supérieure, et s'il n'y a pas du côté des voies urinaires de prolongements inopérables, il est facile, en agrandissant suffisamment les incisions préliminaires, de poursuivre la section en deux moitiés et la dissection latérale de chacune d'elles jusqu'au delà de la portion malade. A ce moment, l'opérateur saisit transversalement, avec des pinces à mors droits ou courbes, la portion saine et résèque le rectum au-dessous d'elles. Les pinces laissées sur le bout supérieur permettent de l'abaisser et, après avoir fermé par suture la plaie péritonéale, d'attirer jusqu'à la peau et d'y suturer les lèvres du bout supérieur.

13° Lorsque le mal a respecté la partie inférieure de l'intestin, alors qu'il a profondément envahi les parties moyenne et supérieure, il faut que le chirurgien, après avoir incisé verticalement sur les deux points le bout inférieur et prolongé ses incisions préliminaires en dehors pour lui permettre d'aborder et d'enlever par dissection toutes les parties malades, suture les lèvres de l'extrémité supérieure de l'intestin conservées à celles du bord supérieur de la partie inférieure saine. Dans ce dernier cas, il importe plus encore que dans les précédents de ne laisser aucune partie dénudée, au cours de l'opération, c'est-à-dire dépourvue de muqueuse. On aura soin également de mettre à demeure une grosse sonde en caoutchouc pour faciliter le passage ultérieur des gaz et des matières liquides ou solides provenant de l'intestin.

14° *Chez la femme*, la présence du vagin facilite singulièrement l'opération du côté de la paroi antérieure du rectum, surtout en ce qui concerne sa partie moyenne. Si la cloison recto-vaginale est prise dans toute son épaisseur et si, pour ce motif, la muqueuse du vagin ne peut être conservée, il faut saisir de chaque côté, avec des pinces à mors longs placées à étages, et couper entre elles sur la partie médiane, de bas en haut, toute la cloison recto-vaginale jusqu'au dessus du mal. De cette façon, la section se fait à sec et le chirurgien, se servant des pinces comme rétracteurs, sait à quelle hauteur il doit réséquer le rectum.

15° Si la partie supérieure du rectum est malade, et si le cancer s'est propagé à travers le péritoine au col et au corps de l'utérus, on pourra les enlever en même temps; on se comportera de même que chez l'homme pour abaisser le bout supérieur de l'intestin, qui a été conservé, avec cette différence cependant que les parois antérieure et latérales du vagin et du rectum, quand il n'aura pas été nécessaire de les réséquer, pourront être utilisées pour reconstituer plus ou moins complètement le rectum.

16° Toutes les fois que le rectum seul était cancéreux chez l'homme et chez la femme, nous avons pu l'enlever, même en totalité, par la voie périnéale ou par la voie pubio-périnéo-ischiatique, ou par la voie pubio-vagino-ischiatique.

17° Ces voies nous paraissent de beaucoup préférables à la voie sacrée, à la voie abdominale et à la voie abdominale périnéale. Quand nous avons eu recours à la voie abdominale seule, c'était dans des cas où le cancer était limité à la partie supérieure du rectum et à une portion de l'S iliaque.

18° Il est inutile d'ajouter que l'ablation du rectum cancéreux ne doit être pratiquée que chez des malades encore en état de pouvoir supporter un pareil traumatisme, sinon il ne faut pas hésiter à se contenter du traitement palliatif.

THÉRAPEUTIQUE

Le chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite aphteuse.

Parmi les divers moyens employés contre la stomatite apheuse, affection infantile bénigne, mais qui, parfois, acquiert une certaine gravité de par sa ténacité et sa tendance aux récidives, le chlorate de potasse est celui qui paraît le moins employé; quelques cliniciens (Baginsky) lui contestent même toute valeur thérapeutique. Or, d'après les nombreuses observations relevées par M. le docteur Amedeo Levi, à la policlinique générale de Vienne, dans le service dirigé par M. le docteur A. Monti, professeur extraordinaire de pédiatrie, aucun autre médicament n'exercerait, sur l'évolution de la stomatite aphteuse, une action aussi favorable que le chlorate de potasse employé en applications locales et administré en même temps à l'intérieur.

Voici les formules dont M. Monti fait usage à cet effet :

Chlorate de potasse. . . .	4	grammes.
Eau distillée	200	—
Teinture de myrrhe. . . .	3	—

Mêlez. Usage externe.

Cette solution sert pour les lavages de la cavité buccale.

Chlorate de potasse	1	grammes.
Eau distillée	90	—
Sirop de groseilles.	10	—

F. S. A. Donner à l'enfant, toutes les deux heures, une cuillerée à café de cette potion mise à rafraîchir dans de la glace. (*Rev. des mal. de l'enfance.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre 1897.— Présidence de M. DELENS.

COMMUNICATIONS

Traitement des fractures. — M. MARC SÉE donne la description d'un appareil, ou plutôt d'un système d'appareils destiné à empêcher le raccourcissement et à assurer la coaptation des fragments dans le traitement des fractures. Ces appareils, outre leur simplicité, offrent l'avantage de permettre aux malades de pouvoir se lever et marcher.

Abcès sous-phréniques. — M. MICHAUX communique l'observation d'un malade qui était atteint d'un abcès sous-phrénique survenu au cours d'une péritonite tuberculeuse. M. Courtois-Suffit a adressé un malade analogue à M. Lejars pour le faire opérer, et a rapporté son observation à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 1273).

M. PEYROT a observé un abcès de ce genre chez une femme de trente-huit ans. On avait diagnostiqué une pleurésie purulente enkystée du côté droit. On fit une ponction exploratrice qui, en effet, révéla du pus. M. Peyrot fit la résection d'une côte et trouva la cavité pleurale saine. Il poussa alors plus loin ses investigations et ouvrit le diaphragme. Il trouva une nappe purulente à la surface du foie; un trocart introduit à travers cet organe buta contre un corps dur. On fit le drainage de la plaie et du foyer purulent. Une fièvre hectique se déclara, et la malade succomba.

On trouva à l'autopsie un kyste hydatique, au milieu du foie, ayant subi la transformation calcaire avec de petits foyers suppurés à sa surface.

M. TUFFIER a observé deux cas analogues. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente ans qui se plaignait de douleurs vives à la base du thorax du côté gauche. Bientôt survint, chez cette malade, une dyspnée intense. Au bout de peu de temps, la sonorité s'obscurcit à ce niveau, on pratiqua une ponction exploratrice qui donna issue à du pus. M. Tuffier fit la pleurotomie, pensant trouver une pleurésie enkystée. Il n'en fut rien, mais le diaphragme faisait une forte saillie du côté de la plèvre. M. Tuffier l'incisa et trouva une énorme collection purulente sous-jacente; cet abcès paraissait consécutif à une poussée furonculeuse généralisée caractérisée, par la présence du staphylocoque doré. Quelques mois après, la malade succomba à une pyélo-néphrite double.

M. ROUTIER a également traité un abcès sous-diaphragmatique, de cause inconnue, par la résection de la paroi thoracique et l'incision large. La guérison, dans ce cas, a été très lente.

M. BERGER a rencontré un abcès sous-phrénique consécutif à une appendicite sans aucune connexion de voisinage.

M. POTHERAT a opéré un homme de quarante-sept ans, qui était atteint d'un abcès sus-hépatique. L'incision était restée fistuleuse. M. Potherat agrandit l'ouverture et fit la résection d'une côte. Néanmoins, une fistule persiste qui mesure encore 7 centimètres, et les côtes sont rapprochées les unes des autres.

Appendicite. — M. HARTMANN communique l'observation d'un enfant qui avait été opéré d'un abcès appendiculaire et qui présenta une récidive quelques mois après. L'appendice fut réséqué. Il était oblitéré à sa partie moyenne et présentait, à ce niveau, un abcès complètement clos contenant une culture pure de bacterium coli très virulent.

Lymphangiome congénital. — M. LE DENTU rapporte l'observation d'un jeune homme de seize ans, qui portait une vaste tumeur développée à la partie inférieure de l'omoplate gauche, parsemée à sa surface de vésicules convergeant vers l'aisselle, adhérente à la peau, mobile sur les parties profondes, de consistance molle et non réductible. Il s'agissait d'un énorme lymphangiome congénital, ne contenant pas de filaires, mais ressemblant par sa structure aux tumeurs développées par ce parasite. M. Le Dentu fit la dissection du néoplasme et le malade guérit rapidement.

Cholédocotomie. — M. LEJARS communique le cas d'une femme de cinquante-deux ans qui avait, depuis de longues années, des crises hépatiques et qui était tombée dans un état cachectique grave, avec ictère, pouvant faire penser à un cancer du foie. Il fit la laparotomie latérale, trouva la vésicule biliaire libre, mais rétrécie, et de nombreuses bosselures dans le canal cholédoque dilaté. M. Lejars incisa le cholédoque et en retira six gros calculs. Il fit la suture du canal, draina avec la gaze iodoformée et obtint une guérison rapide sans fistule.

M. SCHWARTZ a opéré, avec M. Michaux, une malade qui était atteinte de calculs dans le cholédoque. La vésicule biliaire était complètement obstruée au niveau de son col. M. Schwartz fit la taille du cholédoque, enleva les calculs qu'il contenait, puis sutura les lèvres du canal. Il fit ensuite une cholécystectomie et draina le canal cholédoque lui-même. Il obtint de cette opération un très bon résultat.

M. ROUTIER rapporte l'observation d'une jeune femme qui lui avait été adressée comme atteinte de péritonite. Elle est une poussée d'ictère. M. Routier fit la taille de la vésicule biliaire. Il existait des adhérences intimes de la vésicule avec la paroi. Il put extraire cinq calculs de la vésicule et un du canal cholédoque. Il put faire glisser ce dernier le long du canal jusqu'à ce qu'il fût projeté au loin comme un noyau de cerise.

M. TUFFIER a plusieurs fois eu recours à la même manœuvre avec succès.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. LE DENTU présente une valve destinée à faciliter le renversement de l'utérus en avant après l'ouverture du cul-de-sac antérieur.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 17 novembre :

Anatomie. — MM. Rellay, 11. — Loin, Mirande, Nollet et Phelippon, 10. — Traverse, 9. — Monel, Rabant et Roglet, 8. — Pétresco, 4.

Pathologie. — MM. Lamouroux, Judet, Guibal et Loroy, 12. — Cathala, 11. — Le Roy des Barres, Logerot et Courcoux, 10. — Lecornu, Maury et Brocart, 9. — Mannoni et de Lacombe, 7. — Fournié et Laignel-Lavastine, 3.

— M. le docteur Marchand est chargé du service chirurgical de l'hôpital Boucicaut.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Heydenreich (de Thairé).

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Prix universitaires. — Deuxième année : prix d'anatomie et d'histologie, Mlle Dimitrova; première mention honorable : M. Perri; deuxième mention honorable, M. Melnotte. — Deuxième année : prix de physiologie, M. Henriot; mentions honorables, *ex æquo*, M. Sognies et Mlle Staniszewski. — Quatrième année : prix de médecine, M. Vial; mention honorable, M. Spillmann. — Quatrième année : prix de chirurgie et accouchement, M. Grosmaire; première mention, M. Ancel; deuxième mention, M. Michel; troisième mention, M. Mathieu.

Prix de thèse. — Premier prix, M. Imbeaux; deuxième prix, M. Bouin; mentions honorables, MM. Voinot, Husson, Aimé, Braun et Dragneff.

Prix Bénit, dit de l'internat : M. Spillman; première mention, M. Thiry; deuxième mention, M. Michel.

Prix Ritter, fondé par M. Charles Ritter, en mémoire du docteur Ritter, décerné au meilleur travail original de chimie médicale, fait dans un laboratoire de la Faculté : M. Louis Michel.

— M. le docteur Du Castel reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 4 décembre. — Le samedi, à une heure et demie, consultation externe; à deux heures et demie, conférence clinique et présentation de malades, dans la salle des conférences de l'hôpital. — Le jeudi, à neuf heures, présentation et discussion des malades, salle Cazenave.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



Dans les Cas graves DE CHLOROSE et d'ANÉMIE REBELLES aux MOYENS THÉRAPEUTIQUES Ordinaires

LES PRÉPARATIONS D'HÉMOGLOBINE SOLUBLE DE V. DESCHIENS

ONT TOUJOURS DONNÉ LES RÉSULTATS LES PLUS SATISFAISANTS

ÉLIXIR — PRÉPARATION NOUVELLE. Liqueur très agréable à prendre. 1 petit Verre après chaque repas.

SIROP — Une cuillerée à soupe immédiatement avant ou après le repas, soit pur, soit dans 1/4 verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

VIN — Un verre à madère immédiatement avant ou après chaque repas; un petit verre à liqueur pour les enfants.

DRAGÉES — dosées à 25 milligr. d'HÉMOGLOBINE. 3 à 6 par jour au commencement des repas.

Dans toutes les Pharmacies

Gros: Mon ADRIAN et Cie, Paris

DRAGÉES SAINT ANDRÉ

DOSAGE MATHÉMATIQUE. PRÉPARATION AGRÉABLE ACTIVE, COMPLÈTE ASSIMILABLE. JAMAIS de contre-indications.

DIATHÈSE URIQUE — Goutte, Gravelle, Rhumatisme chronique, Colique néphrétique

2 ou 4 dragées pr jour (suiv. les cas) aux repas. ECHANTILLONS FRANCO

Une Dragée contient: Carbonate, Benzoate, Salicylate de Lithine, Colchicine pure 1/10e de milligr. - Excip. spéc. q.s. - Une Dragée sature 0.50e Acide urique pour le transformer en Urate soluble éliminable.

Pharmacie J. MAYNIEL, Ex-Interne des Hôpitaux de Paris, BOULOGNE-PARIS

THAPSIA
TOILES VÉSICANTES

SPARADRAPS — ONGUENTS — POMMADES — EMPLATRES

DESNOIX, *DESNOIX & DEBUCHY*, Succrs

17, Rue Vieille-du-Temple, PARIS.

TOUS LES OBJETS DE PANSEMENTS

ARGENTAMINE — (Solution d'Ethylène-diamine d'argent, correspondant à une solution de nitrate d'argent au dixième) de **beaucoup supérieure aux solutions de nitrate d'argent** jusqu'ici couramment employées.

CHLORALAMIDE — Hypnotique entièrement exempt de danger.

CHLORHYDRATE D'EUCAÏNE — **Nouveau succédané de la Cocaïne**, beaucoup moins cher que cette dernière.

Le Chlorhydrate d'Eucaïne a été l'objet de nombreux essais physiologiques et thérapeutiques; il est absolument inoffensif à doses physiologiques et provoque une anesthésie rapide et complète. — Se servir de solutions aqueuses au dixième.

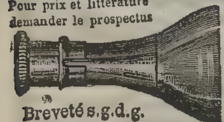
GLUTOL DU Dr SCHLEICH — Excellent topique pour les plaies les plus diverses.

LÉVULOSE — **Succédané du Sucre de canne; aliment précieux pour les diabétiques.**

Se trouvent dans toutes les Pharmacies.

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER — LYON —

Pour prix et littérature demander le prospectus



Breveté s.g.d.g.

KÉLÈNE

CHLORURE D'ETHYLE PUR — Application du Profr Dr C. REDARD

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Alcaloïdes et principes actifs de l'Huile de Foie de Morue.

Délicieuse au goût

La Pangaduine

Le Meilleur des Fortifiants

est bien supérieure à l'Huile de Foie de Morue

Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée : Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Rhumatisme, Goutte, Diabète. Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'Huile de Foie de Morue.

Granulée, Dragées, Elixir pour les Adultes. Sirop et Bonbons pour les Jeunes Enfants

SIÈGE SOCIAL, 44, rue Cambon

VENTE en GROS : Société Nationale, 50, r. des Ecoles, Paris

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger Timbre de l'Etat. — Toutes pharmacies.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 22 novembre 1897.

Depuis quelques années, les bactériologistes ont, à plusieurs reprises, tenté de découvrir l'agent pathogène, le microbe spécifique du rhumatisme articulaire aigu, lequel, de par son aspect clinique, semblait pouvoir être rangé dans le groupe des maladies infectieuses. Ces recherches sont restées pendant longtemps incertaines et contradictoires; mais il semble qu'aujourd'hui on commence à sortir de l'ère des hésitations. M. Thiroloix, à plusieurs reprises, a pu isoler un micro-organisme à caractères constants, et ce microbe a été retrouvé à nouveau par M. Triboulet, à l'autopsie d'un sujet mort de rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'hydorpéricardite et de chorée.

Il convient de rapporter ici le résumé de ces nouvelles recherches.

Sur lait stérilisé, le sang de la veine, le segment de moelle ont donné les résultats suivants :

En dix-huit heures environ, fermentation intense aboutissant à la séparation du lait en deux parties : l'une séreuse, l'autre représentant une émulsion grasse, à grosses bulles solidifiées et d'aspect alvéolaire, tout à fait caractéristiques.

Sur lamelles, on colore aisément de gros bacilles, les uns courts et trapus, les autres un peu plus longs, rappelant assez bien les aspects polymorphes de la bactéridie charbonneuse, mais toujours avec un volume plus considérable que celle-ci; ce microbe supporte le Gram Weigert.

Deux centimètres cubes de la culture en injection intramusculaire, dans la cuisse d'un cobaye, ont amené la mort en vingt-neuf heures, avec formation, au pli de l'aine, d'une vaste collection séro-œdémateuse. C'est là une constatation analogue à celle qu'avait faite M. Thiroloix.

Cette observation, dit à juste titre M. Triboulet, « est fort importante et prend un intérêt tout particulier du fait de la coïncidence, chez le sujet observé, d'un rhumatisme et d'une chorée. De semblables constatations, si elles se reproduisent, et si l'on peut y ajouter le fait de la présence *in situ*, dans les centres nerveux, du microbe signalé, fixeront enfin cette question, encore douteuse, pour bon nombre d'auteurs, des rapports étiologiques si saisissants de la chorée avec le rhumatisme. »

M. Variot attire l'attention de la Société médicale sur l'observation d'un enfant qui conserva, pendant une année entière, une plaque ronde de 1 centimètre et demi de diamètre, enclavée dans son œsophage.

On put, en face des troubles divers et passagers que présenta le petit malade, croire aux affections les plus invraisemblables, mais personne ne voulait incriminer le corps étranger avalé antérieurement. On ne se rendit à l'évidence, que lorsque l'enfant rendit spontanément la plaque dans une quinte de toux.

On eût dû se servir de la radiographie qui, seule, en pareille occurrence, peut donner des résultats satisfaisants.

MM. Achard et Castaigne ont remarqué que les troubles de l'absorption et de l'élimination peuvent entraver notablement le phénomène de la glycosurie alimentaire, et qu'il convient de s'assurer, dans les cas où l'épreuve donne un résultat négatif, de l'état de ces fonctions, ce qui est possible au moyen de procédés cliniques assez simples : or, chez un sujet, la dose minima de sucre qu'il faut ingérer pour produire la glycosurie (glycosurie vraie ou saccharosurie) varie entre 200 et 300 grammes de sirop de sucre (soit 133 à 200 grammes de saccharose). Par conséquent, la dose qu'il conviendra d'employer, pour explorer les fonctions du foie, sera un peu inférieure à cette limite, soit de 150 grammes de sirop (100 grammes de saccharose).

Il n'en est plus de même si l'absorption est défectueuse. Le minimum d'ingestion s'élève alors si le foie est intact; il ne s'abaisse pas si le foie est malade.

Enfin, si les troubles de l'absorption se combinent avec ceux de l'élimination, il faut, malgré des lésions hépatiques très avancées, donner 350 à 450 grammes de sirop pour produire la glycosurie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Leçon d'ouverture.

M. le professeur Laboulbène a commencé, mardi dernier, son cours si intéressant sur l'Histoire de la médecine. Le professeur avait disposé sur une table quelques uns de ces livres qui représentent les principales œuvres de celui

dont il va retracer l'histoire. Cette première leçon devant être consacrée à Laënnec, à côté des cinq éditions du beau livre de l'auteur de l'*Auscultation*, on voyait le sthétoscope dont se servait ordinairement Laënnec et que la famille avait permis de placer sous les yeux des auditeurs. Suivant sa coutume, M. Laboulbène a résumé les incidents principaux de l'année qui vient de s'écouler :

« Messieurs,

Avant de vous exposer le sujet de cette leçon, je tiens à donner un souvenir à ceux que la Faculté a perdus dans la dernière année scolaire et à saluer vos nouveaux maîtres.

Le professeur Isidore Straus nous a été enlevé par une mort subite le 6 décembre 1896. Vous connaissiez son ardeur pour le travail, son amour du progrès. Il avait été choisi pour succéder à Vulpian en 1888.

Élève de notre regretté Strasbourg, venu à Paris en même temps que son ami, notre cher collègue, M. Mathias-Duval, il avait été apprécié vite par Pasteur qui l'envoya étudier le choléra en Égypte. Straus nous laisse un livre magnifique : *La tuberculose et son bacille*. Il n'a pas voulu de discours à ses funérailles, mais les regrets unanimes qui l'ont accompagné prouvent la grande perte que nous avons faite et le mérite du savant mort avant l'heure.

Edme-Alfred Bourgoin était agrégé des sciences physiques depuis 1876. Bientôt après, il devint professeur à l'École de pharmacie, puis directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux. Comme Straus, il est mort subitement. Doué d'un esprit net, positif, Bourgoin avait des connaissances étendues en chimie et en sciences naturelles ; son *Traité de pharmacie galénique* est fort important. Appelé au parlement par le vote de ses compatriotes, Bourgoin prenait part aux discussions sur les questions d'hygiène et, tenant fortement à ses idées, il les défendait avec une vivacité et une brusque franchise qui témoignaient de la sincérité de ses convictions.

Deux nouveaux professeurs sont entrés à la Faculté. M. Chantemesse vient remplacer Straus et son cours « sur les phénomènes provoqués par les microbes et leurs produits » vous sera très profitable. La chaire laissée vacante par Baillon et longtemps inoccupée a, pour titulaire, M. Raphaël Blanchard, dont vous connaissez le talent professoral et le zèle scientifique. Son enseignement ne sera plus celui de l'histoire naturelle en général, mais celui des applications de cette science à la médecine, surtout des animaux et des végétaux nuisibles, en un mot, de la parasitologie. Il ne peut en résulter pour vous que de grands avantages. L'étude spéciale du droguier, c'est-à-dire des médicaments usuels, indispensables à connaître, fait partie actuellement de la chaire de pharmacologie, où vous pourrez l'apprendre, et pourvue d'exercices pratiques.

Les nouveaux programmes d'études avec lesquels l'étudiant fait de suite de l'anatomie et de la physiologie donnent de bons résultats. Vous avez pu voir que la démolition des anciens bâtiments occupés par la Faculté est complète, puisse la reconstruction marcher plus vite que précédemment. J'en exprime le vœu bien sincère.

Un grand nombre de congrès ont eu lieu, à l'étranger et en France, à Moscou, à Bruxelles, à Toulouse, etc., à Paris. Je ne puis même les énumérer, car j'ai hâte de vous parler de Laënnec. Il vous sera certainement utile d'en connaître soigneusement les comptes rendus ; je vous soumets, toutefois, une réflexion à cet égard. C'est que beaucoup de questions proposées, ainsi que les communications qu'elles provoquent ou qui s'y rapportent, ont besoin d'être longuement étudiées, mûries en quelque sorte ; leur mise au point exige parfois plusieurs années. Ce n'est pas le nombre, la pléthore des congrès que je redoute, car il est désirable que le champ de la science soit cultivé de plus en plus, il est bon que les limites en soient reculées, que toutes ses parties soient explorées, fouillées, approfondies. Mais, y a-t-il profit réel à des réunions trop fréquentes, trop rapprochées, pour plusieurs congrès même des plus importants? Leurs assises ne gagneraient-elles pas à être suffisamment éloignées ?

Le cours de cette année comprendra « l'Histoire des doctrines médicales et chirurgicales ». Pour vous l'exposer, je choisirai des groupes tranchés de maladies tels que : pneumonies, bronchites, entérites, hépatites, fièvres palustres, accidents des plaies, etc. Après la description actuelle, ce qui vous les fera bien connaître, je vous montrerai comment la symptomatologie a précédé la localisation anatomique, comment le traitement a été institué d'après les doctrines régnantes. Finalement, vous verrez les variations de l'étiologie et de la thérapeutique. Vous serez instruits pratiquement sur l'Histoire de la médecine et d'une manière aussi profitable que possible. Dès jeudi je commencerai l'Histoire doctrinale des pneumonies.

Enfin, je vous exposerai avec soin le plus possible de biographie et de bibliographie médicales. J'ai toujours remarqué le vif intérêt que vous preniez à la biographie. Elle fait revivre devant l'auditoire sympathique la carrière des maîtres ; on les suit dans leur existence semée de difficultés, on est témoin de leur labeur, de leurs luttes, de leurs découvertes. Sans plus tarder, je vais maintenant vous exposer la vie et l'œuvre de Laënnec, de celui qu'on a appelé : le grand médecin du XIXe siècle, et que j'ai fait placer par M. Urbain Bourgeois dans le Panthéon médical de notre principal amphithéâtre. »

Abordant ensuite la biographie de l'un des grands Maîtres de la médecine moderne, le professeur a exposé ce que des recherches minutieuses lui avaient appris sur la famille de René-Théophile Laënnec, ses aïeux, son père, ses deux oncles, l'un prêtre, l'autre médecin célèbre, ancien recteur et professeur à l'École de Nantes. Nous allons suivre rapidement Laënnec depuis son arrivée à Paris, en 1800, regrettant de ne pouvoir en ce moment donner autre chose qu'une courte analyse de cette très belle leçon.

Laënnec débute par remporter, à l'École pratique, les deux premiers grands prix ; il dédie sa thèse à son oncle : « Optimo patruo, secundo patri ; » il se consacre à l'anatomie pathologique avec Corvisart et Bayle. Ses recherches sont dès lors dirigées sur la phtisie ; il se trouve en rivalité avec Dupuytren au sujet de l'anatomie pathologique. En 1814, il soigne les volontaires bretons à la Salpêtrière ; en 1816, nous le retrouvons à Necker, et, en 1819, il nous donne son admirable livre de l'*Auscultation médiate*. Mais la maladie épuise ses forces, et Laënnec est contraint de regagner sa chère Bretagne, où il reste deux ans. De retour à Paris, les honneurs récompensent ses travaux. Il est nommé médecin

de la Cour; il succède à Hallé au Collège de France; il entre, en 1823, à la Faculté, par la dissolution de l'École, mesure regrettable et violente qu'il couvre de son autorité morale. On arrive à sa lutte mémorable avec Broussais, à sa mort, le 13 août 1826, et enfin à la statue si méritée qui lui fut élevée à Quimper, sa ville natale, en 1868.

Les applaudissements, qui ont accueilli cette leçon, ont récompensé l'éminent professeur du soin avec lequel il a retracé le beau caractère et le talent simple et génial de Laënnec.

HOPITAL DE MUSTAPHA. — M. Crespin.

Deux cas de névralgie diaphragmatique d'origine palustre (1).

Les névralgies diaphragmatiques, relevant nettement de l'infection palustre, ne sont point fréquentes; le récent traité de M. Laveran n'en fait nullement mention. Aussi les deux cas suivants ne sont pas dépourvus d'intérêt, d'autant plus qu'ils reconnaissent un mécanisme commun, la tuméfaction de la rate, précédant de quelques jours l'éclosion des accidents : c'est cette poussée inflammatoire du côté de la rate qui vient irriter les arborisations spléniques du nerf diaphragmatique, irritation qui se transmet bientôt au nerf tout entier. L'énoncé de ce mécanisme implique qu'il s'agit de névralgies diaphragmatiques gauches, au moins dans mes deux cas; car il n'est pas impossible que le paludisme produise des névralgies diaphragmatiques droites ou gauches directement, sans inflammation préalable de la rate. La légitimité de ces névralgies protopathiques d'origine palustre me paraît aussi bien fondée que celle des névralgies du trijumeau relevant du même agent pathogène : les observations en sont cependant à peu près introuvables.

Observation I. — J. An..., trente-deux ans, jardinier, ayant contracté les fièvres palustres, il y a deux ans, au Ruisseau, localité des environs d'Alger. Les accès reparaissent tous les ans, au mois d'octobre, après les premières pluies; ils sont en général quotidiens, persistent pendant un mois ou deux, et finissent par céder au sulfate de quinine.

En octobre 1896, et après des pluies abondantes, An... éprouva un jour, en travaillant, une douleur vive dans la région de la rate, douleur qu'il connaissait bien, puisqu'elle lui annonçait d'ordinaire, pour les jours suivants, l'éclosion d'un violent accès de fièvre. Cette fois, en dépit de la douleur splénique dont l'intensité augmentait de jour en jour, l'accès de fièvre ne vint point; mais le quatrième jour après le début de ses souffrances, et à dix heures du matin, le 16 octobre, An... sentit tout d'un coup, dans l'hypocondre gauche, une douleur extrêmement vive, insupportable, amenant presque une syncope; puis cette douleur irradia dans le thorax, le long du bord gauche du sternum, dans les régions sus-claviculaire, occipitale et jusque dans le bras du même côté.

Ce malade, cinq minutes après le début de sa crise, était assis sur son lit, absolument couvert de sueur, sa physionomie exprimant l'angoisse la plus profonde : presque aphone, il évitait de respirer, en raison de ses souffrances, que chaque mouvement respiratoire accroissait. Par instants, un hoquet très violent le secouait tout entier. La température était normale, le pouls battait 136 fois par minute.

Une injection de morphine ayant atténué considérablement les phénomènes douloureux, je pus constater que l'hypocondre gauche était rempli par la rate, très douloureuse au toucher, très hypertrophiée. Je déterminai, par la pression, un certain nombre des points douloureux classiques de la névralgie phrénique : le point de Guéneau de Mussy, le point sternal, le point sus-claviculaire, sans parler des points spléniques, déterminés par la palpation de la rate, ces derniers points n'étant pas limités comme les autres à un territoire très restreint, mais diffusant, au contraire, dans toute une région qui paraissait répondre à la superficie de la rate, c'est-à-dire à la capsule de cet organe. Pas de points apophysaires.

Il n'y avait d'ailleurs aucun stigmate d'hystérie, la percussion et l'auscultation du thorax indiquaient que la plèvre gauche était intacte.

En raison des antécédents palustres du malade, je prescris 1gr20 de chlorhydrate de quinine, en trois fois.

Le lendemain, 17 octobre, vers neuf heures du matin, je ponctionne la rate avec une seringue de Pravaz, et je constate, dans le sang ainsi retiré, les corps sphériques et les corps en croissant que M. le professeur Laveran nous a appris à regarder comme caractéristiques du paludisme.

A dix heures du matin, c'est-à-dire exactement à la même heure que la veille, un accès de névralgie éclate, mais avorté pour ainsi dire : l'angoisse est moins vive, mais les points douloureux, qui étaient devenus presque imperceptibles dans le courant de la journée précédente, sont redevenus très nettement appréciables.

Le 17 octobre, même dose de quinine.

Le 18 octobre, pas d'accès : suppression de la quinine à titre d'essai.

Le 19 octobre, très violent accès de névralgie phrénique, plus violent peut-être que le premier jour : une injection de morphine amène le calme.

Le 20 octobre, grâce à la quinine administrée la veille à la dose de 1gr60, pas d'accès; mais, dans la matinée, sensibilité très vive de la rate.

La quinine est continuée à la dose de 1gr20 par jour, pendant trois jours : les accès ne reparaissent plus, et le 23 octobre, j'abaisse cette dose à 1 gramme, pour supprimer complètement le médicament le 28.

A cette date dernière, je puis constater que la rate est à peine appréciable à la palpation, alors qu'auparavant, elle avait cette configuration et ce volume qui la font désigner pittoresquement sous le nom de « pain de munition ».

Obs. II. — Thérèse C..., infirmière, vingt-huit ans, à l'hôpital de Mustapha. Paludéenne d'ancienne date : elle a contracté les fièvres à l'âge de huit ans à Aumale. Depuis lors, elle a eu fréquemment des accès de fièvre, dans la saison estivale particulièrement. Cependant depuis deux ans, c'est-à-dire depuis qu'elle a élu domicile à Alger, les accès ne se sont plus montrés, malgré le travail excessif auquel cette infirmière a dû se livrer.

Le 1er août dernier (1897), à cinq heures du soir, et après avoir souffert pendant plusieurs jours, d'une douleur sourde et assez violente au niveau de l'hypocondre gauche, Th. C... est prise subitement d'un accès de suffocation effrayant : l'interne de garde, appelé auprès d'elle, la trouve assise sur son lit, baignée de sueur, apnéique, et se comprimant violemment avec les mains la région splénique, compression qui paraît diminuer la douleur, alors qu'une pression plus superficielle l'exagère considérablement. Interrogée sur le siège et la nature de ses souffrances, la malade peut à peine répondre, mais arrive néanmoins à faire comprendre que la portion gauche du thorax et l'hypocondre gauche sont les

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

régions les plus douloureuses, alors que les régions occipitale et axillaire du même côté sont seulement endolories. Elle compare ces douleurs à une sensation de fer rouge, susceptible de s'exacerber par instants, surtout par voie ascendante, de la région splénique à la région sus-claviculaire, en suivant le bord gauche du sternum.

Les mouvements respiratotres sont rares, exagérant les douleurs : le pouls bat 124 fois par minute. La température est normale.

Une injection de morphine réussit à calmer cette crise, rendant possible l'examen.

Il est facile de constater que toute la région splénique, particulièrement dans sa partie supérieure, est très douloureuse à la pression, et que les points classiques de la névralgie phrénique existent presque tous, à part les points apophysaires qu'on ne peut déceler. Il n'y a pas de hoquets. Aucun stigmate hystérique, aucun signe d'inflammation de la plèvre gauche.

On institue un traitement approprié : nervins et quinine à la dose de 1gr50 par jour.

Le lendemain soir, léger malaise représentant un accès avorté de névralgie phrénique.

La quinine fut continuée pendant sept à huit jours : les points douloureux disparurent peu à peu, et c'est la douleur au niveau de la rate qui persista la dernière, en diminuant d'intensité de jour en jour. Le 9 août, on constate que cet organe est presque revenu à ses dimensions normales, et que la pression exercée au niveau de l'hypocondre gauche ne provoque qu'une douleur insignifiante.

L'examen du sang n'a pu être fait dans ce dernier cas.

NOTES SUR LA CHIRURGIE RURALE

Par le docteur Pauchet (d'Amiens), ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

I

ANTISEPSIE

La chirurgie d'aujourd'hui a eu pour point de départ l'anesthésie générale et la connaissance de la microbiologie.

L'ère antiseptique est apparue avec toutes les complications de sa méthode et la cherté extrême des pansements. L'asepsie lui a succédé. Les substances chimiques, dont on a multiplié le nombre à l'infini, ont cédé peu à peu le pas à la simplicité des agents mécaniqnes et physiques, en tête desquels se placent le dégraissage et la chaleur.

Toutefois, si la méthode aseptique est plus simple, plus facile à appliquer et susceptible de donner une plus grande sécurité que la méthode antiseptique, celle-ci doit s'associer à la précédente dans une certaine mesure, du moins sur le terrain de la chirurgie journalière.

1° Méthode aseptique. — Celle-ci exige, en général, un local spécial. Elle nécessite en tout cas un matériel de stérilisation dont le fonctionnement doit être assuré par une personne dont on ne puisse mettre en doute la conscience et la minutie.

a. *Stérilisation de l'eau.* — C'est la chose la plus indispensable à la chirurgie aseptique; il faut donc la chauffer à un degré suffisant pour détruire tous les germes; il faut la conserver à l'abri de ces derniers et en faire usage dans des récipients stériles eux-mêmes.

On fait souvent usage d'eau d'abord filtrée, puis bouillie pendant trois quarts d'heure. Mais la température de 100 degrés ne détruit pas tous les micro-organismes; il faut que celle-ci soit élevée sous pression à une température de 120 à 140 degrés.

Nous faisons usage personnellement de l'appareil Levassort, qui se compose ainsi : 1° d'un énorme stérilisateur en cuivre de la contenance de 35 litres et où la pression peut être maintenue de 2 à 3 atmosphères, c'est-à-dire à une chaleur de 132 degrés; 2° d'un réservoir de cuivre communiquant avec le précédent et destiné à conserver l'eau pendant son refroidissement; 3° d'un filtre à l'amiante intermédiaire à ces deux récipients.

On a ainsi 35 litres d'eau froide et 35 litres d'eau chaude. Quand on veut en faire usage sur place, on fait communiquer l'appareil avec des robinets placés au-dessus d'un lavabo; quand on veut la transporter, on se sert de boîtes métalliques pourvues d'un robinet et préalablement stérilisées à l'autoclave. Tous ces appareils de stérilisation ont été fabriqués par M. Adnet, à Paris.

b. *Stérilisation des instruments.* — Chaque fois qu'on s'est servi de ces derniers pour une opération, on enlève le sang avec de l'eau froide, puis on les plonge dans de l'eau bouillante additionnée de carbonate de soude. Après ce décapage, on les essuie avec un linge sec et propre, puis, au moment de s'en servir, on les place dans une étuve chauffée à 170 ou 180 degrés.

Nous faisons usage de l'étuve Péan, qui a l'avantage de répartir partout également la chaleur, grâce aux tubes métalliques disposés le long des parois.

Les instruments sont placés dans des boîtes métalliques.

Cette étuve sert également à stériliser les cuvettes, plateaux, etc.

c. *Stérilisation des compresses, ouate, crins, soies, etc.* — Tous les objets qui ne sont pas altérés par la chaleur humide seront stérilisés par la vapeur d'eau sous pression.

L'autoclave est employé dans ce but. Il produit un courant de vapeur qui imprègne et traverse les objets. Son fonctionnement est le même que celui du stérilisateur d'eau, qui n'est lui-même qu'un vaste autoclave. Comme pour ce dernier, on peut élever la pression à 3 atmosphères et, par suite, à 144 degrés de température.

Les divers objets destinés à la stérilisation, après avoir subi un premier dégraissage à l'eau bouillante, seront disposés à sec dans des boîtes de métal nickelées, dont les extrémités sont percées d'orifices qui permettent à la vapeur de circuler; ces boîtes seront ouvertes au moment même de l'opération; elles permettent d'emporter les objets au loin en cas d'intervention urgente.

Les *compresses* sont faites avec de la toile à beurre; elles peuvent servir un grand nombre de fois, pourvu qu'elles soient lessivées après chaque opération comme du linge ordinaire. Dès que la boîte qui les contient a été ouverte, les compresses ne peuvent servir pour une séance ultérieure; elles doivent être stérilisées de nouveau. Pour nos pansements, comme nous faisons usage de ces compresses, nous en passons deux ou trois dans un cylindre en fer blanc percé d'un trou à chaque extrémité. Cette boîte est placée à l'autoclave qui peut en stériliser dix à douze à la fois.

Les *soies* sont enroulées sur des bobines de ouate hydrophile; au moment de s'en servir, on les enveloppera dans une compresse; on les placera à l'autoclave avec les autres objets.

Les *crins* sont disposés vingt par vingt dans un drain qu'ils dépassent à chaque extrémité; de cette façon, on peut

facilement en prendre un à la fois, et ce faisceau de fil est facile à manier.

L'appareil dont nous faisons usage est l'autoclave Sorel, qui donne des objets stérilisés secs; cet état convient surtout aux compresses, lesquelles épongent mieux et ne refroidissent pas l'intestin au cours des opérations abdominales.

Comme l'asepsie proscrit l'usage des éponges et des gazes antiseptiques (salol, iodoforme), ces compresses servent à des usages multiples; elles essuient la plaie au cours des interventions, garnissent le champ opératoire, retiennent l'intestin au cours des laparotomies et hystérectomies vaginales; elles s'appliquent également sur les plaies en guise de pansement.

d. *Stérilisation des mains.* — Les ongles doivent être coupés ras. L'usage du cure-ongles est proscrit, car il crée de petits sillons où les microbes peuvent se loger. Les mains et les avant-bras sont brossés et savonnés à l'aide d'eau stérilisée chaude pendant cinq minutes au moins. Les brosses à ongles sortent de l'autoclave; la cuvette destinée au lavage a été flambée ou passée à l'étuve. Le brossage et le savonnage terminés, les mains sont rincées à l'eau stérilisée, puis frottées à l'alcool. Au cours de l'opération, on détache le sang des doigts dans une cuvette contenant de l'eau stérilisée.

Si les mains avaient été souillées la veille ou le jour même par un corps septique, il faudrait faire plusieurs lavages de suite et on les plongerait dans une solution de permanganate de potasse qu'on décolorerait par le bisulfite de soude.

e. *Désinfection de la région opératoire.* — On rase les poils sur une large étendue; puis, après avoir brossé et savonné la peau, on la frotte à l'alcool comme on a procédé pour les mains. Après ce nettoyage, on limite le champ opératoire à l'aide de compresses stérilisées.

2° Méthode mixte (*antisepsie et asepsie combinées*). — La méthode aseptique trouve son application dans un grand nombre de cas; mais au point de vue pratique, la chirurgie dite aseptique demande à l'antisepsie de jouer encore un certain rôle, très limité sans doute, mais suffisant pour qu'elle ne puisse être abandonnée.

Les *mains*, après brossage et savonnage, seront plongées pendant une minute environ dans une solution de sublimé au 1000e. Si celles-ci avaient été souillées la veille ou le jour même par un objet septique, on ferait précéder l'immersion dans le sublimé par un lavage au permanganate de potasse, suivi d'un lavage au bisulfite de soude.

Les *instruments* peuvent, au sortir de l'étuve, être présentés au chirurgien à sec dans le plateau où ils ont été stérilisés; mais en les couvrant d'une couche de solution phéniquée au 50e, on les préserve des poussières atmosphériques et des mouches qui peuvent venir se poser sur les taches de sang.

Au cours d'une opération, si un instrument vient à tomber ou si on a besoin d'un instrument non stérilisé, il est plus pratique de plonger ce dernier dans un liquide antiseptique à chaud. Pendant nos opérations, une poissonnière émaillée contient toujours à cet effet de l'eau phéniquée en ébullition.

Les *plaies septiques* seront lavées à l'aide d'une solution de sublimé au 1000e, plutôt qu'avec de l'eau stérilisée simple, qu'il s'agisse d'irriguer une articulation après arthrotomie ou de désinfecter le vagin ou le rectum avant une intervention. Après un grattage pour lésion tuberculeuse, l'attouchement au chlorure de zinc au 5e produira de bons effets. Après un curetage utérin, un badigeonnage à l'iode s'associera heureusement à l'action de la curette.

Tout le reste de la méthode est constitué par l'asepsie pure, telle que nous l'avons décrite précédemment. C'est à cette façon d'agir que nous avons recours dans notre pratique courante.

Mais, en somme, l'agent antiseptique occupe un rang secondaire, et, quand on fait un lavage des mains, l'action mécanique du liquide et de la brosse, combinée à l'action dégraissante du savon, entraîne bien plutôt les microbes que la propriété microbicide de la solution où on les plonge.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Formules pour le traitement de la dyspepsie par hyposthénie gastrique. (A. Robin.)

Sulfate de potasse	} ââ	15 centigr.
Azotate de potasse		
Bicarbonate de soude		30 —
Poudre d'ipéca		1 —

Mêlez. Pour un cachet.

Prendre un cachet avant chaque repas.

Le bicarbonate de soude peut être remplacé par de la craie préparée ou de la poudre de café. Lorsqu'il s'agit de sujets anémiques, on ajoutera à la formule ci-dessus mentionnée 10 à 20 centigrammes de limaille de fer.

On peut encore administrer, en place de ces cachets, l'élixir tonique de Gendrin.

Extrait de cascarille. . .	} ââ	5 grammes.
— d'absinthe. . . .		
— de gentiane. . .		
— de myrrhe . . .		
Fleurs sèches de camomille. .		6 —
Écorces d'oranges amères . .		10 —
Sous-carbonate de potasse. .		15 —
Eau distillée de menthe ou vin de Malaga.		250 —

F. S. A.

Prendre une cuillerée à café de cet élixir dans un peu d'eau, cinq minutes avant le repas. On peut aussi employer alternativement ces deux préparations, ce qui permet de varier le traitement.

En outre, on prescrira le mélange suivant :

Teinture de noix vomique. . .	6 grammes.
— d'ipéca	1 —
— de badiane.	5 —

Mêlez. Prendre VI gouttes de cette mixture avant chaque repas.

Enfin, pour favoriser la production de l'acide chlorhydrique, M. Robin fait prendre au malade, au milieu du repas, 20 centigrammes de chlorure d'ammonium. (*Gaz. hebd.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 29 novembre au 4 décembre 1897)

Examens de doctorat.

Lundi 29 novembre, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Blanchard et Weiss.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pinard, Segond et

Tuffier; — (2e série) : MM. Terrier, Delbet et Bonnaire; — M. Broca, suppléant.

MARDI 30 NOVEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Raymond et Gley.

3e examen (1re partie) : MM. Campenon, Quénu et Bar; — M. Roger, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Berger et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Debove et Marie; — (2e série) : MM. Proust, Dieulafoy et Letulle; — M. Charrin, suppléant.

MERCREDI 1er DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Marchand, Tuffier et Lejars; — M. Déjerine, suppléant.

JEUDI 2 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Guyon, Hartmann et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Panas, Nélaton et Maygrier; — (2e partie) : MM. Hutinel, Charrin et Marfan.

4e examen : MM. Proust, Pouchet et Gilbert; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 3 DÉCEMBRE, à une heure. — 4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Ricard; — (2e série) : MM. Terrier, Delbet et Broca; — (2e partie) : MM. Potain, Déjerine et Gaucher; — M. Walther, suppléant.

SAMEDI 4 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Chassevant

3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Ménétrier et Letulle; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Le Dentu, Campenon et Albarran; — (2e partie) : MM. Cornil, G. Ballet et Marie; — M. Marfan, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Quénu, Maygrier et Bar; — M. Reynier, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 1er DÉCEMBRE, à une heure. — M. PAPILLON. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, en particulier chez les chlorotiques (MM. Potain, président; Tillaux, Widal et Walther). — M. LABBÉ. Des abcès de l'encéphale consécutifs aux otites chroniques moyennes suppurées (MM. Tillaux, président; Potain, Widal et Walther). — M. BOSC. La responsabilité médicale au point de vue judiciaire (MM. Pinard, président; Terrier, Reynier et Gilles de La Tourette). — M. ALVÈS DE LIMA. De la fréquence des lésions annexielles dans les rétrodéviations douloureuses de l'utérus (MM. Terrier, président; Pinard, Reynier et Gilles de La Tourette).

JEUDI 2 DÉCEMBRE, à une heure. — M. BOJU. De l'assistance médicale dans un département (MM. Brouardel, président; Raymond, Rémy et Thoinot). — M. DANSAC. De l'érytrocytose dans ses rapports avec l'insuffisance hématopoiétique (MM. Raymond, président; Brouardel, Rémy et Thoinot). — M. BROCCHI. Nocivité des huîtres et des moules (MM. Laboulbène, président; Joffroy, Netter et Achard). — M. AUBRY. Contribution à l'étude des doctrines pathogéniques et de la thérapeutique de la pelade (MM. Joffroy, président; Laboulbène, Netter et Achard). — M. LE FAGUAYS. Des maladies infectieuses dont le germe pathogène est inconnu ou douteux (MM. Laboulbène, président; Joffroy, Netter et Achard). — M. BOURGEOIS. Contribution à l'étude de la claudication intermittente par oblitération artérielle (MM. Debove, président; Blanchard, Gley et Roger). — M. PORTIER. Les oxydases dans la série animale. Leur rôle physiologique (MM. Blanchard, président; Debove, Gley et Roger).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 19 novembre :

Anatomie. — MM. Silhol, 14. — Guisez, 13. — Férouelle, Gennet et Quisern, 11. — Froin, 10. — François-Dainville, 9. — Grégoire, 8. — Birman, 6. — Duc-Dodon, 5.

Pathologie. — MM. Bertrand, Janot, Lejonne et Montais, 11. — Dionis du Séjour et Pauly, 10. — Andrieu, Lehmann et Leraître, 9. — Demaldens, 8. — Hugé et Menu, 5. — Français, 4. — Bruder, 3.

— Le jury du concours d'agrégation (pathologie interne et médecine légale), qui doit s'ouvrir le 13 décembre prochain, est composé de MM. Bouchard, président; Potain, Landouzy, Laboulbène et Proust (de Paris); Arnozan (de Bordeaux), Lemoine (de Lille), Bard (de Lyon) et Mossé (de Toulouse), juges titulaires; MM. Raymond, Hutinel, Marie et Gilbert (de Paris), juges suppléants.

— *Hôpitaux d'Angers.* — M. le docteur Jagot a été nommé médecin en chef, en remplacement de M. Douet, atteint par la limite d'âge et nommé médecin honoraire.

Le concours pour une place de chirurgien-adjoint s'est terminé par la nomination de M. le docteur A. Boquel.

Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes : MM. Morinière, Turlais, Canonne et Bézier.

Internes provisoires : MM. Perros, Malécot, Repussard et Jousselin.

— *Hôpitaux de Grenoble.* — Le concours pour deux places de médecins adjoints s'est terminé par la nomination de MM. Cibert et Jacquemet.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Marseille s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Reynaud, Olmer, Blanc et Fournier.

Internes provisoires. — Mlle Vigon, MM. Thieux, Bricka, Mossé, Riss et Rivoire.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Le concours de chef de clinique médicale s'est terminé par les nominations suivantes : M. le docteur Vergez est nommé chef de clinique médicale et MM. les docteurs Guérin et Vergely sont nommés chefs de clinique adjoints.

Le concours de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Verdelet comme chef de clinique chirurgicale et de M. le docteur Legros, comme chef de clinique adjoint.

— *École de médecine d'Angers.* — Ont été proclamés lauréats de ladite École, pour l'année scolaire 1896-1897 :

Première année : prix, M. Repussard. — Deuxième année : prix, M. Landry. — Bactériologie (prix Henri Grimoux) : premier prix, M. Turlais; second prix, M. Jousselin; mentions honorables, MM. Lagarde et Repussard. — Prix Farge : M. Cocard. — Prix d'honneur des hospices : MM. Malécot et Repussard.

— *École de médecine de Nantes.* — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Le Meignen.

— Notre confrère M. le docteur Marcel Baudouin qui, depuis 1893, dirige la « Bibliothèque circulante médicale », dont il est le fondateur, vient de lui annexer une « Bibliothèque circulante de littérature contemporaine ». — Pour tous renseignements, s'adresser à notre confrère, 93, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 135. — JEUDI 25 NOVEMBRE 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 25 NOVEMBRE 1897. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Parmi les présentations, qui ont été faites à l'Académie, il en est une du plus vif intérêt et qui mérite quelques mots d'historique. Au mois d'avril dernier, M. Marey présentait à l'Académie un projet d'appareil imaginé par M. Contremoulins et qui, basé sur la radiographie, permettrait de déterminer mathématiquement le centre d'un projectile siégeant dans le cerveau. M. Marey, tout en faisant ressortir l'importance de cette découverte, déplorait qu'en raison de la pénurie proverbiale des laboratoires français, il ne fût pas possible de donner suite à ce projet, et il adressait un appel à la générosité publique. Cet appel fut entendu et, après avoir lu un article fort élogieux publié dans le *Temps* par M. Charlier, un lecteur de ce journal, M. Dessaux (de Nice), envoya aussitôt la somme nécessaire. Depuis, cette somme a été couverte plus de dix fois par des dons plus ou moins anonymes envoyés soit à M. Marey, soit à M. Charlier. Un appareil définitif a donc pu être construit par M. Carpentier sur les indications de M. Contremoulins, puis des expériences ont été faites sur le cadavre, expériences tellement concluantes que M. Le Dentu, qui y assistait, n'a pas hésité à se servir de cet appareil pour rechercher un projectile dans le cerveau d'un malade de son service. Le siège exact de ce projectile a été déterminé de la façon la plus précise, et M. Le Dentu a pu facilement l'extraire. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri. En faisant part à l'Académie de cette consécration clinique qui manquait à l'ingénieuse découverte de M. Contremoulins, M. Le Dentu a obtenu un vif et légitime succès. La plus grande part en revient naturellement au jeune savant, M. Contremoulins, qui, avec la collaboration de M. Rémy, a su mener à bonne fin cette nouvelle et heureuse application de la radiographie.

Dans la dernière séance, M. Le Damany a communiqué un travail sur l'origine tuberculeuse de la pleurésie séro-fibrineuse, aujourd'hui démontrée par la bactériologie. M. Landouzy, qui, depuis plus de dix ans, soutient et enseigne cette pathogénie de la pleurésie séro-fibrineuse, est venu rappeler ses travaux sur ce sujet, et il s'est félicité, à juste raison, que ses recherches cliniques se trouvent aujourd'hui confirmées par la bactériologie.

M. Tuffier a fait une intéressante communication sur la gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux du pylore. Plusieurs de ces opérations datent aujourd'hui d'une époque suffisamment éloignée pour qu'on puisse juger de ses résultats définitifs. Il s'agissait de cas dans lesquels tous les traitements médicaux étaient restés sans effet. Ces malades se trouvent actuellement dans un état des plus satisfaisants.

Pendant que le Congrès de chirurgie tenait ses séances à la Faculté, à côté de lui, l'Association française d'urologie ouvrait sa deuxième session, sous la présidence du professeur Guyon, qui prononçait le discours suivant :

« La seconde session de cette association sera particulièrement laborieuse. Le nombre des questions inscrites dans l'ordre du jour de nos séances le fait aisément prévoir; leur nature et le nom des auteurs leur assurent le succès. A cet égard, nous pouvons être satisfaits du présent et il nous est permis d'attendre l'avenir avec confiance. Le compte rendu de notre dévoué secrétaire général va vous montrer que notre recrutement national, aussi bien que les adhésions de nos confrères de l'étranger, ne nous ont pas fait défaut. Nous ne pouvons mieux répondre à ces témoignages de confiance et d'estime qu'en consacrant au travail les séances dont nous disposons. Elles seront à peine suffisantes; aussi, n'ai-je pas voulu retarder par un discours le moment où vous allez vous mettre à l'œuvre. Mais je ferais un bien imparfait usage de la parole qui m'est accordée, si je ne souhaitais à tous la bienvenue et si je ne me félicitais, avec vous, du zèle qui vous anime et de l'esprit qui vous dirige. Vous voulez ajouter de nouvelles richesses à celles que nous possédons, et votre volonté bien arrêtée est que nos acquisitions soient capables de faire progresser la science et de faire respecter la pratique. En cela, vous suivez l'exemple qui nous est donné par le Congrès français de chirurgie. Nous avons la bonne fortune de compter parmi les nôtres plusieurs de ses membres les plus éminents, et il nous est précieux de voir aujourd'hui les membres du bureau de cette assemblée à notre première séance. Vous vous joindrez à moi pour remercier nos collègues de l'honneur qu'ils nous font. »

Une série de questions ont été traitées à ce congrès des urologistes. Leur nombre restreint a permis une discussion large et en même temps serrée de très près. C'est là un exemple à suivre pour le prochain Congrès de chirurgie.

MM. GUYON et ALBARRAN ont esquissé tout d'abord la **physiologie pathologique des rétentions d'urine**, puis notre compatriote JULES BŒCKEL (de Strasbourg) a lu une observation intéressante **d'hydronéphrose, guérie par une néphrectomie transpéritonéale**.

A la suite de ces deux communications, M. POUSSON (de Bordeaux) a parlé sur la **récidive post-opératoire des calculs de la vessie**. Il a vanté la supériorité de la lithotritie sur la taille et démontré que les récidives post-opératoires tiennent beaucoup moins à l'oubli d'un fragment qu'à la persistance des causes générales et locales de la lithiase vésicale. C'est ce que prouvent toutes les statistiques. M. CHEVALIER (de Paris) est venu confirmer ces propositions et soutenir que si certains chirurgiens vantaient encore la taille, de préférence à la lithotritie, c'est que cette dernière opération ne leur était pas familière.

M. MALHERBE (de Nantes) est du même avis. Mais toutefois, il faut que l'évacuation vésicale soit absolue et qu'il ne reste pas le moindre gravier. Aussi la nécessité d'une vérification minutieuse s'impose-t-elle, soit avec un petit lithotriteur, comme le veut M. TÉDENAT (de Montpellier), ou mieux avec le cystoscope, comme le préconise M. Albarran. En résumé, sauf quand les pierres sont trop grosses, ou trop dures, ou trop nombreuses, et quand l'état général ou vésical est trop mauvais, il faut toujours pratiquer la lithotritie de préférence à la taille.

MM. HARTMANN et REYMOND (de Paris) attirent l'attention sur une variété de **suppuration des canaux accessoires de l'urèthre chez la femme**, petit point curieux qui intéresse plus l'anatomo-pathologiste que le médecin.

Dans la deuxième séance, se soulève la très grande et très actuelle discussion sur les **effets de la castration dans l'hypertrophie de la prostate**. Nous reviendrons ultérieurement sur le rapport de M. CARLIER (de Lille) et sur la discussion qui en a suivi la lecture.

La troisième séance a été consacrée à des communications diverses, notamment celle de M. CARLIER sur l'indication de l' **intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein**. L'orateur attire l'attention sur ce fait, déjà connu, que l'intensité des symptômes vésicaux est souvent une cause d'erreur et que ces derniers sont, dans la plupart des cas, sous la dépendance unique de l'affection rénale et sans qu'aucune lésion existe du côté de la vessie.

M. LOUMEAU (de Bordeaux) cite un cas de **congestion rénale prise pour une pyonéphrose** et qu'il a opérée par la néphrotomie.

A propos d'une communication sur les tumeurs du rein, M. LEGUEU (de Paris) établit que le **varicocèle dans les tumeurs du rein** a une valeur pronostique plutôt que diagnostique. Ce symptôme signifie que la veine spermatique est comprimée. Or cette veine est comprimée par une adénopathie secondaire et non par la tumeur. Le varicocèle indique donc un envahissement ganglionnaire et un commencement de généralisation.

MM. CHEVALIER et MAUCLAIRE rapportent un cas de guérison d'**anurie chez une femme ayant un rein unique**. C'est la néphrotomie qui sauva la malade. M. BÉGOUIN (de Toulouse) rapporte deux cas d'anurie calculeuse. Les malades ont succombé à cause d'une intervention trop tardive. La nécessité d'une intervention précoce a été démontrée par M. Legueu et est acceptée par tous les orateurs. Malheureusement la pratique ne permet pas toujours cette opération hâtive. On perd quelques jours et les malades succomben malgré le rétablissement opératoire de la fonction rénale.

A signaler, aussi, une modification à la **technique de la circoncision**. Nous reviendrons sur l'étude du procédé proposé par M. GUIARD.

M. LÉON BERNARD (de Paris) apporte quatre cas d'**hydronéphrose calculeuse de la première enfance** trouvés à l'autopsie. Une lithiase ancienne méconnue pourrait être l'origine de bien des hydronéphroses dont l'origine reste obscure.

Nous aurons à revenir également sur les **uréthrites non gonococciques**, question digne d'intérêt par ce temps de microbiologie à outrance.

Nous terminerons ce rapide compte rendu en signalant une **forme singulière de cancer de l'urèthre**, rapportée par MM. BINAUDE et CHAVANNAZ (de Bordeaux), un cas de **sarcome de l'urèthre, de collection rétro-vésicale à point de départ appendiculaire**, un cas de **calcul enchatonné de la vessie**, une note de M. LOUMEAU (de Bordeaux), sur le **traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé du dédoublement**, que M. Ricard a remis en honneur, par sa communication au Congrès de chirurgie de 1895; et enfin différentes communications sur les **tumeurs de la vessie** et les **polypes de l'urèthre**.

NOTES SUR LA CHIRURGIE RURALE (1)

Par le docteur PAUCHET (d'Amiens), ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

3° ANTISEPSIE RURALE. — Le praticien peut, grâce à une méthode mixte, pratiquer des interventions avec des garanties sérieuses de succès à l'aide d'un arsenal des plus simples.

a. *Stérilisation de l'eau.* — On peut avoir recours à trois méthodes différentes :

Stérilisation chimique de l'eau. — On doit avoir à sa disposition un filtre bioxyde de manganèse et une solution saturée de permanganate de chaux. On met dans une bouilloire de l'eau dans laquelle on plonge le filtre; on porte à l'ébullition pendant une demi-heure; on tire alors hors de l'eau le tube de caoutchouc annexé au bloc filtrant; on ajoute au liquide quelques gouttes de permanganate jusqu'à coloration franchement rosée; on amorce le siphon et, par le tube de caoutchouc, il sort une eau claire et stérile. Ce procédé est très sûr; il a le défaut d'être lent. (Voir Th. de LEVASSORT, 1896 : *Stérilisation pratique en chirurgie.*)

Ebullition simple et directe. — On nettoie une marmite émaillée à l'eau chaude additionnée de carbonate de soude; on la remplit d'eau filtrée ou non; on porte à l'ébullition pendant trois quarts d'heure; la marmite doit être fermée par un couvercle pour éviter les poussières atmosphériques. Pour faire usage de cette eau, on se sert d'une louche qu'on aura flambée à l'alcool.

Ébullition au bain-marie. — On doit avoir une grande bouilloire et cinq à six bouteilles en verre blanc, dont le

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1304.

goulot, armé d'un bouchon spécial, peut être fermé automatiquement ou à volonté après l'ébullition.

Ces litres sont soigneusement nettoyés à l'eau carbonatée, puis rincés; ils sont alors remplis d'eau et placés au bain-marie pour subir une ébullition de trois quarts d'heure. Au bout de ce temps, l'ouverture du goulot est fermée, et le médecin peut l'emporter pour les pansements et les opérations. Cette eau bouillie est susceptible de se conserver pendant plusieurs jours.

b. *Stérilisation des instruments.* — On aura recours à un des procédés suivants :

A froid. En les laissant pendant vingt minutes dans l'eau phéniquée à 1/20, ou dans le chloroforme du commerce.

A chaud. En les plongeant dans l'eau bouillante additionnée d'autant de poignées de carbonate de soude qu'il y a de litres de liquide. Au moment de s'en servir, on les placera dans de l'eau phéniquée à 1/20.

Pour cette ébullition, on pourra faire usage d'un récipient quelconque; il vaut mieux avoir une poissonnière émaillée, ou mieux encore une boîte métallique susceptible de se placer sur une lampe à alcool portative.

Après chaque opération, les instruments seront lavés à l'eau froide pour enlever les taches de sang; s'ils ont été souillés par du pus, on les fera bouillir à l'eau phéniquée à 1/50 pendant un quart d'heure; on les essuiera avec soin, et on les couvrira de vaseline jusqu'à la prochaine intervention.

c. *Stérilisation des soies, crins, drains, etc.* — Ces divers objets seront d'abord bouillis pendant un quart d'heure dans l'eau ordinaire; puis, ou bien on les conservera à demeure dans des flacons remplis de sublimé à 1/1 000, ou mieux on les placera dans des tubes à forme d'éprouvettes, et pourvus d'un bouchon de caoutchouc fermant automatiquement ou à volonté. Ces tubes, remplis de sublimé à 1/1 000, seront bouillis au bain-marie pendant un quart d'heure. On pourra les conserver indéfiniment et en faire usage au moment voulu. Un coup brusque frappé sur le fond du tube produira le claquement sec du marteau d'eau et garantira la stérilisation.

Les *soies* dont on fera usage seront choisies dans les modèles tressés : deux dimensions suffisent. On choisira donc le n° 2 (soie fine) et le n° 6 (soie forte). Ces fils seront enroulés sur des petites bobines de coton hydrophile.

Les *crins de Florence* peuvent être suppléés par de la soie fine; en tous cas, on choisira le modèle extra-fort; on les placera dix par dix dans l'intérieur d'un drain qu'ils dépasseront aux deux extrémités; pour réduire la longueur, les crins pourront être pliés en deux avant d'être introduits dans le drain.

d. Les *catguts* seront d'abord placés dans l'éther pendant deux jours pour être dégraissés. Au bout de ce temps, on les laissera à demeure, dans l'alcool phéniqué à 1/20. On choisira deux modèles de catguts : un fort n° 4, un fin n° 1. Ces fils seront enroulés comme la soie sur des bobines d'ouate. On sait que les catguts ne peuvent pas être plongés dans l'eau bouillante; la stérilisation chimique doit suffire.

e. *Stérilisation des brosses, tubes de caoutchouc, canules de verre, tampons, etc.* — C'est toujours par l'eau bouillante, suivie par l'immersion dans le sublimé, qu'on désinfectera ces objets.

f. *Stérilisation des mains.* — On aura recours au brossage, au savonnage et à l'immersion dans le sublimé, comme nous l'avons indiqué à propos de la méthode mixte; il en sera de même de la région opératoire.

g. *Préparation des solutions antiseptiques.* — On peut faire usage de solutions concentrées que le praticien emporte avec lui et dont il verse quelques gouttes dans l'eau bouillie au moment de s'en servir. Il est préférable d'avoir ces solutions préparées d'avance. On aura alors recours au procédé indiqué pour l'ébullition de l'eau au bain-marie.

Mais au lieu de mettre de l'eau pure, on l'additionnera d'une quantité dosée de solution-mère. Cette dernière sera préparée au gré du médecin; voici quelle est la formule des solutions au moment où on en fait usage :

Solution de sublimé.

Sublimé	1 gramme.
Acide tartrique	1 —
Violet de méthyle à 1/20	I goutte.
Eau	1000 grammes.

Solution de phénol.

Acide phénique	20 grammes.
Glycérine	20 —
Fuchsine à 1/200	I goutte.
Eau	950 grammes.

Solution de sel marin.

Sel marin	10 grammes.
Eau	1000 —

Solution d'acide picrique.

Acide picrique	10 grammes.
Eau	1000 —

Ces solutions peuvent être conservées dans des bocaux à robinet de verre.

h. *Préparation d'une poudre antiseptique.* — Les gazes antiseptiques salolées ou iodoformées sont inutiles; on prend une compresse ou une lamelle d'ouate hydrophile; on l'exprime fortement et on l'applique sur la plaie. Si on a besoin d'une poudre antiseptique, ce qui est rare, on fera usage soit d'acide borique finement pulvérisé, soit de poudre de Lucas-Championnière, dont voici la formule :

Poudre de quinquina gris	Parties égales en volume.
Poudre de benjoin	
Iodoforme	
Carbonate de magnésie	

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Vaginite blennorragique.

Alun	*ãã* 30 grammes.
Acide borique	
Borate de soude	
Sulfate d'hydrastine	60 centigr.
Acide phénique	*ãã* XX gouttes.
Essence de cannelle	

Une cuillerée à café du mélange dans 1 litre d'eau chaude. Deux injections vaginales par jour.

En cas de besoin, on peut doubler ou tripler la dose.

(*Presse méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 novembre 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATION

La pleurésie séro-fibrineuse. — M. LANDOUZY, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Le Damany, sur l'origine tuberculeuse de la pleurésie séro-fibrineuse (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1897, p. 1282), rappelle ses propres travaux sur ce sujet; il rappelle avoir enseigné, il y a dix ans, que le froid n'exerçait sur la production de ces pleurésies qu'un rôle de cause occasionnelle, que l'élément étiologique, vrai, univoque de ces pleurésies, était la tuberculose. Il rappelle, lors des essais avec la lymphe de Koch, avoir obtenu, avec cette lymphe, la réaction caractéristique de la tuberculose dans trois cas de pleurésies séro-fibrineuses dites *à frigore*. M. Landouzy était à peu près seul, à cette époque, à soutenir cette opinion et, en mai 1892, M. Germain Sée, à la tribune de l'Académie, lui reprochait cette expression de fonction de la tuberculose qui lui servait à désigner la pleurésie séro-fibrineuse. M. Landouzy se félicite aujourd'hui de voir que l'analyse bactériologique confirme de tous points la pathogénie de cette pleurésie cliniquement démontrée par lui depuis longtemps.

PRÉSENTATION

Recherche des projectiles dans le cerveau. — M. MAREY présente un travail de MM. Rémy et Contremoulins, sur ce sujet. Grâce à une disposition d'appareil, fort ingénieuse, imaginée par M. Contremoulins, il devient facile aujourd'hui, à l'aide de la radiographie, de déterminer mathématiquement le centre d'un projectile situé dans le cerveau. Voici la description de cet appareil :

M. Contremoulins avait imaginé de prendre deux épreuves radiographiques d'un crâne à l'aide de deux ampoules de Crookes placées latéralement et distantes de 20 centimètres environ.

Ces ampoules étaient supportées par un casque scellé sur le crâne par une calotte plâtrée.

Un châssis photographique, également fixé sur le casque, mais de l'autre côté, recevait les projections radiographiques.

Trois points de repère étaient marqués sur la face du sujet en expérience.

Deux vues photographiques, prises d'après la méthode du colonel Laussedat, le savant directeur du Conservatoire des arts et métiers, — méthode à l'aide de laquelle il est possible de déterminer la position exacte d'une pièce d'artillerie cachée par un obstacle, — permettaient de retrouver la position dans l'espace :

1° Des foyers producteurs de rayons X;

2° Des trois points de repère de la face;

3° De la position de la glace photographique.

Une épure descriptive était construite d'après cette même méthode et, en y ajoutant les données fournies par les épreuves radiographiques, on déterminait le centre du projectile par rapport aux trois points de la face.

Un appareil schématique, composé de plusieurs colonnettes de métal, représentait la position des trois points faciaux et des centres des projectiles. Sur ces points ainsi déterminés, on réglait un compas à quatre branches, dont trois s'appliquaient sur les points de repère de la face, tandis que la quatrième touchait au projectile.

Les trois branches faciales étaient immobilisées, tandis que la quatrième, mobile, s'orientait en tous sens.

Elle portait une aiguille glissant dans un guide qui se dirigeait vers le centre du projectile. Un butoir l'arrêtait à la profondeur voulue, de sorte que le chirurgien pouvait choisir sa voie, suivre sa direction et mesurer la distance qui lui restait à parcourir.

Grâce à l'habileté de l'ingénieur Carpentier, cet instrument fut établi dans les meilleures conditions de précision. Une particularité de cet appareil est que l'épure descriptive est supprimée et remplacée par une épure dans l'espace, construite avec des fils, ce qui raccourcit de beaucoup la durée des opérations.

Les deux radiographies étant faites dans l'espace de deux heures environ, trois heures suffisent maintenant pour terminer le réglage du compas.

M. LE DENTU rappelle qu'il y a trois mois, au cours d'une discussion à la Société de chirurgie sur les traumatismes du crâne, il professa cette opinion qu'il était irrationnel et dangereux de rechercher des projectiles dans l'encéphale; en raison des difficultés du diagnostic, de la détermination du siège précis du projectile, des signes souvent trompeurs tirés des localisations cérébrales, des causes d'erreur dues à la réflexion des balles à la surface du cerveau; pour toutes ces raisons, M. Le Dentu soutenait, à cette époque, qu'il était sage de renoncer à la recherche des projectiles dans l'encéphale. Il cite plusieurs exemples appuyés sur des autopsies qui montrent combien l'intervention, dans ces cas, eût été inutile, inefficace et dangereuse. Il se contentait donc de désinfecter la plaie d'entrée et, ayant reconnu que la plupart des explorations faisaient fausse route, il ne poussait pas plus loin son intervention.

M. Le Dentu en était là quand il fut convié par M. Rémy à assister à des expériences sur le cadavre, faites à l'aide de l'appareil de M. Contremoulins. Les résultats fournis par ces expériences sont tellement concluants qu'il s'était promis, le cas échéant, de recourir à l'appareil de M. Contremoulins dans son service.

Un malade, qui venait de se tirer un coup de revolver dans la tempe droite, avait été amené dans son service. Suivant la méthode adoptée jusqu'ici par M. Le Dentu, son chef de clinique, qui reçut ce malade, se contenta de désinfecter la plaie extérieure. Bien que ce malade allât très bien et ne présentât aucun symptôme, sachant fort bien que les choses ne durent pas toujours ainsi et qu'il y a parfois des accidents consécutifs fort graves et même mortels, M. Le Dentu fit venir MM. Contremoulins et Rémy, qui arrivèrent à déterminer exactement, mathématiquement, le centre du projectile siégeant dans l'encéphale. Guidé par les données ainsi obtenues, M. Le Dentu put arriver très facilement sur le corps étranger et l'extraire. Il fit une fenêtre dans la région frontale droite, trouva la dure-mère adhérente, la décolla, l'incisa, trouva le cerveau quelque peu modifié dans sa coloration en ce point, arriva sur le corps étranger, put l'extraire et rappliqua la dure-mère sur le cerveau. Les suites de l'opération ont été des plus simples; voilà huit jours qu'elle a été pratiquée et le malade va aussi bien que possible.

On peut donc dire que l'appareil de M. Contremoulins constitue une véritable révolution dans la thérapeutique chirurgicale des projectiles intracraniens. Dans quelles limites cet appareil permettra-t-il l'intervention? C'est ce qui reste à déterminer. Mais on peut, dès maintenant, dans tous les cas, être assuré d'un diagnostic précis et agir en conséquence.

RAPPORTS

M. LABORDE donne lecture du rapport sur les mémoires adressés pour le prix Bourceret.

M. MEGNIEN lit le rapport sur les travaux envoyés pour le prix Barbier.

LECTURE

Gastro-entérostomie dans les sténoses pyloriques. — M. TUFFIER a pratiqué cette opération huit fois pour sté-

nose pylorique non cancéreuse, compliquée, dans un cas, d'estomac biloculaire.

Tous ces malades (sauf deux) ont été suivis et traités pendant des mois et des années par un de nos maîtres des hôpitaux, dont la compétence en matière de pathologie gastrique est absolument indiscutée. C'est l'échec bien avéré de toute thérapeutique médicale qui l'a conduit à les adresser à M. Tuffier en désespoir de cause. Chez tous le diagnostic de sténose pylorique ou sous-pylorique avait été porté. Un seul de ces malades a succombé à une hémorragie intestinale au dixième jour. Ils ont été suivis de trois mois à quatre ans après leur guérison opératoire et tous ont gardé une santé parfaite qui ne s'est pas démentie.

Le manuel opératoire auquel s'est arrêté M. Tuffier dans ces opérations est la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, pratiquée au point le plus déclive de l'estomac. Il a renoncé aux procédés antérieurs simples ou modifiés; ils offrent moins de sécurité, sans être d'une exécution plus facile que la gastro-entérostomie postérieure. Il ne s'est jamais servi des boutons anastomosiques, ni des méthodes d'écrasement. Une bonne suture lui paraît le plus simple et le meilleur agent d'anastomose. Quelques précautions suffisent pour garantir le péritoine, tout en ouvrant délibérément l'intestin. Il est arrivé à pratiquer l'opération tout entière, fermeture de l'abdomen comprise, en moins de trente minutes. Cette rapidité paraît suffisante pour garantir contre les accidents de dépression post-opératoire, si redoutables chez ces malades qui arrivent généralement en état de cachexie avancée.

M. Tuffier n'insiste pas sur la recherche du jéjunum; elle est extrêmement facile. Deux faits sont plus importants : la nécessité de faire une bouche de dimension suffisante, l'indication de faire cette bouche dans un point bien déclive.

L'indication opératoire, dans tous ces cas, a été la même : signes de sténose pylorique extrinsèques ou intrinsèques, dont les principaux sont les vomissements, les douleurs, la dilatation gastrique et la constatation, le matin à jeun, de liquides résiduels dans l'estomac. C'est, en un mot, la rétention alimentaire stomacale, rebelle à toute thérapeutique judicieuse, et amenant le malade à l'amaigrissement rapide et à la cachexie.

M. Tuffier a été, comme tous les chirurgiens habitués au traitement des affections de l'estomac, frappé de l'impossibilité de faire le diagnostic entre un néoplasme stomacal et une simple induration inflammatoire. Même la pièce en main, ce diagnostic peut être impossible. Il aurait pourtant, à son avis, une importance capitale, non pas seulement pour établir un pronostic, mais pour choisir le mode d'intervention. La gastro-entérostomie est, en effet, merveilleuse quand on est en présence d'un tissu de cicatrice, mais s'il s'agit d'une lésion néoplasique, elle peut céder le pas à une intervention plus radicale.

Les résultats opératoires ont été très satisfaisants.

Pour les résultats thérapeutiques, il se base sur l'état des fonctions de l'estomac après l'opération et sur l'état général des malades. Chez tous ces malades, l'état douloureux qui, depuis plusieurs mois ou plusieurs années, rendait tout travail impossible, a complètement disparu. Les vomissements ont cessé instantanément; les malades, qui ne supportaient que du lait, peuvent, après l'opération, suivre le régime habituel des hôpitaux. Ce résultat peut n'être pas immédiat, et pendant une à deux semaines les opérés peuvent encore avoir quelques pesanteurs gastriques, mais le résultat définitif est parfait. Ils reprennent leur embonpoint normal.

Il semble donc que dans ces sténoses toute la maladie réside dans la rétention stomacale : dès qu'elle a cessé, les troubles s'évanouissent et la guérison, ainsi obtenue, se maintient. Je crois donc que la gastro-entérostomie, dans les rétentions stomacales rebelles à tout traitement médical, quelles qu'en soient les origines, est une opération très recommandable, et par sa bénignité, et par ses résultats thérapeutiques.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Tarnier, ancien président de l'Académie de médecine. Ses obsèques auront lieu le vendredi 26 novembre 1897, à dix heures, en l'église de la Madeleine. On se réunira à la maison mortuaire, 15, rue Duphot.

— *Concours de l'internat.* — Séances du 22 novembre :

Anatomie. — MM. Mauberg, 13. — Aguinet, 12. — Bal, Balthazard, Crauzon et Mousseaux, 11. — Godineau, 10. — Baup, 8.

Pathologie. — MM. Blandin, 13. — Kahn, 12. — Bisch, 11. — Detot, Poulard et Roché, 10. — Sébilleau, 9. — Fromageot et Furet, 8. — Cugnin et Hulleu, 7. — Girard et Salomon, 6.

— *Agrégation de médecine.* — Sont admis à prendre part au concours d'agrégation qui s'ouvrira à Paris, le 13 décembre 1897, pour treize places d'agrégés des Facultés de médecine (section de pathologie et de médecine légale).

Académie d'Alger. — M. Crespin (Marie-Louis-Joseph), né à Châteauroux (Indre), le 24 mai 1868, docteur en médecine de la Faculté de Lyon; — Lille et subsidiairement Montpellier, Toulouse et Nancy.

Académie de Bordeaux. — MM. les docteurs de la Faculté de médecine de Bordeaux : Cabannes (Camille-Isidore), né à Savanne (île Maurice), le 26 novembre 1871 (de parents français); — Bordeaux et subsidiairement Facultés des départements.

Carrière (Georges-Léon), né à Saint-Pierre d'Oléron (Charente-Inférieure), le 5 décembre 1872; — Bordeaux, Toulouse, Lille, Montpellier.

Hobbs (Joseph-Lincoln), né à Caudéran (Gironde), le 10 mai 1868; — Bordeaux.

Lamacq (Jean-Épiphanie-Lucien), né à Guéthary (Basses-Pyrénées), le 8 janvier 1863; — Bordeaux.

Matton (Louis-Auguste-René), né à Provins (Seine-et-Marne), le 3 juillet 1861, docteur en médecine de la Faculté de Paris; — Toutes les Facultés.

Académie de Lille. — MM. les docteurs de la Faculté de médecine de Lille : Déléarde (Albert-Eugène), né à Lille, le 17 avril 1869; — Lille.

Patoir (Jules-Gérard), né à Wallers (Nord); — Lille.

Académie de Lyon. — MM. les docteurs de la Faculté de médecine de Lyon : Chatin (Paul-Marie-François), né à Lyon, le 2 avril 1865; — Lyon.

Courmont (François-Paul), né à Lyon, le 10 novembre 1871; — Lyon.

Frenkel (Henri-Louis), né à Varsovie, le 10 novembre 1864, naturalisé français par décret du 5 juin 1893; — Lyon et subsidiairement Facultés des départements.

Lyonnet (Barthélemy-Gabriel-Joseph), né à Lyon, le 21 mars 1866; — Lyon.

Nicolas (Guillaume-Joseph-Marie), né à Lyon, le 11 août 1866; — Lyon.

Paviot (Jean-Marie), né à Lyon, le 14 novembre 1866; — Lyon.

Pic (Ferdinand-Adrien), né à Douéera (Alger), le 3 octobre 1863; — Lyon.

Roux (Jean-Joseph), né à Vauban (Saône-et-Loire), le 23 mai 1866; — Lyon et subsidiairement les autres facultés.

Académie de Montpellier. — MM. les docteurs de la Faculté de médecine de Montpellier : Vedel (Marie-Jean-Victor), né à Lunel, le 23 août 1869; — Montpellier.

Vires (Joseph-Guillaume-Norbert), né à Montredon (Aude), le 23 janvier 1870; — Montpellier.

ACADÉMIE DE PARIS. — MM. les docteurs en médecine de la Faculté de Paris : Aviragnet (Pierre-Charles-Eugène), né à Port-Louis (île Maurice), le 29 mai 1865, naturalisé français, par décret du 26 août 1891 ; — Paris.

Barbier (Charles-Henry), né à Bruyères (Vosges), le 5 décembre 1859 ; — Paris.

Bezançon (Fernand-Jules-Félicien), né à Boulogne (Seine), le 23 février 1868 ; — Paris.

Boix (Émile-Théodore-Victor-Pierre), né à Perpignan, le 8 août 1862 ; — Paris.

Boulloche (Pierre-Louis), né à Paris, le 3 décembre 1864 ; — Paris.

Bruhl (Isaac), né à New-York, le 4 mai 1863, naturalisé français par décret du 19 mai 1890 ; — Paris.

Charcot (Jean-Baptiste-Étienne-Auguste), né à Neuilly (Seine), le 15 juillet 1867 ; — Paris.

Claisse (Marie-Paul), né à Saint-Valérien (Yonne), le 22 avril 1865 ; — Paris.

Courtois-Suffit (Maurice-Edme-Alphonse), né à Paris, le 20 juin 1861 ; — Paris.

Dupré (Ferdinand-Pierre-Louis-Ernest), né à Marseille, le 7 mars 1862 ; — Paris.

Gastou (Louis-Paul), né à Philippeville, le 7 mars 1864 ; — Paris.

Gouget (Étienne-Albert-Auguste), né à Paris, le 1er juin 1868 ; — Paris.

De Grandmaison de Bruno (Marie-Emmanuel-Gabriel), né à Mareuil (Cher), le 14 août 1861 ; — Paris.

Jeanselme (Antoine-Édouard), né à Paris, le 14 juin 1858 ; — Paris.

Legry (Théophile-Jules), né à Paris, le 28 février 1858 ; — Paris.

Lesage (Adolphe-Augustin), né à Couvron (Aisne), le 22 mai 1862 ; — Paris.

Lion (Gaston-Camille), né à Paris, le 23 janvier 1861 ; — Paris.

Méry (Charles-Henri-Joseph), né à Chartres, le 17 octobre 1862 ; — Paris.

Mosny (Ernest), né à La Fère (Aisne), le 4 janvier 1861 ; — Paris.

Papillon (Gustave-Ernest), né à Strasbourg, le 1er juillet 1868 ; — Paris. — M. Papillon est inscrit sous la réserve qu'il produira le diplôme de docteur en médecine le jour de l'ouverture du concours.

Parmentier (Jules-Emile-Louis), né à Anzin (Nord), le 25 octobre 1860 ; — Paris.

Du Pasquier (Charles-Eugène), né au Havre, le 11 juin 1863 ; — Paris.

Péron (Albert-Pierre-Noël), né à Beaune-la-Rolande (Loiret), le 6 février 1870 ; — Paris.

Raymond (Paul-Hippolyte), né à Calais (Pas-de-Calais), le 9 août 1859 ; — Paris.

Renault (Jules), né à Prémery (Nièvre), le 2 août 1864 ; — Paris.

Rénon (Louis-Pierre), né à Paris, le 22 octobre 1863 ; — Paris.

Roubinovitch (Jacques), né à Odessa, le 30 juillet 1862, naturalisé français par décret du 1er octobre 1889 ; — Paris.

Sallard (André-Léon-Marie), né à Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise), le 27 août 1860 ; — Paris.

Sergent (Émile-Eugène-Joseph), né à Paris, le 13 juillet 1867 ; — Paris.

Souques (Alexandre-Achille-Cyprien), né à Peyre (Aveyron), le 6 février 1860 ; — Paris.

Springer (Maurice-Louis), né à Paris, le 24 mai 1859 ; — Paris.

Teissier (Pierre-Joseph), né à Paris, le 26 janvier 1864 ; — Paris.

Thiroloix (Jules-Alexandre), né à Douai, le 19 novembre 1861 ; — Paris.

Vaquez (Louis-Henri), né à Paris, le 27 août 1860 ; — Paris.

Veillon (Jean-Michel-Constantin-Adrien), né à Availles (Vienne), le 25 novembre 1864 ; — Paris.

M. Legrain (Léonce-Charles-Émile), né à Avenay (Marne), le 31 mars 1865, docteur en médecine de la Faculté de Nancy ; — Facultés des départements.

ACADÉMIE DE TOULOUSE. — MM. les docteurs de la Faculté de médecine de Toulouse : Baylac (Joseph-Sylvain), né à Tarbes, le 8 novembre 1867 ; — Toulouse.

Daunic (Joseph-Henri-Paul), né à Guantanamo (île de Cuba), le 3 mars 1868, de parents français ; — Toulouse.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés, au laboratoire de clinique médicale (Hôtel-Dieu) : 1° chef du laboratoire : M. du Pasquier, chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Caussade, démissionnaire ; — 2° chef des travaux chimiques : M. le docteur Apert (Eugène-Charles), en remplacement de M. du Pasquier.

Un congé de six mois est accordé, sur sa demande, à M. Wurtz, agrégé.

— Sont nommés pour trois ans, à dater du 1er décembre 1897, chargés de cours annexes de clinique prévus au décret du 20 novembre 1893, les médecins et chirurgiens des hôpitaux dont les noms suivent :

HÔTEL-DIEU : MM. Ferrand et Gingeot : Polaillon. — CHARITÉ : MM. Gouraud ; Campenon. — PITIÉ : MM. Robin et Faisans. — NECKER : MM. Rendu, Huchard, Cuffer et Barth. — BOUCICAUT : M. Letulle. — COCHIN : MM. Chauffard ; Schwartz et Quénu. — BEAUJON : MM. Fernet et Troisier ; Anger. — LAENNEC : MM. Oulmont et Merklen ; Reclus. — LARIBOISIÈRE : MM. Duguet, Dreyfus-Brisac et Tapret ; Peyrot. — SAINT-ANTOINE : MM. Gaucher ; Monod et Blum. — SAINT-LOUIS : M. Richelot. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES : Cours annexe de clinique (service de la diphtérie) : M. Sevestre.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Hoche (Claude-Léon-Adolphe) est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Voinot, dont les fonctions sont expirées.

— *École de médecine d'Amiens.* — Sont chargés des fonctions de chefs des travaux : Physiologie, M. Farge, chargé de cours. — Médecine opératoire, M. le docteur Marchal.

Un congé, sur sa demande et pour raisons de santé, est accordé à M. Trépant, professeur de pathologie médicale.

— *École de médecine de Grenoble.* — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Gallois, professeur de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Marseille.* — Les concours du clinicat médical et de l'adjuvat se sont terminés par les nominations suivantes :

M. le docteur Heckel (Francis) est nommé chef de clinique médicale et M. Aubert est nommé aide d'anatomie et de physiologie.

— Le concours pour une place d'interne au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer s'est terminé par la nomination de M. Pierre Favier.

— M. le docteur Toy est nommé médecin adjoint de l'Asile de Bron, en remplacement de M. le docteur Rousset, nommé directeur-médecin de l'Asile de Saint-Ylie.

— La Société de médecine de Nîmes, dans sa séance du 9 novembre dernier, a pris à l'unanimité la résolution suivante :

« La Société de médecine de Nîmes adresse au docteur Laporte l'expression de sa sympathie ; proteste contre l'arrestation de ce confrère à l'occasion d'un acte opératoire, contre la détention préventive dont il a été l'objet ; félicite le professeur Pinard de son attitude énergique, et déclare s'associer à la souscription destinée à la défense de nos droits contre l'arbitraire des parquets et des tribunaux.

La somme de 50 francs est votée par la Société sans préjudice de ce que pourra voter le syndicat. »

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 136. — SAMEDI 27 NOVEMBRE 1897. 70e ANNÉE. SAMEDI 27 NOVEMBRE 1897. — N° 136

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement des fibromes naso-pharyngiens.

Par M. SARGNON,
Interne des hôpitaux de Lyon.

I

Le traitement des fibromes naso-pharyngiens a donné lieu à de nombreux travaux. Les chirurgiens et les spécialistes ont enlevé ces tumeurs par les moyens les plus divers. Les uns, considérant ces tumeurs comme bénignes, redoutent peu les récidives et préfèrent enlever ou détruire la tumeur en passant par les voies naturelles. D'autres, au contraire, dès qu'il s'agit d'un fibrome volumineux adhérent, avec ou sans prolongements, se créent d'emblée une large brèche, se basant sur ce fait qu'il faudra éviter la récidive si fréquente de ces tumeurs, et par conséquent faire une ablation aussi complète que possible.

De là deux grandes méthodes : l'ablation par les voies naturelles, l'ablation par les voies artificielles.

Ces deux méthodes, dans l'histoire de la chirurgie, ont subi de nombreuses fluctuations ; les chirurgiens, suivant l'époque, préférant telle ou telle méthode.

PÉRIODE ANTIQUE. — La chirurgie antique, représentée surtout par Hippocrate et Galien, préfère les ablations larges après opérations préliminaires.

PÉRIODE PRÉANTISEPTIQUE. — Beaucoup plus tard, dans la période préantiseptique, les chirurgiens emploient de préférence les méthodes simples.

Brasdor rejette les opérations préliminaires (Verneuil : Documents inédits de l'ancienne Académie de chirurgie).

Icard (Mémoires sur les polypes fibreux naso-pharyngiens) condamne spécialement la voie palatine. Il préconise l'arrachement de ces tumeurs. — Forget (Soc. de chir., 1850), Chassaignac (*Idem*, 1855) publient deux cas de guérison spontanée, après ablation incomplète Aussi donnent-ils la préférence aux méthodes simples. — Robert (Soc. de chir., 18 janv. 1860), dans un rapport sur la thèse d'Ornellas, préconise l'ablation par les voies naturelles, la voie buccale surtout. — Verneuil lui-même (même séance), partisan des opérations préliminaires, reconnaît pourtant que les interventions simples (excision, broiement, arrachement) « ont procuré quelques succès durables ». — Guérin (Soc. de chir., 29 nov. 1885) relate un cas de polype fibreux naso-pharyngien, opéré par voie palatine, tout en déclarant que l'ablation à la rugine, par les voies naturelles, aurait peut-être suffi. — Legouest (même séance) ne peut se résoudre à considérer les opérations préliminaires comme le dernier mot de la chirurgie, d'autant plus que les voies naturelles permettent des opérations répétées jusqu'au moment où les sujets arrivent à l'*âge de régression* des fibromes naso-pharyngiens. — Trélat (Soc. de chir., 1874) rappelle ce fait que de véritables mutilations ont parfois été pratiquées pour extirper *des polypes à implantation très mince, ou des polypes des arrière-narines confondus avec les fibromes naso-pharyngiens.* — Verneuil (séance du 5 nov. 1879) rapporte un cas de fibrome volumineux, amenant des hémorragies graves. Il incise le voile du palais, enlève incomplètement la tumeur avec l'écraseur et détruit le fibrome par des cautérisations répétées à l'acide chromique. — Duplay (même séance) cite un cas guéri par des injections interstitielles de chlorure de zinc. A la séance du 3 décembre 1879, Barthélemy (de Toulon) relate une observation analogue ; Anger y préconise le perchlorure de fer en injections Dans ses cliniques chirurgicales, Gosselin montre la guérison naturelle après l'adolescence et rejette, par conséquent, les opérations graves. — D'Auvergne (*Bull. méd. de thérap.*, 1872) publie quatre cas de guérison par broiement ou arrachement suivi de cautérisation du pédicule, avec la solution iodurée caustique de Lugon. Dans sa thèse inspirée par Verneuil, Salmondes (1877) se montre partisan des procédés simples, surtout si le malade est jeune, *la tumeur subissant un temps d'arrêt à l'âge adulte.* Si ces procédés simples sont impraticables, il faut employer la voie nasale ou palatine.

Ainsi, à cette époque, la plupart des chirurgiens préconisent les méthodes simples. Quelques-uns seulement emploient des opérations préliminaires pour se donner du jour.

Manne (*Observation de chirurgie au sujet d'un polype extraordinaire*, Avignon, 1717), Maisonneuve, Bœckel (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1875) cherchent à aborder ces tumeurs par la voie palatine. — Dupuytren, Verneuil, Chassaignac et surtout M. le professeur Ollier (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1875), avec sa méthode d'abaissement du nez, extirpent les fibromes par les fosses nasales. — Gensoul, Syme, Verneuil réséquent

le maxillaire supérieur. M. le professeur Ollier modifie leurs procédés en pratiquant la méthode sous-périostée. — Huguier (*Bull. de la Soc. de chir.*, 3 mars 1852 et 8 nov. 1854) et Langenbeck (*Deuts. Klin.*, 1859, n° 48, et *Écho méd. suisse*, 1860, n° 7) perfectionnent la méthode faciale et préconisent la résection temporaire du maxillaire.

L'école chirurgicale lyonnaise de cette époque se partage entre ces deux méthodes : ablation par les voies naturelles, ablation par les voies artificielles.

Parmi ceux qui préconisent l'ablation par les voies naturelles, citons : Desgranges qui, en 1854, emploie un procédé de relèvement du voile rendant inutile l'opération préalable de Manne ; M. Delore qui, en 1863, publie un article sur les polypes fibreux naso-pharyngiens. Il préconise l'extirpation par les voies naturelles et relate plusieurs succès. Létiévant, Mollière préfèrent également les procédés simples. Sur l'inspiration de Desgranges, Callignon consacre sa thèse de doctorat (Lyon, 23 déc. 1879) à l'*Extirpation des polypes naso-pharyngiens sans opérations préalables*. Il ajoute qu'en présence d'un polype énorme nécessitant une opération préliminaire, il faut faire la résection du maxillaire (procédé de Létiévant) ou employer la voie nasale (procédé de M. Ollier).

Quelques chirurgiens lyonnais de la période préantiseptique emploient des opérations préliminaires. M. le professeur Ollier préconise l'abaissement du nez par l'ostéotomie verticale et bilatérale.

Période actuelle. — Dans cette période, les deux méthodes, ablation par les voies naturelles, ablation par les voies artificielles, ont également leurs partisans. L'antisepsie, qui permet alors les interventions plus larges, favorise l'audace des chirurgiens. Mais, par contre, les progrès rapides de la rhinologie, le perfectionnement des procédés simples déjà connus, l'apparition ou plutôt la vulgarisation des méthodes électriques (anse chaude, électrolyse) permettent, au spécialiste, l'utilisation presque constante des voies naturelles pour aborder les polypes naso pharyngiens.

Kirmisson consacre au traitement de ces tumeurs sa thèse d'agrégation (1883). Depuis le remarquable article de Gérard-Marchant (*Traité de chir.*, Duplay et Reclus), il a paru de nombreux travaux dont nous ne citerons que les plus importants.

Lawial (*Journ. de méd. de Lille*, 9 janv. 1891) publie un cas de polype fibreux naso-pharyngien, traité par la résection du maxillaire supérieur. La guérison survient malgré une grave hémorragie capillaire au cours de l'opération. — Rouairoux consacre sa thèse de doctorat (Paris, 20 janv. 1891) à la rhinotomie médiane comme opération préliminaire pour aller à la recherche des tumeurs du naso-pharynx. Von Baracz (*Centrabl. f. Chir.*, 18 avril 1891) préconise une nouvelle méthode opératoire labio-nasale. Dans sa thèse de doctorat : *Procédés d'ablation des polypes fibreux naso-pharyngiens* (Paris, 1892), Julien conclut à la nécessité des opérations préliminaires, si la tumeur est volumineuse. Zaufal (*Prag. méd. Wochens.*) extrait avec la main une grosse tumeur bien pédiculée.

En 1893, au Congrès de Besançon pour l'avancement des sciences, la question du traitement des fibromes naso-pharyngiens est mise à l'ordre du jour. Picqué y relate un succès par voie palatine. L'ablation est précédée de la trachéotomie préventive et suivie d'un tamponnement pharyngé par le procédé de Kocher. Verneuil et Schwartz préfèrent à la trachéotomie la ligature préventive des deux carotides externes. Quénu, dans le même Congrès, fait une communication « sur les opérations préliminaires, et en particulier sur la ligature et la trachéotomie préventives dans le traitement des tumeurs de la cavité bucco-pharyngienne ». M. le professeur Ollier insiste de nouveau sur sa méthode d'abaissement du nez [*Bull. de la Soc. de chir.*, 1893 (1)]. Fr. Kijewski et Wrobleswski (*Gaz. lek.*, 1893) étudient le traitement des tumeurs du pharynx nasal. Moulin (*The Lancet*, 30 sept. 1893) préconise une méthode nouvelle de résection ostéoplastique du maxillaire supérieur pour fibromes naso-pharyngiens. Annandale (*The Lancet*, 17 fév. 1894) s'occupe de l'extirpation de ces tumeurs. Quénu (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1894) relate un cas d'ablation par voie palatine suivi de staphylorraphie immédiate. Tuffier (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1895) publie une observation de résection du maxillaire supérieur, aussitôt suivie d'autoplastie de la voûte palatine. Boyd (Soc. de chir., 1895), dans un cas, fait la résection temporaire du maxillaire supérieur. Laurent (*Bull. de la Soc. belge d'otol. et de laryng.*, Bruxelles 1896) étudie les résections maxillaires dans l'extirpation des polypes naso-pharyngiens. Nélaton (Soc. de chir., 28 oct. 1896) présente un polype naso-pharyngien, traité par la méthode palatine ; il laisse ouverte la brèche palatine, la récidive survient au bout de quatre mois et la tumeur guérit par des cautérisations à l'acide chromique.

En 1896, dans la *Province médicale*, nous avons publié un cas de tumeur volumineuse du naso-pharynx, avec double implantation, primitive sur l'apophyse basilaire, secondaire par adhérence sur la voûte palatine. M. le professeur agrégé Rochet opéra cette tumeur par la voie palatine : incision médiane du voile avec *désinsertion latérale à la rugine*, manœuvre qui donna plus de jour que la section simple du voile. Malheureusement il survint, quatre mois après, une récidive fibro-sarcomateuse inopérable. Gaudier (Soc. centr. de méd. de Lille, 13 fév. 1897) relate un cas opéré par voie nasale médiane. La tumeur, jusque-là très hémorragique, fut enlevée par morcellement, sans perte de sang considérable, malgré son énorme volume.

Outre ces nombreux travaux publiés par les chirurgiens sur les opérations préliminaires, les spécialistes ont beaucoup étudié la question de l'intervention par les voies naturelles. Déjà en 1864, Nélaton le premier parle de la destruction des tumeurs par l'électrolyse (Notes sur la destruction des tumeurs par la méthode électrolytique, *C. R. de l'Acad. des Sc.*, 18 juill.). V. de Bruns (*Die galvano-chirurgie*, Tübingen 1870), et surtout P. Bruns (Zür electrolyitschen Behandlung der Maseprachen polypen, *Berlin. Klin. Wochens.*), se montrent très partisans des méthodes électriques, que préconisent également Ciniselli et le professeur Rossi (de Rome). Massei (*Arch. ital. di laryng.*, juill. 1897) publie un cas d'énorme fibrome opéré à l'anse. A Voltolini surtout revient l'honneur d'avoir introduit l'électrolyse dans la pratique courante et d'avoir inventé une série d'appareils (anse électrolytique, pince électrolytique, forceps électrolytique) destinés à détruire les tumeurs naso-pharyngées. Wagnier (*Rev. de laryng.*, 15 juin 1892) préconise surtout l'anse froide de préférence aux méthodes électriques. Citons également les nombreux traités étrangers sur les maladies du nez et du naso-pharynx, notamment ceux de Moldenhauer (traduction de Potiquet) et de Macdonald. Sur l'inspiration du pro-

(1) Chose curieuse, aucun de ces auteurs ne parle du traitement par les voies naturelles.

fesseur Bergonié, le docteur Lallemand consacre sa thèse à l'*Électrolyse dans le traitement des polypes naso-pharyngiens* (Bordeaux, déc. 1892). Moure (*Traité des maladies du nez et du naso-pharynx*) recommande l'ablation à l'anse et l'électrolyse (1). Ingals (Soc. oto-laryngolog. suisse, 30 mai 1896) vante surtout l'électrolyse. Schields (même société, 30 mai 1896) publie deux observations d'ablation par les voies naturelles et conclut ainsi : la plupart de ces tumeurs peuvent s'enlever par les voies naturelles, et rarement la résection du maxillaire supérieur est nécessaire. Parmi les méthodes simples, l'anse froide et l'anse chaude sont préférables, et pour les tumeurs à large base il est bon de tracer un canal par une cautérisation préalable à l'anse chauffée. Casselberry (même séance) préconise l'ablation d'une partie de la tumeur avec le couteau du thermocautère, pour faciliter le placement de l'anse, et croit à l'utilité de l'électrolyse. Rougier (Comité méd. du dispensaire général de Lyon, 4 juin 1896) relate un cas de fibrome hémorragipare chez un homme de soixante-quinze ans, opéré une première fois à l'anse chaude, puis réopéré quelques années plus tard à l'anse froide, en trois séances, après incision préalable du voile. Notre maître, M. le docteur Garel, dans son tout récent traité : *Diagnostic et traitement des maladies du nez*, préconise surtout les opérations par les voies naturelles, et pour l'électrolyse de ces tumeurs, emploie une fourchette spéciale à trois aiguilles, dont deux négatives, pour obtenir une action destructive plus intense. Tout récemment, M. le docteur Dénarié, dans sa thèse (Lyon, 1897), a préconisé les procédés simples d'ablation.

II

Par l'exposé des travaux si nombreux sur le traitement des fibromes naso-pharyngiens, on voit combien seront multiples les méthodes thérapeutiques, qui toutes prennent place dans deux grands groupes : les interventions par les voies naturelles, les interventions par les voies artificielles.

Dans le premier groupe (méthodes simples) plusieurs procédés, jadis en honneur, sont abandonnés maintenant; en effet, les uns sont insuffisants (exsiccation, séton); d'autres dangereux à cause des hémorragies qu'ils provoquent (broiement, excision); quant aux injections interstitielles, elles ne sont plus employées à l'heure actuelle.

Quatre procédés restent en présence : l'arrachement, la rugination, la ligature lente ou rapide, la cautérisation.

L'arrachement, méthode très employée, se fait avec des pinces de modèles divers, introduites par voie nasale ou buccale ; dans un cas de fibrome bien pédiculé, Zaufal s'est servi du doigt; mais il est probable qu'il s'agissait d'un polype pendant dans le naso-pharynx, les tumeurs fibreuses présentant en général une consistance trop dure et surtout un trop large pédicule pour être arrachées avec le doigt. Pour arracher la tumeur, il faut combiner la traction avec la torsion et par conséquent déployer une force suffisante pour amener, dans certains cas, des fractures de la base (lame criblée de l'ethmoïde); d'autre part, l'ablation est toujours incomplète et il peut survenir des hémorragies graves, difficiles à arrêter, le chirurgien ne voyant pas nettement d'où elle vient. Néanmoins Kirmisson préconise cette méthode pour les fibromes à insertion bien limitée; Wagnier, au contraire, la réserve pour les fibromes largement insérés et enlève les tumeurs pédiculées à l'anse métallique.

La rugination, employée comme complément d'une méthode composée, a été préconisée seule par Bouilly et Guérin; un doigt, introduit par la bouche, sert de guide à la rugine que l'on a fait passer par la voie nasale; les petites tumeurs sont justiciables de ce procédé.

La ligature est connue de longue date et a été employée sous forme de ligature lente, amenant le sphacèle de la tumeur, ou de ligature rapide pour diminuer ou supprimer l'hémorragie. La ligature lente par le procédé du fil (Guillaume de Salicet) ou de la pince à demeure sur le pédicule (Maliverni) n'est plus employée actuellement; outre la difficulté de placer le fil, elle expose à l'infection et, lors de la chute de la tumeur, à l'asphyxie par obstruction de la glotte et surtout aux hémorragies secondaires. La ligature rapide constitue un grand progrès; faite d'abord avec l'écraseur de Chassaignac, elle fut pratiquée avec de nombreux appareils analogues; Macdonald (*Traité des maladies du nez*, p. 226) préconise celui de Jarviz, que l'on passe par le nez de la façon suivante :

Premier temps. — On introduit une sonde de Belloc ou un cathéter n° 6 dans une des narines et l'on y attache dans la bouche les deux bouts du fil écraseur. On retire d'une main le fil par la narine, tandis que l'index de l'autre main, introduit dans le naso-pharynx, guide notre fil, qui vient enserrer le pédicule de la tumeur.

Deuxième temps. — On monte alors les fils sur l'écraseur et l'on pratique l'écrasement tout en laissant le doigt dans le naso-pharynx pour guider l'anse. L'introduction du fil écraseur peut se faire également par la partie antérieure des narines, mais l'enserrement du pédicule est beaucoup plus difficile.

A l'heure actuelle, les divers écraseurs ne sont plus employés; les spécialistes se servent soit de l'anse métallique froide, procédé dérivé de l'écraseur, soit surtout de l'anse chaude. Wagnier préfère l'anse froide et fait l'ablation par traction brusque. Voici comment il faut procéder :

Premier temps : Enserrement du pédicule. — Il se fait absolument de la même façon que pour l'écraseur, nous n'y reviendrons pas. La voie nasale postérieure avec sonde de Belloc est encore ici préférable à la voie nasale antérieure.

Deuxième temps. — On fait passer les deux fils dans le tube de l'anse froide; on les fixe et on tire sur la boucle du manche, pour bien pédiculiser la tumeur, que l'on enlève ensuite par traction.

En somme, ces deux procédés, anse froide et écraseur, ne diffèrent que par un seul point : avec l'écraseur, on détruit le pédicule; avec l'anse froide, on l'arrache, une fois le pédicule bien enserré. Ces deux méthodes présentent les mêmes inconvénients :

1° *Si le pédicule est large, l'ablation peut être fort laborieuse*, aussi Wagnier réserve-t-il cette méthode de l'anse froide pour les fibromes bien pédiculés et, si le volume de la tumeur est considérable, il la morcèle au galvanocautère ou bien emploie le procédé suivant : *malaxation et propulsion;* introduisant un doigt dans le pharynx, il comprime la tumeur, la malaxe pour diminuer son volume, puis l'engage dans la cavité des fosses nasales, où il l'enserre. L'opérateur obtint ainsi trois succès. *Mais ce procédé s'applique sur-*

(1) M. Lermoyez, dans son récent *Traité des maladies du nez et du naso-pharynx*, insiste beaucoup sur l'intervention par les voies naturelles, sur l'électrolyse notamment, et se montre sévère à l'égard des chirurgiens qui opèrent par les voies artificielles d'une façon systématique.

tout aux polypes muqueux, pendant dans le naso-pharynx et naissant des fosses nasales, et non aux vrais fibromes naso-pharyngiens, à pédicule basilaire, irréductibles par la malaxation et dont la fréquence est beaucoup moindre;

2° Le danger le plus considérable de l'ablation par l'écraseur et l'anse froide, c'est l'*hémorragie constante, inquiétante parfois* pour la vie du malade;

3° Si la tumeur est très dure, ou le fil pas assez solide, l'*anse se rompt* et tout est à recommencer. Mais c'est là un accident qui arrive également avec l'anse galvanique; par contre, cette dernière sectionne beaucoup plus facilement un pédicule dur ou volumineux, *sans production d'hémorragies graves*.

Aussi, à l'heure actuelle, l'ablation à l'anse chaude est beaucoup plus communément employée; voici comment on la pratique :

Premier temps : Mettre le fil en place. — Pour cela, on peut employer deux procédés, suivant que l'on se sert de la voie buccale ou de la voie nasale :

a. *Procédé ancien (voie buccale).* — On saisit simplement la tumeur à l'aide d'un tube guide-anse, ayant la courbure des instruments naso-pharyngés et passant par derrière le voile.

b. *Actuellement*, la plupart des spécialistes préfèrent la voie nasale postérieure; l'introduction se fait, comme pour l'anse froide, avec l'aide de la sonde de Belloc. Voici comment M. Garel décrit cette opération dans son récent traité (p. 169) :

« Nous introduisons la sonde par la narine du côté de l'implantation de la tumeur. Nous fixons ensuite par simple torsion dans l'œillet de la sonde, qui se présente dans la bouche, les deux extrémités d'un fil de fer long de 60 centimètres environ. De la main droite, nous retirons ce fil par la narine, mais avec l'ongle de l'index gauche, nous accompagnons l'anse derrière le voile du palais et nous l'introduisons le plus haut possible en arrière de la tumeur; c'est la partie la plus délicate de l'opération. »

Deuxième temps : Montage du fil sur le porte-anse et section de la tumeur.

« Les deux extrémités du fil, sortant par la narine, sont introduites dans un double tube porte-anse, que l'on pousse jusqu'au pédicule. Le tube est monté ensuite sur le manche galvanocaustique. »

La section de la tumeur devra être pratiquée lentement. M. Garel, dans son traité (p. 166), recommande de saisir au préalable les grosses tumeurs avec une pince de Museux, introduite par la bouche, avant d'achever la section complète; il rejette l'emploi des divers instruments destinés à relever le voile. En somme, toutes les fois qu'il est possible de passer l'anse métallique, ce procédé est excellent : rapidité de section du pédicule, peu ou pas d'hémorragie, asepsie du pédicule de la tumeur.

La cautérisation, complément souvent nécessaire d'un procédé complexe (méthode palatine, par exemple), est très employée comme procédé simple sous forme de cautérisations au *galvanocautère* et surtout d'*électrolyse*.

Ce dernier procédé, sans avoir détrôné l'ablation à l'anse chaude, est préconisé surtout pour les tumeurs très volumineuses, adhérentes avec prolongements, et par conséquent difficilement opérables à l'anse galvanique. L'électrolyse amène une destruction de la tumeur par un double processus : action coagulante du pôle positif, action caustique du pôle négatif. Tous les tissus, frappés par le courant, sont transformés en eschares, qui s'éliminent. Pour la pratiquer, Voltolini, dans son *Traité des maladies du nez*, 1888 (p. 419 et suivantes), préconise plusieurs instruments :

1° *L'anse électrolytique.* — C'est une anse ordinaire vernissée, avec cette différence que le courant est interrompu sur la ligne médiane par une boule d'ivoire. L'action électrolytique agit donc entre les deux portions de l'anse.

2° *La pince électrolytique.* — Elle est vernissée, sauf vers la pointe, où passe le courant électrolytique. Les deux extrémités acérées sont introduites par la bouche derrière le voile, puis enfoncées dans la tumeur; alors les deux branches s'écartent d'elles-mêmes et l'on fait passer le courant. Dans son traité (p. 181), M. Garel reproche à cet instrument son champ d'action trop restreint.

3° *Le forceps électrolytique.* — Construit sur le même principe, il présente l'inconvénient suivant : l'écartement, au lieu d'être automatique, est produit et maintenu par une main, ainsi immobilisée.

4° *La fourchette électrolytique.* — Voltolini l'introduit par voie nasale ou buccale et, par conséquent, emploie deux modèles, un modèle droit pour la voie nasale, un modèle à courbure naso-pharyngée. L'une des deux aiguilles est en rapport avec le pôle positif, l'autre avec le pôle négatif.

M. Garel, se basant sur ce principe que le pôle négatif est surtout l'agent actif de destruction, préconise (p. 181 de son Traité) une fourchette avec *deux pôles négatifs* et un seul



positif. Présentant une courbure naso-pharyngée, elle est introduite derrière le voile du palais, perpendiculairement dans la tumeur, puis reliée aux deux pôles de la source électrolytique.

Tous ces instruments électrolytiques sont munis d'un vernis isolateur, composé de gutta-percha dissous dans le chloroforme, ou, plus simplement, entourés d'une mince feuille de gutta-percha; ils sont facilement désinfectables à l'eau phéniquée (1).

L'opération se pratique ainsi : on introduit l'appareil par voie nasale ou buccale, suivant le cas; parfois même, on emploie tardivement la voie buccale pour détruire les prolongements de la tumeur passant par les choanes, on se sert alors de deux aiguilles séparées, en rapport l'une avec le pôle positif, l'autre avec le négatif. Puis on fait passer le courant pendant douze ou quinze minutes environ, en employant, suivant le précepte de Lermoyez, 20 à 30 milliampères. Moure conseille d'aller jusqu'à 60 et même 80 milliampères, mais alors les séances sont très douloureuses. D'ailleurs il suffit, pour avoir une forte action, de prolonger la séance avec un faible courant; le résultat thérapeutique est le même qu'avec un nombre plus considérable de milliampères et le malade souffre beaucoup moins.

A la fin de la séance, on ramène le courant au zéro, puis pour éviter l'hémorragie survenant parfois vers l'aiguille positive, on peut invertir le courant pendant une minute

(1) La fourchette de M. Garel peut même se flamber grâce à la suppression du vernis remplacé par une bandelette de gutta que l'on enlève après chaque opération.

environ, avec un nombre de milliampères beaucoup plus faible.

L'électrolyse donne de très bons résultats; malheureusement, c'est un traitement de longue durée; les séances devront être répétées tous les vingt jours environ (1). L'électrolyse ainsi pratiquée permet des interventions incomplètes, palliatives jusqu'au moment où la tumeur atteindra la période de régression spontanée, si fréquemment constatée.

En somme, les méthodes simples, surtout l'ablation à l'anse chaude et l'électrolyse, offrent des avantages considérables : l'anesthésie à la cocaïne suffit; l'opération est bénigne et ne laisse pas après elle de difformités; l'hémorragie est ordinairement nulle par les procédés électriques. Par contre, elles donnent peu de jour, rendent l'ablation incomplète et exposent ainsi à la récidive, si fréquente au dire de Lannelongue. Néanmoins les méthodes simples constituent à l'heure actuelle le traitement de choix pour la grande majorité des cas de fibromes naso-pharyngiens, d'autant plus que cliniquement *nombre de polypes muqueux et fibro-muqueux des fosses nasales, pendant dans le naso-pharynx, simulent des fibromes naso-pharyngiens*.

Or, pour ces tumeurs, le traitement par les voies naturelles constitue l'intervention de choix et la gravité d'une grande intervention est hors de proportion avec la bénignité de ces tumeurs. Par contre, les fibromes volumineux à pédicule large, adhérents au pharynx et au voile, émettant des prolongements multiples, vers les fosses nasales, le pharynx buccal, les fosses zygomatiques et temporales, l'orbite et le crâne, sont justiciables de deux méthodes : l'électrolyse, procédé excellent qui nécessite une longue durée, amène la diminution, mais non la disparition complète de la tumeur et par conséquent permet d'attendre l'atrophie spontanée du fibrome; les méthodes complexes s'ouvrant une large voie pour aborder la tumeur.

III

Le naso-pharynx peut être ainsi abordé par trois voies : la voie nasale, la voie faciale et la voie palatine.

La voie nasale est depuis fort longtemps utilisée; pour se donner du jour, Guillaume de Salicet dilatait les narines; sa méthode, insuffisante d'ailleurs, ne fut plus employée, la plupart des chirurgiens préférant inciser le nez; les uns sectionnent uniquement les parties molles, d'autres les parties molles et la charpente osseuse. L'incision des parties molles, préconisée par Dupuytren, se fait sur la ligne médiane (Verneuil, Rouairoux, th. de Paris, 1891) ou bien latéralement au niveau du sillon naso-génien (Heister). Von Baracz (*Centralbl. f. chir.*, 18 avril 1891) préconise un procédé naso-labial : « On introduit sous la lèvre supérieure, du côté correspondant à l'orifice nasal, à travers lequel le polype se laisse voir le plus facilement, un bistouri falciforme et on l'enfonce perpendiculairement à travers cet orifice nasal; on fait la compression de la plaie de la lèvre supérieure. Dans le prolongement de la section de la lèvre supérieure, on introduit aussitôt dans la narine un long bistouri pointu, on le fait pénétrer dans le dos de l'organe, coupant ainsi longitudinalement les parties molles du nez. Quelques tractions modérées suffisent pour soulever ce grand lambeau et permettent d'examiner suffisamment l'intérieur de la cavité nasale. La tumeur se laisse facilement détacher par des tractions avec les doigts et enlever, par la bouche ou par le nez, avec le ciseau ou le bistouri. On va la chercher à travers la bouche... » Si l'orifice osseux est trop petit, on peut l'agrandir avec le ciseau ostéotome. L'auteur donne comme avantages de cette méthode : « l'inutilité de l'anesthésie générale, la cocaïne suffirait; la possibilité de contrôler par la vue le point d'insertion de la tumeur, le peu d'hémorragie, l'absence de défiguration du malade. » L'incision des parties osseuses est surtout employée dans le procédé de M. le professeur Ollier : *Ostéotomie verticale et latérale avec abaissement du nez*. Ce procédé bien connu comprend trois temps principaux :

1° Incision des parties molles et sciage de l'os au niveau de la racine du nez.

2° Mobilisation de la cloison avec le doigt introduit dans une des fosses nasales.

3° Extraction avec les pinces ou la rugine suivie d'une suture ostéo-périostique et cutanée.

En somme, la méthode nasale, quel que soit le procédé, comprend trois temps principaux : 1° donner du jour par l'incision des parties molles du nez sur la ligne médiane ou latéralement, ou bien par l'abaissement du nez; 2° extraction de la tumeur par le procédé de la rugine ou de l'arrachement avec toutes ses conséquences : hémorragies graves, fractures possibles de la base, ablation incomplète de la tumeur; 3° suture musculo-cutanée ou ostéo-cutanée.

La méthode faciale est beaucoup plus récente. Pour se donner du jour, le chirurgien résèque le maxillaire supérieur, cette résection est définitive ou temporaire; dans le premier cas, le chirurgien la fait totale (Syme, Maisonneuve, Verneuil) ou partielle : c'est ainsi que Chassaignac respecte le plancher de l'orbite. Michaud, Huguier, Péan ont décrit des procédés spéciaux donnant un jour souvent insuffisant. Tuffier (*Bull. Soc. de chir.*, 1895) fait une résection du maxillaire supérieur suivie d'autoplastie immédiate de la voûte palatine; « il restaure la voûte en taillant un lambeau de muqueuse comprenant toute la muqueuse conservée du repli géno-gingival et une partie de la muqueuse de la joue; le tout est suturé sur la ligne médiane à la partie correspondante de la voûte palatine et au voile du palais en arrière. »

Quel que soit le procédé employé, c'est toujours une opération grave, amenant de la difformité, des troubles de la phonation et de la déglutition. La méthode sous-périostée de M. Ollier pallie un peu ces inconvénients, en amenant une reproduction osseuse, incomplète d'ailleurs. La résection temporaire d'Huguier et de Langenbeck constitue un progrès considérable, néanmoins les résections du maxillaire supérieur, quels que soient les procédés, sont toujours très graves.

La méthode palatine est employée pour la première fois en 1717 par Manne (d'Avignon); il incise le milieu du voile du palais.

Maisonneuve respecte le bord libre du voile et fait simplement une boutonnière palatine.

Bœckel incise transversalement le voile, procédé qui, selon lui, donnerait plus de jour et surtout amènerait une cicatrisation spontanée ou tout au moins faciliterait la staphylorraphie ultérieure. Nélaton conseille d'inciser le voile *et la voûte palatine* à 2 centimètres en arrière des incisives; à ce niveau, il fait une deuxième incision transversale de

(1) D'après Lermoyez, il faut en moyenne vingt à trente séances pour guérir un fibrome naso-pharyngien par l'électrolyse.

3 centimètres, décolle les deux lambeaux obtenus et résèque avec la pince de Liston une portion de la voûte osseuse. Picqué (Congrès de Besançon, 1893) incise sur la ligne médiane le voile et la muqueuse palatine, rugine la voûte osseuse dans le tiers postérieur et l'enlève au ciseau et au maillet.

Dans le cas de M. Rochet, que nous avons publié, dans la *Province médicale*, 1896, ce chirurgien, pour se donner plus de jour, *sans toucher au palais osseux*, *incise sur la ligne médiane le voile du palais*, *puis avec la rugine désinsère le voile d'avec le palais osseux sur une longueur de 1 centimètre et demi de chaque côté*, de sorte que les deux parties du voile se rabattent plus facilement, laissant entre elles un intervalle beaucoup plus considérable qu'avec l'incision seule du voile.

A travers les deux moitiés du voile écartées par des pinces de Museux, on aperçoit la tumeur. Dans le cas d'incision simple du voile du palais, on obtient une ouverture triangulaire; avec le procédé de la rugination, l'espace devient quadrangulaire, et par suite beaucoup plus considérable, ce qui facilite d'autant l'accès de la tumeur.

En somme, pour enlever un fibrome naso-pharyngien par voie palatine, l'opération comprend trois temps principaux :

1° *Donner du jour.* — *L'incision palatine* peut porter :

a. *Sur le voile seul.* — Simple boutonnière (Maisonneuve). Incision de tout le voile avec ou sans désinsertion latérale à la rugine (Rochet).

b. *Sur le voile et le palais osseux.* — Double incision médiane et transversale, avec résection osseuse (Nélaton). Incision médiane seule avec rugination et ablation de la voûte osseuse dans le tiers postérieur (Picqué).

2° *Ablation de la tumeur.* — Cette ablation se fera à la rugine, au ciseau ou mieux au thermocautère qui, joint aux tamponnements successifs, permettra l'hémostase.

3° *Staphylorraphie.* — Quand la pratiquer? Faut-il, comme Quénu, dans le cas cité plus haut, faire la restauration immédiate du voile du palais, qui a l'avantage de supprimer le nasonnement et exige peu de temps, car l'avivement est tout fait; ou bien faut-il attendre, *cautériser le pédicule* par la brèche palatine, et ne *restaurer la voûte et le voile qu'après guérison complète?*

Cette dernière méthode nous paraît préférable; il est presque impossible d'enlever complètement un fibrome naso-pharyngien un peu volumineux, il est donc nécessaire de surveiller les récidives possibles, et de hâter l'atrophie de la tumeur par des cautérisations répétées. Il sera toujours temps plus tard, après guérison complète, de restaurer le voile du palais; on ne peut, en effet, compter sur une staphylorraphie tardive *spontanée*, comme dans le cas de Picqué; en effet, chez un de ses malades, ce chirurgien observa, six mois après l'opération, une réparation par bourgeonnement de la voûte et du voile; il persista une petite fistulette ne laissant passer ni liquide, ni solide, et par conséquent ne présentant aucun inconvénient.

Les fibromes naso-pharyngiens sont des tumeurs souvent très vasculaires, de là des hémorragies graves au cours de l'intervention. Pour les éviter et empêcher l'introduction du sang dans les voies aériennes, quelques chirurgiens ont préconisé des opérations préliminaires. Picqué, Verneuil, Quénu, Schwartz ont longuement discuté cette question au Congrès pour l'avancement des sciences (Besançon 1893). Picqué, dans un cas, fait la trachéotomie préventive, met en place la canule tampon de Trendelenburg et chloroformise son malade par la canule. Verneuil avait déjà eu cette idée en inspirant la thèse de Redon (*Trachéotomie préventive dans les tumeurs du pharynx*). Plus tard, au même Congrès, Verneuil et Schwartz préfèrent, à la trachéotomie, la ligature préventive des deux carotides externes. Quénu, après avoir discuté ces deux opérations préliminaires, conclut ainsi :

« 1° Les opérations préliminaires : ligature, trachéotomie, sont inutiles dans la résection du maxillaire supérieur.

2° La ligature préventive des deux carotides externes paraît, au point de vue de l'hémostase, une opération rationnelle avant l'ablation de certains polypes naso-pharyngiens, dont on a reconnu la vascularité.

3° La trachéotomie préventive paraît indiquée dans certains cas de tumeurs naso-pharyngiennes s'accompagnant de troubles respiratoires, principalement pendant le sommeil. »

En somme, ces opérations préliminaires sont presque toujours inutiles; pour éviter l'obstruction des voies aériennes par le sang, il suffit, en effet, de maintenir la tête très basse, suivant le procédé de Rose, l'hémorragie n'en persiste pas moins très abondante, mais les tamponnements méthodiques à la glace entre chaque tentative de morcellement de la tumeur au thermocautère suffisent, le plus souvent, pour arrêter l'hémorragie (1). Quant aux hémorragies secondaires, un tamponnement nasal antéro-postérieur très serré les empêchera.

IV

En résumé, les méthodes simples présentent de grands avantages : pas d'anesthésie générale, pas de gravité opératoire, pas de cicatrices; elles conviennent à la plupart des cas de fibromes naso-pharyngiens, surtout aux fibromes de petit volume, nettement pédiculés et sans gros prolongement. S'agit-il, au contraire, de tumeurs volumineuses adhérentes au pharynx et au voile, présentant un large pédicule, émettant des prolongements, et surtout hémorragipares? Deux procédés sont alors en présence : l'électrolyse ou l'ablation par les voies artificielles nasale, faciale ou palatine.

La résection du maxillaire, qu'elle soit temporaire ou définitive, partielle ou totale, est toujours très grave, amenant de l'asymétrie, des cicatrices; il faut y recourir le moins possible.

Restent la méthode nasale et la méthode palatine. Les rhinotomies médianes et latérales, portant sur les parties molles, donnent beaucoup de jour sur les fosses nasales, mais peu sur le naso-pharynx; avec la méthode de M. Ollier, le jour est plus considérable qu'avec les autres procédés de rhinotomie, mais les saillies postérieures des cornets gênent pour aborder le pharynx nasal; ces procédés laissent d'ailleurs des cicatrices faciales plus ou moins apparentes, presque nulles dans l'abaissement du nez et destinées à disparaître avec l'emploi de la *suture intradermique* (thèse de Daurant, Lyon 1896).

Les avantages de cette méthode sont donc : la facilité

(1) Si l'on veut éviter plus sûrement l'issue du sang dans le larynx et la trachée, il faut alors employer le procédé de Kocher : trachéotomie et tamponnement des cordes aériennes supérieures, ou bien employer la canule de Trendelenburg, ou mieux la canule-tampon-éponge de Hahn, qui est facilement stérilisable.

opératoire, la réunion rapide de la plaie, l'absence des troubles de la phonation et de la déglutition, mais son grand inconvénient c'est que l'on fait généralement la réunion immédiate de la plaie, *il est donc impossible de surveiller la tumeur, de voir s'il survient une récidive et d'amener l'atrophie du pédicule par des cautérisations ultérieures répétées.*

Au contraire, la méthode palatine, soit la résection osseuse, soit préférablement l'*incision seule du voile avec désinsertion latérale à la rugine*, offre le double avantage de ne pas laisser de cicatrice visible et de donner beaucoup de jour sur la tumeur, qui est absolument sous les yeux du chirurgien; il sera donc bien facile de l'enlever par morcellement et non par arrachement, comme dans la méthode de l'abaissement du nez. Après l'intervention, on pourra surveiller la tumeur que l'on distingue très nettement à travers les deux lambeaux du voile : si, donc, il survient une récidive, le chirurgien aura toute facilité pour la détruire au thermo ou au galvanocautère, à l'acide chromique ou pour en faire l'ablation.

Les seuls inconvénients de cette méthode sont : l'hémorragie assez grave qui se produit lors de l'opération, mais ne résiste pas à la cautérisation et aux tamponnements; la difficulté de la déglutition; le nasonnement de la voix, troubles légers que fera disparaître une staphylorraphie ultérieure.

LA CONFUSION MENTALE PRIMITIVE ET SECONDAIRE (1)

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

La campagne inaugurée par M. Chaslin en 1892, au Congrès de Blois, a pleinement réussi. La confusion mentale, dont il s'est fait le champion, est à l'ordre du jour et aussi étudiée et discutée qu'elle avait été durant cinquante ans dépréciée et abandonnée. Elle suscite maintenant de nombreux et intéressants travaux; elle en a inspiré ces temps derniers à M. Séglas, à M. Ballet, à M. Régis, à M. Toulouse, à M. Kasenion, à M. Chevalier-Lavaure, à M. Legrain. Faisant œuvre, tout au moins d'actualité, je viens à mon tour participer à ce tournoi et dire en toute franchise ce que je pense d'elle.

I

La découverte d'une vérité a parfois cette conséquence fâcheuse de nuire à une autre vérité et d'en entraîner momentanément l'abandon. C'est ce qui s'est produit pour la stupidité de Georget après les remarquables recherches de Baillarger et son célèbre mémoire sur la lypémanie stupide. Jusqu'à la publication du travail de l'illustre médecin de la Salpêtrière, tous les aliénistes acceptaient l'existence d'une entité morbide appelée *démence aiguë* par les uns, *stupidité* par les autres, et caractérisée *uniquement* par la suspension plus ou moins complète et plus ou moins durable des fonctions intellectuelles. Le sujet n'avait ni délire, ni hallucination, ni perversion instinctive, ni trouble émotif; il était seulement devenu incapable de penser et de vouloir; sa couche corticale intellectuelle ne fonctionnait plus; il était ce que dans le langage faubourien on appelle un *abruti*, état que les médecins qualifièrent d'un mot plus distingué, mais tout aussi caractéristique, celui de *stupide*. On crut même avoir trouvé l'anatomie pathologique de ce mal, avec Eloc-Demasy, qui par un procédé de dessiccation établit que la couche corticale des stupides contenait plus de liquide qu'à l'état normal. L'œdème des cellules cérébrales intellectuelles devint, dès lors, le substratum anatomique de la stupidité. C'est cet œdème qui, en imbibant et en comprimant les cellules nerveuses sans les altérer, enrayait leur fonctionnement en proportion de son intensité, fonctionnement qui reparaissait au fur et à mesure que cet œdème se résorbait, puisque l'élément nerveux n'était pas détruit, comme un membre immobilisé par des liens recouvre ses mouvements quand on l'en délivre.

Le mémoire de Baillarger balaya tout cela. Cet aliéniste découvrit que le stupide n'était stupide qu'en apparence, que, bien loin d'être complètement suspendues, ses fonctions intellectuelles étaient en partie très actives, et que c'était précisément cette suractivité cérébrale, mais s'exerçant ici latéralement dans un sens terrifiant et dépressif, qui immobilisait les sujets, les dépouillait de toute initiative, leur enlevait la conscience du temps, des lieux et des personnes, abolissant leur volonté et leur donnant cette fausse apparence de complète stupidité sous laquelle ils se présentaient. Interrogez-les quand ils sont guéris, disait Baillarger, et l'un vous répondra qu'il ne bougeait pas et restait immobile et ahuri parce qu'une voix menaçante lui annonçait la mort certaine au moindre mouvement, l'autre parce qu'il se voyait environné de flammes de toutes parts.

La découverte de Baillarger n'était pas discutable. Il eut, à l'appui de son dire, non seulement les récits des malades guéris, mais encore l'observation directe qui montra des mélancoliques passant successivement et alternativement, selon l'intensité croissante et décroissante de leur délire et de leurs hallucinations, par les trois degrés de la dépression simple, de l'anxiété et de la stupidité. Baillarger put montrer les mêmes lypémaniaques, hier simplement déprimés, aujourd'hui anxieux et le lendemain stupides, selon que leur activité cérébrale croissait précisément dans le sens douloureux et terrifiant. Ce fut toute une révolution. Du coup, la stupidité fut rayée du cadre des maladies mentales. Il n'y eut plus de stupides, il n'y eut désormais que des lypémaniaques stupides.

En vain quelques voix autorisées protestèrent : Delasiauve et Brière de Boismont à Paris, Sauze à Marseille, — ce dernier sans nier la découverte de Baillarger, qui au fond n'était pas niable, — prétendirent avec raison que, même en l'acceptant, elle ne comprenait pas tous les cas, que si nombreux, très nombreux, de beaucoup même les plus nombreux sont les stupides qui ont des hallucinations et un délire triste, il en est d'autres qui, à aucun moment, n'ont délire ni hallucinations, qui sont simplement des stupides et rien que des stupides, et qui d'ailleurs, interrogés eux aussi après guérison, racontent qu'ils n'avaient ni idée, ni volonté, et qu'ils étaient comme idiots. Ils ne se souviennent pas, voilà tout, répondirent les partisans de la nouvelle doctrine, et, de fait, ils n'eurent pas de peine à trouver des stupides qui avaient commis, dans l'état apparent de la plus profonde stupeur, des tentatives de suicide par exemple, et qui, guéris, soutenaient que durant leur maladie ils n'avaient pensé à rien, qu'il leur semblait sortir d'une nuit noire. La victoire fut complète; la stupidité ou confusion mentale ne fut plus considérée, toujours et dans tous les cas, que comme symptomatique, comme une simple complication de certaines lypémanies.

Et il en fut ainsi jusqu'à ces dernières années. Aujour-

d'hui un revirement tend à se produire. A M. Chaslin revient l'honneur d'avoir inauguré cette campagne qui aboutira, je l'espère, à rendre à la stupidité ou confusion mentale la place qu'elle n'aurait jamais dû perdre chez nous qui l'avions créée, qu'elle n'a d'ailleurs jamais perdue à l'étranger, en Allemagne surtout, mais qui nécessitera, je le crains, d'assez rudes combats. Il faudra lutter pour trois raisons. La première est que le pli est pris. A parler de stupidité aujourd'hui, on a l'air bien revenant, et j'avoue qu'il a fallu à M. Chaslin, pour se proclamer le restaurateur de cette doctrine surannée, quoique vraie, un courage et une audace dont il convient de le féliciter hautement. La confusion mentale primitive fait sourire; on lui trouve une odeur de moisi et un je ne sais quoi de rococo, quelque chose de l'ancien temps, comme qui dirait les chapeaux, les cols et les redingotes qu'on portait sous Charles X. Or, il est toujours très difficile de ramener les gens, fussent-ils des savants, à une chose qui représente pour eux le passé défunt, qui constituerait un retour en arrière.

En second lieu, la découverte de Baillarger non seulement est incontestable, mais elle embrasse, à mon avis, la grande majorité des cas; il n'est pas douteux, pour moi, qu'il y ait en effet beaucoup plus de lypémanes stupides que de stupides simples. On sera donc naturellement porté à penser que les prétendus cas de confusion mentale primitive, rares comparativement aux autres, ne sont en réalité que des cas mal observés et dans lesquels les malades n'ont pas gardé le souvenir du délire intense et des hallucinations terrifiantes qui les stupéfiaient. Et puis, la doctrine actuellement en honneur simplifie, par là s'impose plus facilement à l'esprit, qui préfère par nature le simple au composé.

Enfin, il est tout aussi incontestable que la confusion mentale est un symptôme banal, un symptôme même constant dans toutes les folies. Il n'y a pas, en effet, que la lypémanie qui puisse être stupide, il y a aussi une paralysie stupide générale, une épilepsie stupide, une hystérie stupide, des intoxications stupides. Bien plus, à un degré moindre, la confusion mentale se rencontre à un moment ou à un autre, à titre permanent ou transitoire, chez tous les aliénés, même chez ceux en apparence les plus maîtres de leur raisonnement, même chez les délirants systématiques, de telle sorte qu'il est exact de dire que, peu ou prou, tout fou a été, est ou sera un confus. La confusion mentale est donc aux maladies de l'esprit ce qu'est la fièvre aux maladies du corps, un symptôme quasi constant; et il est étrange, à première vue, de vouloir faire une place à part à un élément qu'on retrouve chez tous les aliénés quels qu'ils soient, vésaniques, paralytiques, épileptiques, hystériques et intoxiqués. Quelque grande que soit l'intensité de la température, alors même qu'elle devient l'élément principal, le danger de mort, pour le médecin, elle n'en reste pas moins un simple symptôme; l'importance qu'elle acquiert n'en fait pas pour cela la maladie; elle est quand même et toujours reléguée à sa place, considérée comme une simple complication du mal principal qui la provoque. Pour en faire la maladie, il faudra en effet établir qu'elle a une existence propre, qu'elle existe par elle-même, qu'elle est, en un mot, tout le mal.

Eh bien! c'est précisément parce qu'il est, à ma connaissance, des cas incontestables où la confusion mentale, en tant qu'affection psychique, existe par elle-même, où elle est toute la maladie, où on ne trouve dans l'esprit du patient que de la confusion mentale, rien que de la confusion mentale, où l'examen le plus attentif ne révèle ni délire, ni trouble sensoriel, qu'il convient de rétablir la stupidité à la place qu'elle occupa jadis dans le cadre des maladies mentales, mais aussi de réserver exclusivement ce nom à ces cas particuliers, moins rares peut-être qu'on ne le croirait tout d'abord, où l'aliéné est un confus, rien qu'un confus. Cet exclusivisme me paraît de toute nécessité pour sortir du chaos actuel. Si on accepte que, dans la confusion mentale primitive, il puisse y avoir du délire et des hallucinations, nous retomberons fatalement dans les luttes et les discussions d'antan sous lesquelles a succombé jadis la stupidité, et sous lesquelles forcément elle succombera de nouveau, car les partisans de la lypémanie stupide seront autorisés aujourd'hui, comme hier, à nous répondre que la confusion mentale que nous constatons chez ces délirants et ces hallucinés, quelque intense qu'elle soit, n'est pas primitive comme nous le prétendons, mais bien la conséquence des conceptions vésaniques et des troubles sensoriels. Que si, au contraire, nous abandonnons, comme c'est d'ailleurs logique, à la lypémanie stupide tous les cas où il y a délire et hallucination, il ne restera plus qu'à prouver par des faits cliniques, contrairement à l'opinion erronée qui règne à cette heure, qu'il y a des stupides qui ne sont ni délirants ni hallucinés, qui ne sont que stupides, pour établir sur des bases inattaquables l'existence de la confusion mentale primitive.

On aurait ainsi deux groupes cliniques très distincts de confus, parfaitement conforme à la réalité des faits; les confus avec délire et hallucinations qui constitueraient seuls la lypémanie stupide découverte par Baillarger, et les confus sans délire ni hallucination, les confus rien que confus avec lesquels se reconstituerait la stupidité de Georget. Et cela, je le répète, serait parfaitement conforme à la réalité des faits. Nos pères n'avaient pas vu autrefois que, parmi les stupides, il y en avait beaucoup, le plus grand nombre même, qui n'avaient que les dehors de la stupidité, qui cachaient sous ce masque trompeur un délire lypémaniaque des plus intenses et ils ont eu le tort d'englober tous les stupides indistinctement sous la même description et sous le même vocable; mais nous, nous avons péché en sens contraire; eux, de ce que quelques-uns n'avaient ni délire, ni hallucination, ils en ont conclu que tous étaient dans ce cas; nous, de ce que nous en avons découvert un grand nombre qui étaient délirants et hallucinés, nous concluons qu'il en est de même de tous. Une fois de plus il est vrai de dire qu'il y a place au soleil pour tout le monde; l'essentiel est que chacun se contente de la sienne et ne cherche pas à empiéter sur celle du voisin; or, par malheur, c'est ce que de tout temps il a été fort difficile d'obtenir de l'humanité, même savante.

II

Je ne saurais, en conséquence, souscrire entièrement à la description que donne de la confusion mentale primitive M. Chaslin qui, s'il a eu le grand et courageux mérite d'assumer la lourde et difficile tâche de réhabiliter la stupidité, a eu le tort, à mes yeux, d'avoir voulu lui faire la part trop belle et réduire un peu trop à la portion congrue la lypémanie stupide à qui, en réalité, revient au contraire, sinon la part du lion qui prenait tout, du moins la plus belle. D'après le distingué médecin de Bicêtre, si les symptômes d'obnubilation intellectuelle forment le fond essentiel de la

confusion mentale primitive, ils peuvent être accompagnés encore d'idées délirantes, d'illusions et d'hallucinations. Ces illusions et ces hallucinations principalement visuelles, mêlées aux idées délirantes, sont, dit-il, comme celles-ci tout ce qu'il y a de plus variable; elles peuvent être indifférentes, ou, au contraire, prendre une couleur particulière, le plus souvent triste, quelquefois, au contraire, et passagèrement de nature gaie ou religieuse. Il accepte que, dans la confusion mentale primitive, on trouve des idées délirantes mélancoliques, d'auto-accusation, de ruine, de damnation, de persécution vague, de négation même ou de transformation corporelle. Ces délires et ces hallucinations, ajoute M. Chaslin, changent avec une extrême rapidité et sont vite oubliés du malade; il n'y a pas systématisation en général, pourtant de même que des sortes de tics peuvent s'établir, de même peuvent se fixer avec plus ou moins d'intensité et de durée, les idées délirantes, les hallucinations ou les illusions.

De son côté, M. Séglas, dans un article qui date de quelques mois, puisqu'il a paru le 17 mars de cette année dans la *Presse médicale*, accepte, lui aussi, une confusion mentale primitive hallucinatoire et délirante. Aux symptômes fondamentaux de la stupeur s'ajoutent pour lui d'abord des idées délirantes, en général de caractère triste : idées de ruine, de damnation, de persécution vague, de culpabilité, assez souvent de négation, de mort, de décomposition cadavérique ; parfois, dans les moments d'excitation : idées érotiques, idées de grandeur très passagères; ces idées ne sont nullement systématisées, elles sont sans consistance, mobiles et en même temps monotones, ou bien changeantes, parfois contradictoires, le délire ressemble à un rêve; à côté des idées délirantes et leur servant d'aliment, on trouve souvent des hallucinations de divers sens, surtout de la vue et de l'ouïe, pénibles, terrifiantes, variables et mobiles.

Je le déclare en toute franchise : je suis incapable de différencier la confusion mentale primitive, telle qu'elle est présentée par M. Chaslin et M. Séglas, de la lypémanie stupide de Baillarger. Ces deux distingués aliénistes sont d'ailleurs fort embarrassés eux-mêmes quand ils arrivent au chapitre du diagnostic différentiel. Il peut y avoir des cas, écrit M. Chaslin, dans lesquels la mélancolie aboutit à la véritable confusion, sans parler, bien entendu, de la complication par épisodes intercurrents, ou bien encore dans lesquels il y a à la fois les deux affections : c'est alors que l'embarras peut être grand et la solution impossible. Comment M. Chaslin ne voit-il pas que cette impossibilité qu'il est obligé lui-même de confesser, tient à ce que sa confusion mentale primitive ne diffère en rien de la lypémanie stupide de Baillarger? Le savant médecin de Bicêtre croit néanmoins qu'on arrivera le plus souvent à distinguer les deux à l'aide du tableau magistralement tracé, dit-il, par Delasiauve. Mais le tableau de Delasiauve ne peut servir à rien, car il concerne, non le diagnostic différentiel de la confusion mentale primitive et de la confusion mentale lypémaniaque, mais le diagnostic différentiel de la lypémanie simple et de la stupeur. Delasiauve ne pouvait songer à établir son diagnostic différentiel entre la stupidité et la lypémanie stupide, puisqu'il niait radicalement l'existence de cette dernière et soutenait avec énergie et conviction que tout était erroné dans l'œuvre de Baillarger. Comment, dès lors, s'appuyer sur son tableau pour différencier la lypémanie stupide qu'il niait, sur son tableau qu'il a précisément tracé pour démontrer que celle-ci n'existait pas? Qu'a fait Delasiauve, en effet? Il a pris un lypémaniaque simple et un stupide, il les a mis en présence l'un de l'autre, les a comparés l'un à l'autre et il s'est efforcé de montrer par là qu'ils différaient tellement entre eux qu'il était monstrueux de les considérer comme atteints de la même maladie. Certainement ces deux maladies diffèrent de beaucoup, sans quoi on s'expliquerait mal qu'il fallût attendre jusqu'au mémoire de Baillarger pour apprendre que beaucoup de stupides n'étaient, en réalité, que des mélancoliques dont le délire était masqué par la stupeur, aussi Delasiauve a-t-il entrepris là un travail inutile, car cette différence saute aux yeux au point d'avoir aveuglé les aliénistes jusqu'en 1843. Mais ce qui crée cette différence apparente, c'est précisément l'adjonction de l'élément confusion mentale, un lypémaniaque confus ne pouvant se présenter sous le même aspect qu'un lypémaniaque lucide, tout en étant néanmoins lypémaniaques tous les deux. Or, de cela, Delasiauve, que je sache, ne s'est point préoccupé, puisqu'il partait de ce principe, irréductible à ses yeux, que le stupide ne pouvait pas être un lypémaniaque. Dès lors, renvoyer à son tableau pour apprendre le diagnostic différentiel de la confusion mentale primitive et de la lypémanie stupide de Baillarger revient à nier l'existence de cette dernière.

M. Séglas ne commet pas cette faute de s'appuyer sur Delasiauve, mais, en réalité, le diagnostic différentiel qu'il donne est exactement celui de cet aliéniste. Dans la mélancolie, dit-il, le début est plus lent; en outre, il existe des troubles émotionnels primordiaux et permanents, un état de douleur morale caractéristique se reflétant dans l'attitude, la physionomie, la mimique expressive, le langage, le délire, qui, par ses caractères de concentration, de ténacité, de fixité, de monotonie, diffère radicalement de celui de la confusion; l'opposition, la résistance systématique du mélancolique sont aussi bien différentes de la docilité du confus. Toutefois le diagnostic avec la mélancolie est parfois très difficile, avoue, lui aussi, M. Séglas, car on peut rencontrer, au cours de la mélancolie, des épisodes de véritable confusion mentale et, d'autre part, il existe entre les deux formes des cas intermédiaires qu'on est fort embarrassé de classer.

Cette grande difficulté d'établir le diagnostic différentiel dont parlent M. Séglas et M. Chaslin, cette impossibilité même dans nombre de cas qu'ils reconnaissent, tiennent tout simplement à ce que leur confusion mentale primitive n'est pas autre chose que la lypémanie stupide de Baillarger; il n'y a de différent que le nom. On retrouve, en effet, dans la description de l'illustre aliéniste de la Salpêtrière toute leur symptomatologie et jusqu'à leur comparaison avec l'état de rêve.

Si on analyse cet état, écrivait Baillarger en 1843, en isolant les principaux traits, on trouve qu'il est surtout caractérisé : 1° intérieurement par la perte de conscience du temps, des lieux, des personnes, par l'existence du malade dans un monde imaginaire, des illusions et des hallucinations nombreuses; la suspension de la volonté, enfin par un délire exclusivement triste; 2° extérieurement par l'inertie, l'immobilité, une apparence de stupidité, la perte ou la diminution de la sensibilité. Cet état me paraît avoir, dit-il, beaucoup d'analogie avec l'état de rêve.

Je reconnais volontiers toutefois que M. Chaslin et M. Séglas ont, avec raison, insisté plus que ne l'avait fait Baillarger sur l'état de confusion mentale de ces malades. Baillarger s'était contenté de signaler chez eux, sans y atta-

cher toute l'importance nécessaire, la perte de la conscience du temps, des lieux et des personnes et la suspension de la volonté, ce qui, implicitement, indique sans doute la confusion mentale, mais il n'a pas mis en relief que cette confusion mentale, par le développement qu'elle acquerrait, les conséquences qu'elle avait tant sur le fonctionnement psychique que sur l'habitus des malades, était ce qui donnait à la maladie un cachet spécial, ce qu'au contraire M. Chaslin et M. Séglas ont admirablement réalisé.

Leurs deux descriptions sont excellentes et donnent une idée très exacte de l'état de grande confusion mentale dans lequel sont plongés les malades, mais je dis que ces malades sont les mêmes que ceux de Baillarger. La symptomatologie qu'il fournit, quelque incomplète et courte qu'elle soit, suffit néanmoins à démontrer qu'il avait, lui aussi, constaté, chez eux, cet état particulier de confusion mentale ; la perte de la conscience, du temps, des lieux et des personnes, avec l'abolition de la volonté qu'il signale, ne sauraient laisser aucun doute à cet égard. Plus encore le prouve la comparaison avec l'état de rêve, sur laquelle il insiste et qu'il développe en deux pages, et qui est précisément la comparaison à laquelle ont recours M. Chaslin et M. Séglas.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Contre les plaies chancreuses.

Iodate de sodium pulvérisé . . 3 grammes.
Acide borique porphyrisé . . 30 —

A employer en application sur les plaies. (*Gaz. hebd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 24 novembre :

Anatomie. — MM. Boricaud et Bourgeois, 14. — Chifoliau, 13. — Cahen, 11. — Fernique, 10. — Castan, 8. — Bruandet, 6. — Coustols, 5. — Paris, 4.

Pathologie. — MM. Petit (Jean), 13. — Herscher, 12. — Bosvieux, Mathé et Gentin, 10. — Calvé, 9. — Aubourg et Chevrier, 8. — Gaucher, 7. — Deletré et Picard, 5.

— La Société des médecins des hôpitaux, à la suite du rapport de M. L. Dreyfus-Brisac, vient d'émettre le vœu que les modifications suivantes soient apportées au concours de médecine des hôpitaux :

1° Substitution du vote secret au vote à mains levées dans toutes les épreuves, avec engagement d'honneur pris par les membres du jury de ne jamais faire connaître leur vote.

2° Institution d'un concours unique annuel où seraient données toutes les places vacantes, jusqu'à concurrence de six.

3° Remplacement du jury unique actuel par deux jurys, présidant l'un aux épreuves d'admissibilité, l'autre aux épreuves de nomination. Chacun de ces jurys, exclusivement composé de médecins chefs de service, compterait quatorze membres. Le second jury serait constitué avant la publication de la liste des admissibles; ne pourraient en faire partie les médecins qui auraient refusé de faire partie du premier.

4° Fixation du nombre des admissibles au triple des places à donner, avec un minimum de dix.

5° Remplacement de l'épreuve de deux malades par deux épreuves : *a*, une leçon sur un malade, d'une demi-heure de durée, après trente minutes dont le candidat disposerait à son gré pour l'examen du malade et la préparation de la leçon; *b*. une consultation écrite sur un malade : vingt minutes seraient accordées au candidat pour l'examen clinique, y compris l'analyse des urines, et une heure pour la rédaction de la consultation.

6° Publicité de diagnostic détaillé formulé par le jury dans les épreuves cliniques.

— Par décret, en date du 23 novembre 1897, M. Abelous, agrégé, est nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Toulouse.

— Les élèves et amis de M. le professeur Le Dentu désirent lui offrir une médaille à l'occasion de sa nomination comme officier de la Légion d'honneur. Le prix de la cotisation est fixée à 20 francs. Prière d'envoyer le montant des souscriptions à MM. Lyot, 37, rue de Rome ; Mauclaire, 22, rue Montaigne ; Pichevin, 18, rue Caumartin.

La liste des souscriptions sera close le 25 décembre 1897.

— M. le docteur Dubar, ancien médecin du lycée de Lille, est nommé médecin honoraire dudit lycée.

— Le gouvernement italien étudie un projet de loi interdisant l'exercice de la médecine, en Italie, à tout médecin étranger non muni d'un diplôme italien.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bottard (de Paris), Courtay (de Périgueux), Ambr. Guichard, père (d'Angers), Lemire (de Paris), et Maret (de Trouette).

— Les *Procès célèbres*, revue mensuelle illustrée des procès célèbres de l'année (rédacteur en chef : Me B. Monteux, avocat à la Cour d'appel de Paris), publie dans son n° 1 (novembre 1897) de sa cinquième année, le procès du docteur Laporte devant la neuvième chambre du Tribunal correctionnel de la Seine; le réquisitoire *in extenso* de M. Bronchot, substitut du procureur de la République; la plaidoirie complète de Me Henri Robert, avocat à la Cour d'appel. Signalons dans cet intéressant numéro un beau portrait de M. le professeur Pinard. — Paris, A. Pedone, libraire éditeur, 13, rue Soufflot. — Prix du numéro : 1 fr. 50.

— *Policlinique de chirurgie des femmes* du docteur Berrut (rue de Varenne, 28). — Le jeudi, à neuf heures : leçon ouverte aux médecins et aux sages-femmes, sur la présentation de leur carte, et aux élèves inscrits. — A dix heures, consultation. — L'inscription des élèves est reçue à trois heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur
Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE 3 mois : 8 fr. 50 — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 29 novembre 1897.

L'obstétrique vient de perdre un de ses maîtres les plus justement estimés. Le professeur Tarnier est mort lundi dernier à Paris, emporté par une courte maladie. Vendredi, ses obsèques ont eu lieu à la Madeleine, au milieu d'une foule considérable de collègues, d'élèves, de parents et d'amis. Ses élèves directs l'ont accompagné jusqu'à Dijon, où le lendemain, au milieu d'un petit nombre d'assistants, eut lieu l'inhumation. Quelques discours ont été prononcés sur sa tombe.

Tarnier fut un maître, au sens réel du mot. Il fut un véritable chef d'école, et tous, ou presque tous les accoucheurs actuels de Paris se sont formés à son enseignement ou à ceux de ses élèves.

Ce n'était pas qu'il fût un professeur à la parole puissante, au verbe élevé, qui sût captiver son auditoire sous le charme de paroles sonores et d'élégante structure. Non, Tarnier était un clinicien et un observateur. Ses élèves, il les a formés au lit de la parturiente; son enseignement, il l'a tiré de l'observation et de l'étude des faits. Son rôle ne fut jamais celui d'un répétiteur chargé d'apprendre et de faire comprendre aux ignorants les éléments de l'obstétrique; il dédaigna cet enseignement, bon pour des moniteurs, mais inférieur au but que doit se proposer un professeur de Faculté. Il s'adonna tout entier à l'obstétrique, à laquelle il imprima une vive impulsion en avant. Dès sa thèse, en 1857, il avait vingt-neuf ans alors, sa voie se dessina lorsqu'il étudia la *Fièvre puerpérale à la Maternité*. A trente-deux ans, il fut reçu agrégé et fit une thèse remarquable sur : *Les cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire et des procédés opératoires relatifs à cette extraction*. Cinq ans plus tard, il fut nommé chirurgien des hôpitaux. L'Assistance publique ne créa les accoucheurs que beaucoup plus tard.

Dès lors, il gravit rapidement tous les autres échelons des honneurs officiels. Membre et président de la Société de chirurgie, membre et président de l'Académie de médecine, professeur de clinique obstétricale; à la Faculté il était commandeur de la Légion d'honneur.

Nous ne voulons pas citer ici tous les travaux et mémoires de Tarnier. Mais nous devons insister sur quelques points qui ont contribué à établir sa réputation.

Le grand mérite de Tarnier fut de découvrir la cause de cette mortalité effrayante qui sévissait chez les femmes en couches dans nos maternités. Ce fut lui qui, le premier, constata et démontra que ce fameux génie épidémique qu'on accusait de tuer les femmes, n'était, en réalité, qu'une contagion provoquée chez les accouchées par une hygiène insuffisante et une méconnaissance des maladies infectieuses. Dès lors, il s'adonna à l'hygiène des maternités, il fut le premier à régler la pratique de l'antisepsie dans les accouchements et il réussit à réduire à néant la mortalité par infection des accouchées de nos maternités. C'est là, à notre avis, le plus beau fleuron de la couronne de Tarnier.

Puis il fit son forceps et son céphalotribe, instruments remarquables et qui resteront. Maintes éclamptiques lui doivent la vie, à cause de ses travaux sur le *régime lacté dans l'albuminurie de la grossesse et l'éclampsie.*

Enfin, le sort des enfants nouveau-nés ne l'intéressait pas moins. Sa couveuse est aujourd'hui bien connue et arrache à la mort bien des existences d'êtres chétifs et congénitalement débiles.

Tarnier était un bon et un juste. Il resta modeste et simple, malgré les honneurs qui ne lui firent pas défaut. Les dernières années de sa vie furent un peu attristées par le spectacle des discordes qui s'étaient élevées entre ses élèves, dont quelques-uns ne conservèrent pas toujours par devers lui l'attitude que la simple reconnaissance eût dû leur imposer. Tarnier ne s'en plaignit jamais ouvertement, mais il en fut profondément affecté. C'était, dans la pratique de son art, non seulement un savant consommé, un accoucheur éminent, mais c'était, par dessus tout, l'honnête homme, le médecin digne et bon, uniquement préoccupé de l'intérêt de ses malades. Il était l'ennemi déclaré de toutes les combinaisons louches et de tous les tripotages. Aussi, en mourant, emporte-t-il l'affection et l'estime de tous ceux qui l'ont connu.

Dans le précédent compte rendu de la Société médicale des hôpitaux, nous avons résumé la communication de M. Triboulet sur un cas de rhumatisme articulaire aigu, dans lequel l'examen bactériologique avait permis de retrouver un micro-organisme spécial, lequel était qualifié de « microbe de Thiroloix ». C'est là une inexactitude, évidemment

involontaire, qu'il importe de détruire. Ce micro-organisme, que les études récentes tendent à faire considérer comme l'agent spécifique du rhumatisme articulaire aigu, a été, pour la première fois, isolé par Achalme en 1891.

MM. Dieulafoy et Caussade apportent à la Société le résultat de leurs expériences, qui affirment, une fois de plus, la théorie de l'appendicite par cavité close. Ils ont constaté, à l'exemple de MM. Hartmann et Mignot, l'exaltation de la virulence du bacterium coli contenu dans la cavité close d'une appendicite. Ils ont pris une appendicite oblitérante aiguë, dans laquelle la cavité close était absolument séparée de la partie libre du canal appendiculaire; puis ils ensemencèrent deux bouillons : l'un, bouillon n° 1, avec une parcelle de liquide prélevée dans la partie libre du canal appendiculaire; l'autre, bouillon n° 2, avec une parcelle de liquide prélevée dans la cavité close. Ces bouillons contenaient du coli-bacille en quantité. Puis ils choisirent 12 cobayes sensiblement de même poids, et les séparèrent en deux séries de 6. Les 6 cobayes de chaque série reçurent, sous la peau du ventre, les uns, XV gouttes du bouillon n° 1, les autres XV gouttes du bouillon n° 2.

Les cobayes inoculés avec le bouillon n° 1 (celui qui avait été ensemencé avec le liquide de la partie libre du canal) n'ont eu, au niveau de l'inoculation, qu'un petit noyau induré, dont la résorption fut rapide. Les 6 autres cobayes, inoculés avec le bouillon n° 2, ont eu des abcès gangréneux, le pus de ces abcès contenant du coli-bacille pur. Ceci prouve surabondamment le rôle pathogénique de la cavité close appendiculaire, et l'exaltation de virulence qui s'y produit.

D'autres expériences des mêmes auteurs prouvent la toxicité des produits élaborés en cette cavité close; d'où la conclusion que l'appendicite est à la fois une maladie toxique et une maladie infectieuse.

M. Barbier décrit dans les angines un nouveau micro-organisme qu'il baptise : le bacille en navette. En voici la description exacte. C'est un bacille « ventru, à extrémités effilées, plus court que le bacille diphtérique, plus épais que le bacille diphtérique court, prenant uniformément les matières colorantes, et plus fortement que celui-ci. Il pousse avec quelques différences, sur sérum et dans le bouillon, mais donne surtout une culture verruqueuse, exubérante sur la gélose glycérinée, sur laquelle le bacille diphtérique pousse difficilement ». Ce bacille toujours associé, soit au bacille diphtérique, soit à des micro-organismes variés, n'est pas virulent pour le cobaye dans les conditions d'expérience où le bacille diphtérique l'est. On le trouve dans la gorge, mais surtout dans le nez. Cliniquement, les angines qui donnent, à l'examen bactériologique, des bacilles en navette peuvent être membraneuses ou présenter les caractères des angines inflammatoires simples.

Ce microbe paraît être un parasite accidentel qui doit être séparé du bacille diphtérique.

M. Morel-Lavallée signale la fréquence de la pleurésie sèche bilatérale au cours de la grippe épidémique, ce qui tend à infirmer la nature systématiquement tuberculeuse de toutes les manifestations pleurales. Il s'agit ici d'une pleurésie aiguë, subaiguë ou fruste dont la guérison paraît ordinaire.

M. Letulle apporte des pièces anatomiques intéressantes, puisqu'elles permettent de voir la coïncidence d'un cancer colloïde du duodénum et d'un ulcère simple. Pendant la vie, la succession des signes des deux affections a été bien manifeste. Le malade fut soigné pour un ulcère simple, à siège mal déterminé, gastrique ou duodénal; puis il parut s'améliorer. Il eut une rechute suivie d'une autre amélioration; enfin, des signes de cancer apparurent qui emportèrent le malade. Le cancer s'était développé sur la cicatrice d'un vaste ulcère simple.

M. Variot appelle l'attention de la Société sur trois faits de troubles moteurs peu connus dans le rachitisme, troubles qui ressortissent probablement à l'existence de névrites périphériques.

LA RÉFORME DES EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES

RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par le docteur V. Martin-Durr.

J'ai l'honneur de communiquer, à la Société de médecine de Paris, les conclusions de la Commission, nommée par elle, pour examiner les réformes à effectuer aux expertises médico-légales, et composée de MM. Rougon, Ladreit de Lacharrière, Christian, Besnier et Martin-Durr, rapporteur.

Comme l'a rappelé notre collègue Rougon (1), « notre Société, qui compte ses cent années d'existence, dès ses débuts et ultérieurement, n'a jamais hésité à prendre l'initiative et à réclamer les mesures pouvant réaliser le progrès. Elle a toujours dignement partagé, lorsqu'il y avait lieu, la solidarité professionnelle.

Nous reconnaissons tous l'égalité de tous devant la loi. La Société de médecine de Paris, en repoussant à son origine les privilèges, a reconnu et proclamé la responsabilité professionnelle avec toutes ses conséquences. »

La gravité des suites que peut entraîner l'erreur en matière d'expertise médico-légale, le retentissement des erreurs les plus récentes (affaire Drouaux, affaire Laffite, affaire Laporte, etc.) obligent la Société de médecine de Paris, fidèle à ses traditions séculaires de dignité professionnelle et de recherche du progrès, à appeler l'attention des pouvoirs publics et des représentants de la nation sur les modifications à apporter à l'expertise médico-légale.

I

Exposé des vœux émis par la commission. — La question des réformes à effectuer aux expertises médico-légales nous semble devoir être scindée en trois chapitres principaux :

1° La question de l'*instruction technique* des futurs médecins experts, que nous résolvons par le vœu *de la création la plus immédiate d'un institut médico-légal*;

2° La question de la *contre-expertise*, que nous résolvons par l'*affirmative*, que nous demandons *initiale, dès le début de l'instruction*;

3° La question de la *responsabilité des experts*, que nous résolvons par la *négative*, quant à la responsabilité *pécuniaire*; la responsabilité morale ne pouvant s'apprécier en un texte de loi et persistant immuable comme sont immuables les principes de la conscience.

(1) Rougon. Soc. de méd. de Paris, séance du 23 oct. 1897.

CRÉATION D'UN INSTITUT MÉDICO-LÉGAL. — On ne s'improvise pas médecin expert. La médecine légale est une branche tout à fait spéciale, qui nécessite de longues et minutieuses études préliminaires, et où il faut ensuite une continuité permanente dans le travail, permettant de se tenir au courant de toutes les découvertes en sciences naturelles, en physique, en chimie, en anatomie pathologique, en histologie, en bactériologie, en clinique, etc.

Or, qu'arrive-t-il actuellement pour le médecin expert de la plupart de nos tribunaux de province, et, nous venons de le voir récemment, même à Paris?

Étudiant, le futur médecin n'a que de bien faibles ressources pour parfaire son instruction au point de vue de la médecine légale. A Paris, il assiste bien aux autopsies de la Morgue, et c'est, en effet, là que se fait son éducation spéciale la meilleure, car il voit agir devant lui les maîtres de la science dans cette matière.

Mais toutes les opérations complémentaires et indispensables, — analyses chimiques, examens microscopiques, expérimentations, etc., — *faute de locaux suffisants* permettant la présence des étudiants, se pratiquent loin du futur praticien.

D'ailleurs, il n'y a aucune centralisation des locaux où se pratiquent ces diverses opérations, les unes ayant lieu à la Morgue même, les autres dans les locaux de la caserne Lobau, d'autres enfin dans les laboratoires de la Faculté.

CONCLUSION : Le futur médecin ne voit et n'apprend qu'une partie des opérations de la médecine légale. *Il n'y a pas de locaux suffisants.*

Voici pour les études préliminaires. Comment se comporte plus tard le médecin promu au titre d'expert près d'un tribunal? Ses fonctions d'expert sont pour lui un surcroît de travail, qu'il s'efforce, certes, de remplir de son mieux, lorsque le moment se présente, mais pour lequel la bonne volonté ne suffit pas. Emporté par le courant des occupations journalières de la profession, il lui est matériellement impossible de suivre le mouvement scientifique progressif de la branche spéciale qu'est la médecine légale.

De plus, il existe un ou plusieurs médecins experts auprès de chaque tribunal, ce qui multiplie leur nombre et fait nécessairement que chacun d'eux est rarement appelé à faire emploi des connaissances qu'il a pu acquérir à l'école.

Ces deux causes, la multiplicité des préoccupations professionnelles et la rareté des expertises, font qu'*avec le temps* ce qu'il a pu savoir au point de vue de la médecine légale, s'estompe peu à peu et, comme une clef qui ne sert pas, *il se rouille*.

Alors, lorsqu'une affaire se présente, n'ayant pas ou plus la pratique, il se rejette fiévreusement sur les livres, consulte *les auteurs*, les fameux auteurs qu'ont évoqués les experts de Rouen.

On a vu quelles erreurs peut faire commettre la lecture des traités, non suffisamment corrigée et mise au point à l'aide d'une expérience mûrie par de sérieuses études préliminaires et une longue pratique.

A cette situation défectueuse il doit y avoir remède. La justice ne peut se passer de l'aide des hommes de l'art et il faut qu'elle puisse avoir confiance en eux.

Depuis longtemps le remède est proposé, et depuis longtemps, depuis plus de dix ans, l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris lutte pour le faire adopter.

Bien mieux, dès l'an IX, en 1801 par conséquent, notre ancêtre à la Société de médecine de Paris, Gilbert, présentait une proposition sur *l'établissement d'Écoles de médecine légale* « devant préparer par un enseignement spécial le personnel des médecins experts et leur donner la valeur d'un diplôme *ad hoc* » (1).

Si vous voulez avoir de bons serviteurs, la première condition est de les bien former.

Les études préliminaires, dans l'état actuel, sont insuffisantes faute de locaux. Pouvoirs publics et représentants de la nation, vous possédez le moyen de remédier à cet état de choses défectueux. Créez ces locaux, fondez cet *Institut médico-légal*, réclamé par le corps médical depuis près de cent ans, et où juristes et médecins, trouvant réunis tous les services, pourront acquérir une expérience technique irréprochable.

III

CONTRE-EXPERTISE DÈS LE DÉBUT DE L'INSTRUCTION. — Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de reproduire les paroles de M. le professeur Pinard, dans sa leçon de réouverture du cours de clinique obstétricale (*Bulletin médical*, 8 novembre 1897) :

« L'expertise, dans les conditions où elle a eu lieu dans l'affaire Laporte, c'est-à-dire unique et incompétente, est, à l'heure actuelle, l'arme la plus dangereuse que je connaisse, car elle peut atteindre aujourd'hui, demain, dans sa considération, dans sa liberté, dans son honneur, qui ? Vous tous comme moi.

Aussi avec quelle satisfaction ai-je lu, dans un livre qui vient de paraître hier, ces lignes que je vous demande la permission de vous faire connaître :

« L'expertise en matière criminelle prendra dans l'avenir une extension qu'on peut à peine prévoir.

Pour le présent, les expertises amènent trop souvent des débats violents et confus, aboutissant à des verdicts étranges. On voit cette consultation, qui devrait être si calme et si technique, se transformer soudain en un appareil de guerre. C'est l'arsenal où d'ignorantes mains vont puiser au hasard, pendant la lutte théâtrale, des traits et des raisons ! Discutée oratoirement, l'expertise perd bientôt de son autorité et partage les chances de tous les arguments produits au cours d'une discussion capricieuse.

Comment faire pour que ce document scientifique, que nul à la cour d'assises — et j'ajoute : ni au tribunal correctionnel — ne peut discuter avec compétence, parvienne à s'imposer à tous?

Pour que l'expertise obtienne un tel crédit, il faut d'abord qu'elle le mérite ; elle ne peut le mériter qu'en devenant contradictoire. Cela signifie que, dans toute expertise, il faut que les intérêts de l'accusation et les intérêts de la défense soient séparément représentés. Deux experts seront désignés, l'un par le juge, l'autre par l'inculpé, et leurs conclusions seront prises en commun, après avoir été discutées contradictoirement. Dès lors, nul n'aura plus à l'audience intérêt à combattre l'expertise, le jury ne pourra concevoir aucune défiance et ce document essentiel prendra toute autorité (2). »

(1) GILBERT. *Journ. de la Soc. de méd. de Paris*, an IX, t. X.

(2) Jean CRUPPI, avocat général à la Cour de cassation. *La Cour d'assises*, p. 299 et 300.

Ces lignes sont de qui ? — De l'éminent avocat général à la Cour de cassation.

Vous voyez, ajoute M. le professeur Pinard, que je ne suis pas en lutte avec toute la magistrature ; j'ajoute que j'éprouve une grande satisfaction en me trouvant en communauté d'idées avec M. l'avocat général à la Cour de cassation, et que je lutterai, *non pas contre*, *mais avec lui*, pour faire aboutir, le plus tôt possible, la réforme qu'il propose.

Notre rôle doit être d'éclairer ceux qui doivent rendre la justice et non de les combattre. Seulement, cette expertise compétente et contradictoire, je la veux *dès le début de l'instruction, avant toute arrestation préventive*. Toute la question est là. Du reste, n'est-ce pas ce que réclament, depuis plus de dix ans, le professeur de médecine légale, M. Brouardel (1), M. Drioux (2) et, plus récemment, notre confrère le docteur Ladreit de Lacharrière (3) !

Quelle que soit l'étendue des connaissances d'un médecin-expert, il ne peut être omniscient, même agissant en vertu d'un mandat de justice.

Quelle que soit la valeur d'un homme, l'expert isolé sera toujours un danger ; son témoignagne ne doit avoir aucune valeur aux yeux de la justice. *Testis unus, testis nullus.* »

D'accord avec M. le professeur Pinard pour demander *la contre-expertise dès le début de l'instruction*, la Commission, cependant, croit devoir faire ses réserves sur le terme : « *avant toute arrestation préventive* », qu'il lui semble difficile, pour ne pas dire impossible, à appliquer en matière criminelle. Dans le cas de viol, par exemple, attendre le résultat de l'expertise et de la contre-expertise avant de procéder à l'arrestation de l'inculpé, n'est-ce pas laisser à celui-ci toute facilité de se soustraire, par la fuite ou tout autre moyen, à l'action de la justice? De même dans le cas de meurtre.

Nous croyons donc devoir laisser au juge d'instruction, en matière criminelle, la *responsabilité*, comme le droit, de faire procéder à l'arrestation préventive, s'il la juge nécessaire ; mais nous demandons, *dès le début de l'instruction*, *l'expertise et la contre-expertise compétentes*. La loi, récemment votée, qui permet à l'inculpé de se faire assister de son avocat, dès le début de l'instruction, doit avoir comme corollaire pour l'inculpé, et dès le début de l'instruction, l'assistance d'un *avocat technique*, d'un contre-expert.

IV

Responsabilité des médecins-experts. — L'expert ne relève que de sa conscience, et c'est, à notre avis, la seule loi à laquelle il puisse être soumis.

Lorsque vous avez demandé à un homme, que vous avez jugé compétent, son avis motivé et consciencieux, si cet homme vous répond, qu'après s'être entouré de tous les moyens d'investigation qu'il a pu, il croit en son âme et sa conscience, telle chose vraie, telle autre fausse, — vous ne pouvez rien exiger de plus.

L'expert, qui aura commis une faute lourde, n'échappera pas à la responsabilité morale, qu'aucun sophisme ne peut voiler ni atténuer. La torture intérieure et constante, qui lui sera infligée par le cri de sa conscience, sera pour lui un châtiment bien supérieur à celui que pourraient représenter quelques milliers de francs sortis de sa bourse.

Tout homme est faillible, et la contre-expertise, que nous demandons, est précisément destinée à arrêter, dès le début, l'erreur possible, et elle aura pour effet d'empêcher le retour de faits que nous avons tous présents à la mémoire.

Nous sommes donc contraires à la responsabilité *pécuniaire* des experts, la responsabilité morale restant pleine et entière au-dessus de toutes les contingences.

V

Conclusions. — Ces trois propositions :

1° Création d'un Institut médico-légal ;

2° Contre-expertise dès le début de l'instruction ;

3° Non-responsabilité pécuniaire des experts ;

ont réuni l'unanimité des suffrages de la Commission.

Plusieurs autres questions ont été soulevées dans la Commission, sans obtenir l'unanimité.

La première de ces questions est celle de la *nomination des experts*. L'arbitraire étant la seule loi qui régisse actuellement la matière, la Commission est unanime à demander la réforme de ce mode de procéder. Mais, sur les voies et moyens d'arriver à ce but, deux courants se sont manifestés.

Les uns préconisant la nomination des experts par les médecins du ressort de la cour ou du tribunal, les experts émanant ainsi du suffrage de leurs pairs.

Les autres, afin de se soustraire, dans la plus grande mesure possible, aux influences locales, préférant la nomination, dans chaque ressort, par la plus haute autorité judiciaire, garde des sceaux à Paris et premier président dans les cours d'appel.

Dans tous les cas, la majorité de la Commission est *contraire* à la création d'un diplôme qui pourrait faire des médecins experts *un corps spécial de fonctionnaires*.

En second lieu, l'un des membres de la Commission a proposé la création, auprès des différentes cours d'appel, de *commissions supérieures*, devant lesquelles seront portées les expertises de toutes les affaires criminelles pouvant entraîner l'application de la peine capitale. La majorité de la Commission a été favorable à cette proposition.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. G. Variot.

Corps étranger métallique enclavé dans l'œsophage d'un enfant pendant une année et rendu spontanément. Utilité de la radiographie en pareil cas (1).

Dans le commencement de novembre 1897, j'ai observé, avec mon interne M. Coyon, à la consultation externe de l'hôpital Trousseau, un jeune enfant de vingt-deux mois, qui avait conservé pendant une année entière, dans l'œsophage, une lame de zinc dont les angles sont repliés, dont les bords sont mousses, et qui présente 2 centimètres dans le plus grand diamètre.

La mère nous apporta l'enfant et nous montra en même

(1) Brouardel. *Réformes des expertises médico-légales*, 1884.

(2) Drioux. *Sur l'organisation de l'expertise contradictoire et d'un tribunal de super-arbitres. Expertises dans les législations étrangères*, 1886.

(3) Ladreit de Lacharrière. In journal *le Droit*, 18 nov. 1896, et communic. écrite.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

temps le corps étranger qu'il avait rendu la veille, après des efforts de vomissement, provoqués par une croûte de pain que l'enfant tentait d'avaler.

L'enfant a d'ailleurs assez belle apparence, son poids et sa taille paraissent normaux, il a marché à seize mois.

Voici le récit circonstancié de l'accident, tel qu'il nous a été fait par la mère.

Le 22 octobre 1896, l'enfant, qui était élevé au sein, fut pris d'efforts de vomissements; sa mère supposa qu'il avait avalé quelque chose, mais sans savoir exactement quoi; il n'y avait dans le berceau qu'un hochet en osier avec lequel l'enfant jouait. On donna un vomitif sans résultat.

L'enfant continua de prendre le sein le lendemain et les jours suivants, rejetant parfois un peu de lait; néanmoins, en général, le lait passait bien, quoique la déglutition parût un peu pénible.

Mais à partir de ce jour, il fut absolument impossible de faire prendre à l'enfant aucun autre aliment que du lait. Les bouillies claires au tapioca que l'on avait commencé de donner étaient rejetées immédiatement; elles ne descendaient pas.

La mère très inquiète en voyant que son nourrisson ne pouvait pas être nourri comme les autres enfants, en entendant sa respiration souvent bruyante et embarrassée, alla consulter dans divers hôpitaux. On lui dit, à l'Hôtel-Dieu, que son enfant était tuberculeux, ailleurs qu'il avait un spasme de l'œsophage, etc.

Cependant l'enfant se développait assez bien; lorsque la mère n'eut plus de lait, elle donna du lait bouilli; dans les derniers temps, l'enfant en prenait jusqu'à un litre et demi par jour.

Il faut remarquer que, malgré cette alimentation lactée exclusive et très prolongée, la nutrition de l'enfant n'a pas souffert notablement, son squelette est bien développé et son aspect général est satisfaisant. A partir de vingt mois, il reçut de temps à autre des potages au lait et au tapioca extrêmement clairs; dès que les potages étaient un peu épais, ils étaient régurgités.

C'est le 22 octobre 1897 que le corps étranger a été rejeté dans les circonstances suivantes, un an jour pour jour, *affirme la mère* (?), après qu'il eut été avalé. L'enfant était à table, à côté de ses parents, et il croquait une croûte de pain. Tout à coup, dans un effort de vomissement extrêmement intense, il rend simultanément le corps étranger en même temps que les débris du pain mâché.

Au moment où la lame métallique brunie à sa surface fut rejetée, l'espace limité par les angles repliés était comblé par des détritus concrets, solides, ressemblant à du plâtre, dit la mère. Nous avons pu voir, plus tard, que ces détritus desséchés étaient formés de reliquats alimentaires.

Depuis que l'enfant s'est enfin débarrassé spontanément, il peut avaler non seulement le lait, mais aussi les autres aliments, bouillies, etc., qu'il rejetait jusque-là. Sa respiration est tout à fait libre, en un mot, il semble guéri.

Ce fait prouve que des corps étrangers assez volumineux peuvent rester enclavés dans l'œsophage pendant un temps fort long, sans que la déglutition des liquides soit notablement troublée. M. Félizet, dans l'article qu'il a consacré à ce sujet dans le *Traité de Pédiatrie* de M. Grancher, relate un fait très semblable.

C'est certainement la facilité de la déglutition du lait qui a trompé les nombreux médecins auxquels cet enfant a été présenté, et qui ont porté sur lui les diagnostics les plus divers. On considérait les craintes de la mère comme chimériques, parce que son enfant avalait bien le lait.

Il eût cependant suffi d'un cathétérisme de l'œsophage ou d'un examen radiographique pour lever les doutes et pour imposer une intervention opératoire, qui aurait rendu à l'œsophage sa perméabilité complète. Pour éviter de semblables accidents, on ne peut trop recommander aux mères de ne pas laisser d'objets solides à la portée des nourrissons. La lame de métal était une de celles contenues à l'intérieur du hochet en osier.

Comme conclusion, je crois pouvoir dire que dès que l'on soupçonne la présence d'un corps étranger dans les voies digestives, ou même dans les voies aériennes, il faut faire une exploration radiographique. C'est là une manœuvre inoffensive et qui donnera des renseignements d'une précision admirable sur le siège, sur les dimensions et même sur la nature du corps étranger. La radiographie doit être désormais le procédé de diagnostic par excellence dans les cas de ce genre.

Au mois de juillet 1897, un enfant de huit mois, que je soignais pour des accès de spasme glottique, par des cathétérismes répétés avec le tube raccourci d'O'Dwyer, avala un tube pendant une tentative d'énucléation faite par l'interne de service. Je conseillai à la mère de porter son enfant au laboratoire de radiographie de la Faculté, dirigé par mon ami le docteur Ch. Rémy. Le tube fut trouvé dans l'estomac où il resta quelque temps.

Plus tard et à plusieurs examens, le tube parut fixé dans le coude du duodénum, où il a été encore vu ces jours derniers placé verticalement et parallèlement au rachis.

Dans les premiers mois qui suivirent la déglutition du tube, aucun trouble fonctionnel ne fut noté. L'enfant continua à bien prendre le sein et à prospérer. Le passage des aliments resta libre sur les côtés du corps étranger.

Ce n'est que dans les premières semaines de novembre qu'il a commencé de vomir assez fréquemment et que la croissance s'est un peu arrêtée. Je dois ajouter que c'est la première fois que j'ai vu un tube d'O'Dwyer dégluti s'arrêter dans les voies digestives. Presque toujours les tubes, même les tubes longs, cheminent naturellement dans le canal digestif, et sont expulsés avec les matières, après quelques jours. C'est sans doute le très jeune âge de l'enfant et l'étroitesse du calibre de l'intestin et des courbures de la région duodénale qui ont déterminé l'enclavement du tube. Quoi qu'il en soit, s'il devenait nécessaire d'aller à sa recherche, le docteur Ch. Rémy a pu fixer par la radiographie, à 1 centimètre près, l'endroit où il se trouve, et il serait aisé de le mobiliser ou de l'extraire.

THÉRAPEUTIQUE

Pommade contre les pustules acnéiques volumineuses.

(VON HEBRA et ULLMANN.)

Sous-nitrate de bismuth.		
Précipité blanc	*àà*	2 grammes.
Ichtyol.		
Vaseline		20 —

Appliquer le soir. Mêlez. Usage externe. (*Rev. de thérap. méd.-chir.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 6 AU 11 DÉCEMBRE 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 6 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier et Weiss.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Pinard, Ricard et Lejars ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Déjerine et Letulle.

2e examen de chirurgien-dentiste : MM. Fournier, Delbet et André ; — M. Rémy, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Segond et Walther ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Broca ; — (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Widal ; — M. Marchand, suppléant.

MARDI 7 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Le Dentu et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Bar, Campenon et Hartmann.

2e examen de chirurgien-dentiste : MM. Chantemesse, Quénu et Gilbert ; — M. Letulle, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Panas et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Proust et Ballet ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Debove et Charrin ; — M. Ménétrier, suppléant.

MERCREDI 8 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Delbet et Tuffier.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Retterer ; — (2e série) : MM. Segond, Rémy et Ricard ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Blanchard et Reynier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Marchand, Bonnaire et Lejars.

2e examen de chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Landouzy et Sebileau ; — M. Weiss, suppléant.

JEUDI 9 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, Le Dentu et Nélaton.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Raymond et Gley.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Guyon, Maygrier et Albarran ; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Marie et Marfan.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilbert et Thoinot ; — M. Roger, suppléant.

VENDREDI 10 DÉCEMBRE, à une heure. — 4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Netter.

2e examen de chirurgien-dentiste : MM. Potain, Sebileau et André ; — M. Henriot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Reynier et Walther ; — (2e série) : MM. Marchand, Segond et Lejars ; — (2e partie) : MM. Hayem, Gilles de La Tourette et Thoinot ; — M. Broca, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Kirmisson et Bonnaire.

SAMEDI 11 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Campenon, Rémy et Thiéry ; — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Chassevant.

3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Marfan et Roger.

2e examen de chirurgien-dentiste : MM. Cornil, Quénu et André ; — M. Achard, suppléant.

5e examen (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, G. Ballet et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Debove, Raymond et Marie ; — M. Hartmann, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier et Nélaton.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 8 DÉCEMBRE, à une heure. — M. PAVIE. De l'action curative des injections intra-musculaires profondes de calomel dans la tuberculose cutanée (MM. Fournier, président ; Joffroy, Gaucher et Gilles de La Tourette). — M. PENOT. Contribution à l'étude du délire dans la paralysie générale (MM. Joffroy, président ; Fournier, Gaucher et Gilles de La Tourette).

JEUDI 9 DÉCEMBRE, à une heure. — M. LE DAMANY. Recherches sur les pleurésies séro-fibrineuses [Bactériologie. Nature. Pathogénie] (MM. Debove, président ; Hutinel, Charrin et Achard). — M. JAKHNINE. L'adénopathie trachéo-bronchique simple chez les enfants (MM. Hutinel, président ; Debove, Charrin et Achard). — M. BARILLON. Contribution à l'étude de l'urémie digestive (MM. Laboulbène, président ; Berger, Marchand et Thiéry). — M. ANGELESCO. Hystérectomie abdominale totale (MM. Berger, président ; Laboulbène, Marchand et Thiéry).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 26 novembre :

Anatomie. — MM. Lenglet et Lévy (J.), 13. — Caubet et Lacapère, 12. — Mircouch, 11. — Lortat-Jacob, 9. — Mlle Cohn et M. Sentex, 8. — M. Baudelot, 7.

Pathologie. — MM. Degorce (A.), 13. — Léo et Loubet, 12. — du Pasquier et Simard, 11. — Daniel, 10. — Aloing et Debret, 9. — Ballet, Le Maguet, Lobligeois et Weill (G.), 7. — Aribat, 6.

— M. le directeur général de l'Assistance publique vient d'adresser la circulaire suivante à tous les directeurs des hôpitaux de Paris :

« Monsieur le directeur,

Je vous informe que, sur la proposition que je lui ai adressée, d'accord avec le Conseil de surveillance, M. le préfet de la Seine a bien voulu autoriser les internes de nos hôpitaux et hospices, munis de douze inscriptions au moins, à bénéficier des dispositions de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

L'autorisation dont il s'agit s'applique, en ce qui concerne l'hôpital X..., aux internes dont les noms suivent : MM...

Il va sans dire que le droit qui leur est conféré d'exercer la médecine, laisse néanmoins MM. les internes soumis à toutes les obligations qui leur sont imposées par les règlements. Je vous prie de communiquer la présente circulaire à MM. les internes attachés à votre établissement. — Signé : Peyron. »

— Le 17 décembre prochain aura lieu, au Père-Lachaise, l'inauguration d'un monument élevé à la mémoire de Charles Fauvel. Le médaillon est l'œuvre de M. Injalbert.

— *Faculté de médecine de Bordeaux*. — Le concours pour les clinicats s'est terminé par les nominations suivantes :

Clinicat médical : MM. les docteurs Verger, chef de clinique ; Guérin et Vergely, chef de clinique adjoint. — Clinicat chirurgical : MM. les docteurs Verdelet, chef de clinique ; Legros, chef de clinique adjoint.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cittadini (de Bruxelles) et Cuttoli, père (de Paillet).

— Un grand établissement industriel de la Seine-Inférieure désirerait s'attacher un médecin pour donner des soins à ses ouvriers. Le traitement afférent à ce service serait de 5,000 francs environ et le titulaire du poste pourrait en même temps s'occuper de la clientèle ordinaire, le service de l'établissement ne lui prenant qu'une partie de son temps. — S'adresser à MM. A. Badin et fils, à Barentin (Seine-Inférieure).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudier.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 138. — JEUDI 2 DÉCEMBRE 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 2 DÉCEMBRE 1897. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr. »	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur Duplay.

Subluxation du pied en dehors, consécutive à la paralysie infantile. Arthrodèse tibio-tarsienne.

(Leçon clinique recueillie par M. le docteur Clado.)

I

A la salle Saint-Landry, n° 21, est couché un garçon de onze ans, qui est entré dans mon service le 12 novembre, pour une subluxation du pied gauche, dont l'origine remonte à sa première enfance. Il eût été intéressant d'obtenir des renseignements précis sur les antécédents héréditaires directs ou collatéraux. Malheureusement ses parents n'habitent pas Paris, et ses réponses aux questions que nous lui avons adressées sont fort vagues. Cependant, l'enfant prétend que son père et sa mère se sont toujours bien portés, et que ses trois frères, âgés de sept ans, de quatre ans et de six mois, jouissent également d'une bonne santé. Il ne peut nous signaler aucun antécédent nerveux dans sa famille.

Cet enfant est robuste, bien constitué et ne présente aucune trace de tuberculose ou d'hérédo-syphilis. L'histoire de son affection est pour ainsi dire classique, et se répète invariable pour tous les cas analogues. A l'âge de dix-huit mois, il a eu des convulsions, à la suite desquelles le pied gauche est resté paralysé. Il semble qu'aucun traitement n'ait été employé contre la paralysie, traitement qui d'ailleurs serait resté inefficace, ainsi que l'observation clinique nous l'a démontré depuis longtemps. A cela se bornent les renseignements que nous fournit le malade; voici maintenant ce que l'examen nous révèle.

Dans la position couchée, le pied gauche est renversé en dehors, reposant par son bord interne sur le matelas, la plante tournée vers l'extérieur. L'astragale, par suite d'une rotation autour de son axe antéro-postérieur, a abandonné en grande partie la mortaise tibio-péronière. Sa face interne apparaît presque tout entière au-dessous et en arrière de la malléole interne et de cette attitude, de ce déplacement, il résulte que le pied est subluxé en dehors et en arrière. La pointe du pied est légèrement portée en dedans. Les orteils, et en particulier le premier, sont en hyperextension sur les métatarsiens.

Par suite de la subluxation de l'astragale en dehors, et de la pression anormale que cet os exerce, pendant la marche et la station debout, sur les parties qui l'enserrent normalement, les deux parois de la mortaise tibio-péronière tendent à s'écarter, et il en résulte un diastasis assez marqué de cette mortaise. Mais, par suite du renversement du pied en dehors, pendant la station et surtout pendant la marche, l'astragale exerce une pression en dehors et tend à repousser cette extrémité osseuse dans le même sens; il s'en est suivi une courbure très notable à convexité interne, ce qui contribue à augmenter encore l'écartement des bords de la mortaise péronéo-tibiale. Celle-ci, devenue beaucoup trop large, ne maintient plus l'astragale comme à l'état normal et lui permet de jouer librement et de ballotter en tous sens.

Le malade ne peut en rien modifier l'attitude anormale de son pied par la contraction volontaire de ses muscles; en revanche, il est très facile, par de simples manœuvres, de corriger la subluxation, quoique incomplètement; mais aussitôt que le pied est abandonné à lui-même, il reprend sa position anormale, en subluxation externe.

Le membre est diminué de volume. On constate une atrophie considérable des muscles de la jambe. Sa circonférence, prise au niveau du milieu du mollet, mesure 3 centimètres de moins que celle de l'autre membre. En même temps que cette atrophie des parties molles, il existe une diminution notable dans la longueur de la jambe. Celle-ci, mesurée de l'épine tibiale à la pointe de la malléole interne, se trouve de 2 centimètres plus courte que celle du côté droit.

On peut s'assurer, par l'absence de contraction volontaire, mais surtout en employant la faradisation, que l'atrophie des muscles s'accompagne d'une paralysie à peu près complète. Cependant, celle-ci a respecté quelques muscles. Voici comment la paralysie et l'atrophie sont distribuées :

A la région postérieure, le triceps sural, le jambier postérieur, le fléchisseur commun des orteils et le fléchisseur propre du gros orteil, bref tous les muscles de la région postérieure de la jambe sont atrophiés et paralysés. Ils sont incapables d'exécuter des mouvements volontaires et l'excitation faradique reste sans effet sur eux. A la région antérieure, le jambier antérieur seul est frappé de paralysie et d'atrophie. L'extenseur commun et l'extenseur propre du gros orteil ont conservé leurs fonctions; ils se contractent sous l'influence de la volonté et répondent à l'excitation faradique. A la région externe, le long péronier latéral paraît aussi frappé, au moins partiellement. Si, en effet,

vous exercez de bas en haut une pression sur l'extrémité du premier métatarsien, en recommandant au malade de résister à votre effort, vous ne sentez aucune résistance. Le court péronier latéral, au contraire, a conservé l'intégrité de ses fibres et sa contractilité. C'est précisément ce muscle qui, par l'effet de sa tonicité ou de sa contraction, renverse le pied en dehors, et qui vraisemblablement a été la cause initiale du renversement et de la subluxation de l'astragale. Cette subluxation, jointe à la rétraction du court péronier latéral — rétraction qui résulte du défaut de tonicité des antagonistes — produit un effet secondaire sur le tendon de ce muscle. Dès qu'il se contracte, on le voit se luxer et venir se placer sur la face externe de la malléole. On peut le réduire facilement dans sa gouttière rétro-péronière, mais, dans cette attitude, le mouvement volontaire d'abduction du pied devient moins facile. L'enfant a plus de peine à porter la pointe du pied en dehors.

En somme, des divers mouvements physiologiques du pied, deux seulement sont conservés : le renversement du pied en dehors, au delà de la limite normale, puisqu'il est en abduction forcée, et un léger degré d'extension du pied, avec hyperextension des orteils.

Il n'existe aucune douleur, ni spontanée, ni à l'occasion des mouvements volontaires, ni pendant les mouvements qu'on imprime au pied.

Malgré la déviation considérable du pied, la marche s'exécute d'une façon relativement assez satisfaisante, même avec des chaussures ordinaires. Le pied se trouvant dans une abduction forcée, repose sur le sol par son bord interne. Toutefois, au bout de peu de temps, l'enfant éprouve de la fatigue, puis une véritable douleur qui l'empêche de faire de longues courses. La claudication légère dont il est atteint paraît être sous la dépendance de la différence de longueur des deux membres (nous avons vu que la jambe gauche est plus courte de 2 centimètres environ), plutôt que la conséquence de la subluxation du pied.

Pour établir le diagnostic, nous devrons tenir compte de l'existence des deux ordres de lésions étroitement liées l'une à l'autre : d'une part, la déformation, consistant en une subluxation du pied en dehors, et d'autre part, la paralysie et l'atrophie de certains groupes musculaires, tenant sous leurs dépendances les mouvements du pied. Il est évident qu'en l'absence de toute lésion pathologique du côté de l'articulation tibio-tarsienne, on est conduit *a priori* à admettre que la subluxation de cette dernière est la conséquence de la lésion musculaire. On s'explique, en effet, très aisément comment celle-ci a pu amener celle-là. Tandis que les adducteurs et les fléchissrurs paralysés et atrophiés restent sans action sur le pied, les abducteurs, restés au contraire relativement indemnes, agissent à la fois par leur tonicité et leur contraction pour entraîner le pied en dehors. A leur action vient s'ajouter, dans la station et dans la marche, celle du poids du corps.

La répétition et la persistance de cette déviation ont produit, avec le temps, la déviation du pied, un écartement de la mortaise tibio-péronière et un déjettement de la malléole externe en dehors, et grâce à ces lésions secondaires, la subluxation du pied est aujourd'hui permanente. La subluxation une fois bien établie, ces lésions ont progressé en s'exagérant pendant la station et la marche, ou par la contraction du muscle abducteur, en même temps que l'astragale est devenu ballant dans la mortaise péronéo-tibiale considérablement élargie.

La subluxation du pied est donc secondaire. Elle est la conséquence directe de la paralysie et de l'atrophie de certains groupes musculaires de la jambe. Pour compléter ce diagnostic, il reste à rechercher quelle est la maladie qui a déterminé cette paralysie et cette atrophie. On ne saurait hésiter sur ce diagnostic, car une seule maladie est susceptible de produire, dans les conditions que nous avons indiquées, un semblable résultat ; c'est la *paralysie atrophique de l'enfance*, *paralysie spinale atrophique*, et plus simplement *paralysie infantile*. On la désigne encore aujourd'hui sous le nom plus scientifique de *myélite antérieure aiguë*.

Cette affection a été considérée pendant longtemps, à la suite des recherches de Rilliet et Barthez (1851), comme une névrose, mais depuis les travaux de Duchenne, de Charcot, de Vulpian, de Cornil etc., on a reconnu qu'il s'agissait d'une myélite, caractérisée par des altérations histologiques des cornes antérieures de la moelle.

C'est là une affection purement médicale, mais intéressant le chirurgien par les difformités qu'elle entraîne à sa suite et qui, pour peu qu'elles soient prononcées, nécessitent une intervention chirurgicale.

La paralysie infantile est surtout fréquente dans la première enfance, et frappe les enfants entre un et deux ans. Elle est plus rare dans la seconde enfance et tout à fait exceptionnelle chez l'adulte.

Cliniquement, la maladie se traduit par l'apparition d'une fièvre parfois accompagnée de convulsions (comme ce fut le cas chez notre malade), fièvre qui peut ne durer que quelques heures ou bien se prolonger pendant dix à quinze jours. Les phénomènes paralytiques se montrent dès le début. En vingt-quatre ou quarante-huit heures, il ont déjà atteint leur maximum.

Le mode de répartition de la paralysie, ainsi que son étendue, sont extrêmement variables d'un cas à l'autre : les quatre membres peuvent être frappés à la fois, ou bien les membres inférieurs seuls sont pris (paraplégie) ; ou bien encore les deux membres du même côté sont atteints (hémiplégie) ; parfois même, il y a hémiplégie alterne. Mais assez souvent les phénomènes paralytiques sont plus limités. Un ou plusieurs groupes musculaires d'un membre sont seuls frappés. Dans des cas rares on a même vu un seul muscle paralysé, le deltoïde par exemple, à l'exclusion de tous les autres. Il est à remarquer que la contractilité électro-musculaire est très rapidement abolie dans les muscles atteints. Souvent, sept à huit jours après le début, le muscle ne réagit déjà plus.

Au bout d'une semaine ou deux, la maladie entre dans une nouvelle phase, désignée sous le nom de période de décroissance, et caractérisée par l'apparition de l'atrophie. Dans cette phase on voit un certain nombre de muscles récupérer leur faculté motrice, alors que certains autres, restant paralysés, commencent à subir une atrophie qui atteint rapidement les proportions extrêmes, proportion qu'elle gardera indéfiniment.

(*A suivre.*)

CONGRÈS D'UROLOGIE

La castration dans l'hypertrophie de la prostate. — **M. Carlier** (de Lille) lit le rapport suivant :

« MM. Ramm (de Christiania) et White (de Philadelphie) sont les premiers chirurgiens qui proposèrent et firent la castration comme mode de traitement de l'hypertrophie de

la prostate. C'est en établissant à tort une analogie entre l'hypertrophie prostatique et le fibromyome utérin, que ces auteurs eurent l'idée de remédier à l'hypertrophie prostatique par la castration, de même qu'on enlevait les ovaires dans les myomes utérins.

Les succès obtenus établissaient nettement les relations intimes qui existent entre la prostate et les testicules. C'était là, d'ailleurs, un fait connu depuis longtemps, puisqu'on retrouve dans Godard, Curling, Gosselin et Harrison, des observations démontrant que, « chez les personnes castrées, la prostate arrive à un état rudimentaire. »

Mais cette solidarité entre le testicule et la prostate ne s'accuse guère avant la puberté; ce n'est qu'à ce moment que la prostate devient une vraie glande génitale, dont le développement marche de pair avec celui du testicule.

Cependant, le volume de la prostate n'est pas forcément en rapport avec celui des testicules. Ces derniers organes ne sont-ils pas énormes chez le taureau, le bouc et le bélier, dont la prostate offre, par contraste, des dimensions minuscules?

En expérimentant sur le chien, on voit que la castration est ordinairement suivie de l'atrophie des éléments glandulaires de la prostate; mais cette atrophie ne se peut bien constater qu'à l'aide du microscope. Tous les expérimentateurs sont d'accord sur ce point (White, Kirby, Launois, Guyon, Legueu, Albarran, Bazy). Il ne faut surtout pas oublier la variabilité extrême du volume de la prostate dans l'espèce canine : c'est ce qui nécessite l'emploi du microscope pour affirmer l'atrophie des éléments glandulaires.

En examinant ce qui se passe chez l'homme soumis à la castration double, on constate souvent des résultats analogues.

Chez les eunuques châtrés avant la puberté, la prostate ne se développe pas; elle s'atrophie le plus souvent chez l'individu pubère, auquel on enlève les deux testicules.

Les résultats seraient moins probants lors de castration unilatérale pratiquée sur un sujet adulte. M. Bazy croit qu'un seul testicule suffit pour maintenir l'intégrité prostatique; mais il ne paraît pas douteux que la castration unilatérale amène une atrophie du lobe prostatique correspondant (Launois, Routier, Carlier).

C'est en se basant sur ces observations anatomiques et cliniques que l'on recourut à la castration double comme méthode curative de l'hypertrophie de la prostate.

Les malades opérés sont nombreux; on en compte actuellement plus de 500. Les résultats obtenus sont extrêmement variables.

Il est des cas incontestables de guérison radicale, avec rétablissement intégral de la fonction urinaire, atrophie complète de la prostate, et même guérison des complications. D'autres malades ont recouvré la facilité de la miction, avec une simple diminution du volume de la prostate. Beaucoup n'ont éprouvé qu'une modeste amélioration de la fonction, et les insuccès complets sont fort nombreux.

L'opération paraît avoir une action décongestive manifeste sur la prostate; elle agit probablement aussi sur la contractilité vésicale, d'une part, en décongestionnant la vessie, d'autre part, par dynamogénie de l'organe inhibé. C'est ce qui permet d'expliquer, après l'opération, le retour rapide (quelques heures) de la miction spontanée, mais incomplète chez des malades qui, depuis plusieurs années, n'urinaient pas sans la sonde.

Bien que les résultats obtenus chez des malades opérés pour simple dysurie sans rétention, et chez des malades en rétention aiguë, aient été ordinairement très favorables, la castration ne doit pas être employée dans ces cas, qui sont très justiciables de l'emploi du cathétérisme bien conduit.

Si les insuccès sont nombreux, la mortalité consécutive à la castration double est également considérable. Elle atteint 19 p. 100. On peut l'expliquer par le mauvais état général des malades, minés par de graves lésions rénales, qui auraient dû déconseiller toute intervention.

Il est actuellement impossible de supputer, à l'avance, les chances de succès d'une castration double. En effet, l'opération a réussi dans des cas où elle semblait contre-indiquée, et échoué dans des cas qui paraissaient très favorables. En outre, les résultats obtenus s'accordent mal avec nos connaissances actuelles sur les lésions de la prostate et de la vessie chez les prostatiques. Il est difficile d'expliquer la rétrocession des lésions de la prostate si l'on accepte la théorie de Launois faisant de l'hypertrophie prostatique une conséquence de l'artério-sclérose. Si on admet, au contraire, que l'hypertrophie de la prostate est une cirrhose hypertrophique d'origine glandulaire (Albarran), on s'explique mieux l'atrophie de la prostate hypertrophiée après la castration. Or, le travail de M. Motz conclut dans ce sens, puisque 63 p. 100 des prostates hypertrophiées devaient leur hypertrophie à l'abondance du tissu glandulaire.

Quant à l'artério-sclérose, on ne l'observerait pas dans les prostates dont le tissu glandulaire est très abondant, ni même dans les prostates dont le tissu glandulaire occupe seulement la moitié de la coupe.

Mais comment le chirurgien reconnaîtra-t-il que telle prostate doit son hypertrophie au développement du tissu glandulaire, plutôt qu'à celui du tissu conjonctif ou musculaire, pour conseiller à son malade une opération qui lui répugne? La clinique ne permet pas actuellement de répondre à cette question.

Il serait prématuré de porter un jugement définitif sur la valeur de la castration double dans l'hypertrophie prostatique. Si cette opération compte des revers et des insuccès nombreux, elle a à son actif des guérisons dont l'authenticité est indiscutable. Elle a atrophié des prostates hypertrophiées, ce que n'a jamais pu faire la sonde. Elle provoque souvent une décongestion rapide de l'appareil prostato-vésical, et semble rendre plus facile le cathétérisme post-opératoire. Malgré ces avantages, cette opération n'est probablement pas appelée à un brillant avenir, à cause de l'incertitude de ses résultats et à cause de la répugnance qu'éprouveront toujours les malades à s'y soumettre.

Ligature et résection des canaux déférents chez les prostatiques. — C'est à Pavone, White, Isnardy, Guyon, Legueu, Englisch, que l'on doit les travaux parus sur cette question. Un testicule privé de son canal sécréteur ne s'atrophie pas tant qu'on respecte les autres éléments du cordon; mais la résection bilatérale des canaux déférents amène l'atrophie du tissu glandulaire de la prostate. Comme cette petite opération devait être mieux acceptée par les malades que la castration, on y eut recours contre l'hypertrophie prostatique.

Ici encore, les résultats ont été des plus variables. Des malades ont été améliorés en ce sens que les mictions ont été moins fréquentes et plus faciles; on cite même des cas de simili-guérison, mais les modifications survenues dans le volume de la prostate ont été bien souvent insignifiantes. Et que d'insuccès nombreux avec une opération toujours identique! Il semble cependant que les poussées congestives

sont parfois conjurées par la résection des canaux déférents, et l'on cite des malades qui, opérés en pleine dysurie, ont pu, au moment même de la section des déférents, évacuer spontanément une certaine quantité d'urine. Pour expliquer une action aussi rapide, il faudrait faire intervenir le système nerveux et admettre les expériences de Prjéwalsky, qui affirme avoir obtenu l'atrophie de la prostate chez des chiens auxquels il avait simplement réséqué les nerfs du cordon spermatique, sans toucher au canal déférent. Dès lors, les résultats parfois obtenus chez des prostatiques par la section des déférents ne s'expliquent que parce qu'il y a eu section simultanée des nerfs du plexus spermatique, et si la castration agit mieux et plus rapidement que la vasectomie, c'est parce que les filets nerveux du cordon sont tous intéressés lors de la section totale du cordon.

Quoi qu'il en soit, la résection des canaux déférents est une opération plus infidèle encore dans ses résultats que la castration double; quand elle agit, ce serait en diminuant l'état congestif des prostatiques. Il est permis de croire que le cathétérisme bien conduit aurait souvent amené l'amélioration survenue chez certains malades après la vasectomie. Aussi, malgré sa bénignité et sa facilité d'exécution, nous ne croyons pas que la résection des canaux déférents soit appelée à un avenir plus brillant que celui de la castration double. »

Ce rapport donne lieu à une longue discussion :

M. ALBARRAN a fait de nombreuses expériences dans la série animale; il en conclut que, lorsqu'on désire déterminer l'atrophie de la prostate, la résection des canaux est une méthode très infidèle et qu'il faut ou enlever les testicules ou déterminer leur atrophie.

Expérimentalement, la résection du paquet vasculo-nerveux du cordon, en respectant le canal déférent et l'artère déférentielle, lui a donné des résultats aussi remarquables que la castration. Ces résultats expérimentaux l'amènent à proposer, dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate, à côté de la castration, l'angioneurectomie double des cordons.

M. Albarran relate 6 cas de castration double qu'il a pratiquée chez des prostatiques; chez 3, il a obtenu un rétablissement complet de la fonction normale; chez 3 autres, il a enregistré des résultats remarquables. D'après lui, la résection des canaux déférents ne donne que des résultats fort incomplets ou nuls. L'angioneurectomie, c'est-à-dire la résection dans une petite étendue de tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent et l'artère déférentielle, amène ultérieurement l'atrophie complète des testicules et parallèlement des lésions atrophiques de la prostate déterminées par la castration double.

C'est une ressource opératoire pour les vieillards, trop débilités pour supporter une double castration, ou pour ceux qui tiennent à conserver leurs testicules, fussent-ils atrophiés.

Pour M. LEGUEU, la castration agit surtout sur l'élément congestif du prostatisme. L'hypertrophie glandulaire change peu, mais la sclérose de la prostate n'est nullement modifiée. Il s'ensuit que la castration est surtout indiquée chez des malades qui souffrent de phénomènes congestifs.

Il faut, dans les indications opératoires, tenir compte non seulement de l'état de la prostate, mais aussi de l'état de la vessie et de son pouvoir contractile. Quand la contractilité vésicale est depuis longtemps perdue, il est absolument inutile d'intervenir.

Il faut, pour être autorisé à opérer, que la contractilité vésicale soit amoindrie et non supprimée.

M. Legueu dit, en terminant, que la résection des canaux déférents n'est pas à dédaigner dans ses résultats, plus longs à obtenir, mais cependant appréciables.

M. CHEVALIER croit qu'on pourrait commencer par la vasectomie, quitte à faire la castration en cas d'insuccès.

M. DESNOS est peu partisan de la résection des canaux déférents, qui lui a donné de fâcheux résultats. Dans le prostatisme, il ne faut pas oublier les saillies intravésicales qui jouent le principal rôle dans la rétention. Or, sur celle-ci, les opérations, et la castration double elle-même, n'ont aucune influence.

M. LOUMEAU (de Bordeaux), sur vingt et une résections doubles des canaux déférents qu'il a pratiquées, n'a obtenu jusqu'ici aucun résultat appréciable.

M. NICOLICH (de Trieste) a pratiqué, depuis 1895, la double résection des canaux déférents, il a eu 8 guérisons, 14 améliorations, 5 résultats nuls. Il pense donc que la résection des canaux déférents a plus de valeur que certains urologistes ne le pensent.

En résumé, il paraît ressortir de cette discussion que la castration double est plus efficace et plus certaine dans ses effets; mais la résection des canaux déférents, moins traumatisante, plus conservatrice, ne doit pas être négligée.

LA CONFUSION MENTALE PRIMITIVE ET SECONDAIRE (1)

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL,

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

III

Nous nous trouvons ainsi conduits à nous demander s'il est exact de considérer comme de la confusion mentale primitive la confusion mentale hallucinatoire et délirante que Baillarger isola sous le nom de lypémanie stupide? A cette question je réponds : non, sans hésiter. M. Chaslin et avec lui M. Séglas répondent, au contraire : oui, parce que l'état de confusion mentale du malade leur apparaît comme le symptôme, non pas seulement principal, celui qui prédomine et donne son cachet à la maladie, mais comme le symptôme primordial et fondamental, celui qui ouvre la scène et produit les autres. Pour eux, les conceptions délirantes et les hallucinations ne sont que des éléments surajoutés, nés de l'automatisme cérébral qu'engendre la confusion mentale. M. Chaslin dit : « Si les symptômes que nous avons décrits jusqu'à présent forment le fond essentiel de la confusion mentale primitive, ils peuvent être accompagnés encore d'autres symptômes que les gestes et les paroles du malade ont déjà pu révéler avant l'interrogation. Je veux parler des idées délirantes, des illusions et des hallucinations. » Et M. Séglas : « A ces symptômes psychiques fondamentaux peuvent s'en ajouter d'autres accessoires, *secondaires*, d'une façon presque constante ou seulement par intervalles, idées délirantes, hallucinations des divers sens, impulsions subites, irréfléchies et irrésistibles, sous forme de raptus, agitation ou dépression motrice à tous les degrés, mais, s'empresse-t-il d'ajouter, ce sont là de purs

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1323.

phénomènes d'*automatisme*, sans rapport avec un trouble émotionnel déterminé, car, pour lui, le ton émotionnel est la plupart du temps indifférent, sauf quelques moments d'anxiété, simples épisodes réactionnels provoqués par le désordre des idées ou des hallucinations.

Je ne conteste nullement la part prépondérante qui revient chez ces malades à la confusion mentale, bien à tort laissée de côté de nos jours, et ce sera, je l'ai déjà dit, un grand mérite pour les deux éminents aliénistes, dont je discute les idées, de l'avoir remise en honneur. Mais quelque grand que soit le rôle joué dans ces cas par la confusion mentale, les confus hallucinés et délirants, qui nous occupent en ce moment, ne restent pas moins des lypémaniaques. Comment ne pas considérer comme tels des aliénés dont les conceptions délirantes et les hallucinations, même chez ceux qui ont de courts moments expansifs, sont essentiellement de nature triste, des aliénés qui ont des idées de ruine, de damnation, de persécution, de culpabilité imaginaire, de négation, de mort, de décomposition cadavérique? c'est M. Chaslin et M. Séglas eux-mêmes qui l'affirment. Pourquoi cette teinte uniformément triste, s'il n'y a en jeu que l'automatisme cérébral? Certes, du fait de la confusion mentale existante, ces mélancoliques diffèrent fort des autres mélancoliques qui ne sont pas confus et il importe de les grouper en une catégorie très distincte, ainsi d'ailleurs que Baillarger l'avait réalisé; mais cela suffit. Est-ce qu'on ne procède pas ainsi avec les lypémaniaques anxieux qui, eux aussi, sous d'autres rapports, diffèrent autant du mélancolique simple que diffère de lui le mélancolique confus? Comme la confusion mentale, l'anxiété arrive souvent à dominer complètement, à tout subordonner à elle, à tenir sous sa dépendance tous les autres symptômes mentaux qui varient parallèlement à cet élément; on n'accorde pas pour cela une place à part dans le cadre nosologique à l'anxiété, ni on ne décrit une anxiété primitive hallucinatoire et délirante. Or j'estime que la confusion mentale et l'anxiété ont des droits égaux; ils sont, au même titre, l'un et l'autre des *complicateurs* des lypémanies, qu'on me passe ce barbarisme, et pas autre chose; quand on les rencontre dans les délires et les hallucinations tristes, on n'a jamais cessé d'accorder à l'une la place et l'importance qui lui reviennent et dans tous les traités de psychiatrie, elle a son chapitre, tandis que l'autre, depuis 1843, a été supprimé de la pathologie mentale, comme si la découverte de Baillarger impliquait la suppression des confus; rendons à la délaissée ce qui lui revient, réparons l'injustice de nos anciens à son égard, mais n'allons pas, par une réaction en sens contraire, lui octroyer plus que son dû.

On m'objectera à coup sûr que ce rapprochement entre l'anxiété et la confusion mentale est injustifiée, car celle-là est toujours secondaire, toujours la conséquence des hallucinations et des conceptions délirantes, tandis que celle-ci, dans la symptomatologie donnée par M. Chaslin et M. Séglas, est la première en date, l'élément fondamental, et que les troubles sensoriels et le délire sont eux, au contraire, les éléments surajoutés. A mon avis, cette objection n'a pas sa raison d'être, car quand la confusion mentale est ainsi l'élément primordial et fondamental, je crois qu'elle ne se complique jamais ni d'hallucinations ni de conceptions délirantes. Certainement, il est des cas, rares sans doute, mais incontestables, ainsi que je l'ai établi dans un récent mémoire (*Gaz. hebd.*, 1897), où l'aliéné est d'emblée un confus, mais alors il reste exclusivement confus et ne devient jamais ni halluciné ni délirant. Partout où avec la confusion on constate des hallucinations tristes et du délire lypémaniaque, on peut être certain que la mélancolie est le fond de la maladie, et la confusion mentale un élément surajouté. Encore une fois je le demande, s'il n'y a que de l'automatisme cérébral, pourquoi cette constance des idées tristes? Que si le ton émotionnel semble indifférent, ainsi que le dit M. Séglas, cela tient précisément à l'intervention à titre complicateur de l'élément confusion mentale qui, en entravant le fonctionnement intellectuel et émotif, entrave par là même les manifestations de l'émotivité comme les manifestations de l'intelligence, mais le fond mélancolique n'en persiste pas moins, à preuve les idées toujours mélancoliques.

Cependant, je reconnais qu'on est en droit de me demander d'où vient cette confusion mentale, qui se surajoute ainsi au délire et aux hallucinations lypémaniaques, quelles sont les conditions qui la créent, pourquoi, parmi les mélancoliques. les uns la présentent et pas les autres? Il en est d'elle, répondrai-je encore, comme de l'anxiété; la genèse de l'une est la genèse de l'autre et tient à deux causes: à l'intensité du délire et des hallucinations lypémaniaques et à l'impressionnabilité individuelle. Chez certains confus, comme chez certains anxieux, il existe un parallélisme rigoureux entre l'intensité des perturbations mélancoliques et l'anxiété et la confusion, si bien qu'on voit le même sujet être tour à tour un lypémaniaque simple, un lypémaniaque anxieux et un lypémaniaque stupide, selon cette intensité; ce sont ces cas, très fréquents, sur lesquels s'est basé Baillarger pour dire, dans la quatrième conclusion de son célèbre mémoire, que la stupidité n'est, le plus souvent, que le plus haut degré d'une variété de la mélancolie.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il est donné parfois de ne pas constater ce parallélisme; on trouve, dans ces cas, une confusion mentale intense, avec un délire et des troubles sensoriels mélancoliques d'intensité modérée, et ces faits, dont je reconnais l'existence, semblent justifier la doctrine de MM. Chaslin et Séglas, mais je soutiens qu'on observe également des anxieux qui, eux aussi, sont jetés dans une anxiété des plus vives, par le même délire et les mêmes troubles sensoriels anodins, qui font de ceux-ci des confus. La clinique nous enseigne donc que, chez des sujets différents, des hallucinations et des conceptions délirantes identiques sont susceptibles de déterminer des réactions très différentes; les uns resteront des lypémaniaques simples, les autres deviendront des anxieux, et certains des confus. Pour expliquer ces différences, il n'est à invoquer que l'impressionnabilité individuelle, telle qu'on la retrouve d'ailleurs à l'état normal, car la maladie ne crée rien, elle n'est jamais que modificatrice en plus ou en moins des actes physiologiques.

A l'état normal, en effet, la même impression triste est susceptible de déterminer ces réactions différentes que nous constatons à l'état pathologique et selon les conditions de chacun. On rencontre dans le monde des gens que la moindre menace d'un malheur, sans grande conséquence, jette dans une anxiété intense, à côté d'autres qui envisagent froidement, au contraire, l'éventualité des pires catastrophes; de même il y a des personnes qui, pour un rien, perdent la tête, selon la très juste expression populaire, deviennent des confus, dirons-nous en langage scientifique, et d'autres qui conservent toute leur lucidité d'esprit dans les circonstances les plus pénibles et les plus terribles. Croit-on que si ces sujets à réaction normale si différente deviennent

lypémaniaques, ils auront, pour un même délire et les mêmes hallucinations, la même variété de lypémanie? Certainement non; tels seront des mélancoliques simples, ceux qui supportent l'adversité d'un front serein; des mélancoliques anxieux, ceux à tempérament de lièvres; des mélancoliques confus, ceux qu'un rien trouble. N'oublions pas que c'est par la physiologie normale que s'explique la physiologie pathologique.

Telles sont les raisons cliniques pour lesquelles je repousse la doctrine de la confusion mentale primitive hallucinatoire et délirante de MM. Chaslin et Séglas; pour lesquelles je crois que la maladie qu'ils décrivent sous ce nom n'est que la lypémanie stupide de Baillarger, dont ils ont eu le mérite de bien mettre en relief l'élément confusion mentale, trop négligé par l'illustre médecin de la Salpêtrière, pour lesquelles enfin j'estime que c'est soit dans l'intensité du mal, soit dans l'impressionnabilité des sujets qu'il faut chercher l'explication des variétés simples, anxieuses et confuses de la lypémanie, qui reste toujours le fond de la maladie, quelque grande que soit l'anxiété.

Mais en admettant même que je me trompe, je dis que MM. Chaslin et Séglas ne sont pas autorisés à donner à la confusion mentale hallucinatoire et délirante, le nom de confusion mentale primitive, car il existe une confusion mentale, ni hallucinatoire ni délirante, dont je viens de publier trois cas que je crois très probants, et c'est à elle que revient de droit ce nom. Ces deux distingués aliénistes semblent même en accepter l'existence. Eh bien! je le répète, c'est à ces cas et exclusivement à ces cas qu'il convient de réserver la dénomination de confusion mentale primitive, ceux dans lesquels il y a hallucinations et conceptions délirantes rentrant dans le groupe des lypémanies. On aurait ainsi une confusion mentale *simple ou primitive* et une confusion mentale *délirante ou secondaire*.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Contre le sycosis. (Brocq.)

Huile grise		20 grammes.
Oxyde de zinc	àà	7 —
Amidon		
Vaseline		14 —
Ichtyol		1 —
Acide salicylique		1gr20

Usage externe. (*Rev. de thérap. méd.-chir.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 29 novembre :

Anatomie. — MM. Guillain, 15. — Milhiet, 13. — Girod, 11. — Coudert (E.), 10. — Cheruy, Guibal et Leh, 9. — Gadaud et Saison, 8. — Druelle, 7.

Pathologie. — MM. Cathelin, Gimbal et de Gorsse, 12. — Stanculéanu et Tardif, 11. — Bony, Chauveau, Sabatier et Weill (R.), 10. — Follet, 9. — Fossier et Pasquier, 7. — Felizet, 4.

— M. le président de la République a inauguré ce matin l'hôpital Boucicaut.

— M. le professeur Tarnier, ayant été président de l'Académie de médecine, l'Académie, en signe de deuil, a levé sa séance.

— M. Magitot a légué à l'Académie de médecine sa bibliothèque et une rente annuelle de 500 francs pour la fondation d'un prix biennal qui portera son nom et sera décerné au meilleur travail sur la stomatologie.

— Une mention honorable est accordée à M. le docteur Paul Verdière, médecin à Bertincourt, pour acte de courage et de dévouement.

— Le personnel médical des hôpitaux et hospices de Paris se compose actuellement de 137 médecins, 70 chirurgiens, 16 accoucheurs, 9 médecins des services d'aliénés et 10 médecins pour les établissements annexes situés hors Paris.

Sur les 137 médecins des hôpitaux, 19 sont médecins honoraires; le plus âgé des médecins honoraires est M. Moissenet, né le 20 mai 1811. Des 95 médecins chefs de services en exercice, le doyen est M. le professeur Potain, qui est entré le 19 juillet dernier dans sa soixante-treizième année. Le plus jeune est M. Widal, qui aura trente-six ans le 9 mars prochain; enfin, le plus jeune des médecins, nommé au dernier concours, est M. Claisse, né le 22 avril 1865.

Des 70 chirurgiens des hôpitaux, 5 sont honoraires; leur doyen est M. Sée, né le 17 février 1827. Le chirurgien titulaire le plus âgé est le professeur Panas, né le 30 juin 1831. Le plus jeune des titulaires est M. Ricard, né le 31 mai 1858; le plus jeune des chirurgiens du Bureau central est M. Guillemain, né le 10 avril 1864.

Il n'y a point d'accoucheur honoraire, la création des services d'obstétrique étant de date relativement récente.

M. Pinard est le doyen des 10 accoucheurs titulaires, il a eu cinquante-trois ans le 4 février dernier. Le plus jeune est M. Bonnaire, né le 26 mai 1858. Le dernier nommé des accoucheurs du Bureau central est M. Démelin, né le 17 février 1861.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés, au laboratoire institué pour le service de la diphtérie, à l'hôpital des Enfants-Malades : chef du laboratoire, M. Méry; moniteur, M. Bonnus.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur d'Astros est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

— Un grand établissement industriel de la Seine-Inférieure désirerait s'attacher un médecin pour donner des soins à ses ouvriers. Le traitement afférent à ce service serait de 5000 francs environ et le titulaire du poste pourrait en même temps s'occuper de la clientèle ordinaire, le service de l'établissement ne lui prenant qu'une partie de son temps. — S'adresser à MM. A. Badin et fils, à Barentin (Seine-Inférieure).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Prise et remise des bagages à domicile.* — La Compagnie a organisé, à Paris, un service permettant aux voyageurs de s'affranchir, au départ et à l'arrivée, des ennuis du transport de leurs bagages.

Au départ, les colis sont pris au domicile, transportés à la gare et enregistrés pour la destination indiquée.

A l'arrivée, le voyageur n'a qu'à remettre, à la descente du train, son bulletin au bureau spécial affecté à ce service, les bagages suivent au domicile à l'adresse donnée.

Dans les deux cas, le tarif comprend la descente ou la montée aux étages.

Prix : 30 centimes par fraction de 10 kilogs, avec minimum de 1 fr. à l'arrivée et de 2 fr. 50 au départ.

Les commandes sont reçues, à Paris, vingt-quatre heures à l'avance, au bureau central du service, 20, rue de Grammont et aux bureaux-succursales de la Compagnie P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare et rue Sainte-Anne, 6.

Un service analogue fonctionne également à l'arrivée et au départ à Marseille, Cannes, Nice et Menton.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, 17, rue Cassette

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Diathèse lymphogène (lymphadénose).

Par le docteur J. VIRES,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

I

Historique. — Lorsque, en 1845, Virchow décrivit la maladie que nous nous proposons d'étudier, il fut surtout frappé par la coloration que présentait le sang. Le tissu était comme décoloré, blanchâtre. Virchow reconnut que cette teinte anormale était due à une quantité exagérée de globules blancs; il appela la maladie nouvelle *leucémie* (λεύκος, blanc; αἷμα, sang).

Dans la suite, il s'attacha à démontrer l'influence qu'exerçaient la rate et les ganglions lymphatiques sur le développement de la leucémie.

Actuellement, l'altération du sang n'a plus cette importance capitale et primitive. On la considère toujours comme secondaire et même contingente. « La production *hyperplasique* ou hétéroplasique du tissu lymphoïde constitue la base même de la maladie et nous réunissons sous le titre de lymphadénie un certain nombre d'états morbides ayant pour caractère commun une hyperplasie du tissu adénoïde et accessoirement des hétéroplasies.

La fonction hématopoiétique des organes lymphoïdes, constante chez le fœtus, susceptible de réapparition chez l'enfant, hypothétique chez l'adulte; le retentissement tout spécial, mais inconstant de leurs lésions sur la constitution anatomique du sang, nous obligent à rapprocher l'étude de cette maladie de celle des anémies (Ch. Luzet). »

L'étude de la leucémie de Virchow n'est donc plus faite aujourd'hui sur les mêmes bases qu'autrefois; une conception pathogénique nouvelle s'est édifiée.

Un historique succinct nous permettra de suivre les étapes successives qui nous conduisent à cette conception, étapes qui, non seulement, sont le reflet des idées du jour, mais qui marquent, à chacune d'elles, une observation plus minutieuse ou une découverte acquise.

Cette histoire comprend quatre périodes.

PREMIÈRE PÉRIODE. — *Observations de la maladie, découverte du type nosologique par Virchow.* — Dès 1832, Hodgkin décrit une maladie caractérisée par l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et celle de la rate.

Après Hodgkin, on constate que cette hypertrophie ganglionnaire et splénique peut coexister avec un état spécial du sang.

Dès 1839, on admet qu'il existe une vraie *suppuration* de ce sang; on le rencontre, en effet, à l'autopsie, poisseux, épais, grisâtre, opaque, comme le pus lui-même.

Un Français, Donné, en 1844, décrit les lésions hématiques de la maladie, insiste sur l'augmentation des globules blancs, mais ne retrouve pas, comme lien causal, l'hypertrophie de la rate; il n'attache pas à son étude plus d'importance et la pathogénie lui échappe.

Dès octobre 1845, Bennett rapporte un cas qui fait grand bruit. Il note dans son observation une augmentation considérable de corpuscules dans le sang, une coloration rappelant celle du pus, la coexistence d'une lésion de la rate. Bennett pense que le sang est devenu purulent et que les corpuscules sont ceux du pus. Il crée le nom de *leucocythémie.*

A quelques mois de là, Virchow étudie un cas semblable à celui de Bennett et du premier coup indique les principaux caractères de la maladie; Bennett s'est trompé. Il n'y a pas de globules de pus dans le sang; il y a *hyperleucocytose*, augmentation considérable, persistante, des globules blancs; cette leucocytose est caractéristique, est le « primum movens » de la *leucémie.* L'hypertrophie splénique et l'hypertrophie ganglionnaire sont des lésions secondaires, mais causées par elle.

Virchow est donc bien le premier auteur qui apporte une contribution originale à l'étude de la leucocythémie. Bennett a voulu nier la valeur de cette contribution et s'en attribuer la priorité. Les termes échangés ont été vifs. Or, c'est Virchow qui a la priorité. Bennett, qui prend les leucocytes pour des globules du pus et l'hypertrophie de la rate pour une lésion pyohémique de cet organe, consacre une double erreur qu'il ne reconnaît du reste qu'en 1851.

DEUXIÈME PÉRIODE. — *Réaction contre l'unité nosologique de Virchow.* — Les faits cliniques démontrent, dès 1856, que les deux termes associés par Virchow, l'hypertrophie de la rate et des ganglions, d'une part, l'état leucémique du sang, de l'autre, ne sont pas toujours associés.

Isambert et Robin publient une observation où la dissociation est bien nette.

Une autre est de Bonfils. Celle-ci fut retentissante. Robin fait l'examen du sang : il n'y trouve pas d'altération, pas de leucocytose et il y a pourtant une hypertrophie ganglionnaire généralisée.

De là, cette conclusion : L'adénie (Trousseau), l'hypertrophie lymphatique, est le phénomène essentiel, primitif; la leucocythémie est contingente et secondaire.

C'est donc bien qu'il y a des hypertrophies ganglionnaires avec un état absolument normal du sang.

Pour séparer cet état de la leucémie de Virchow, Wunderlich propose la dénomination de *pseudo-leucémie*.

Troisième période. — *Réaction inverse. Unité du type.* — La leucémie et la pseudo-leucémie ne représentent chacune qu'un des éléments de la maladie. Celle-ci est causée par des altérations du tissu adénoïde, si largement disséminé dans l'économie et que His vient de décrire. Adénie et pseudo-leucémie, leucémie et leucocythémie ne sont pas deux types irréductibles; ils ne méritent pas une place distincte dans le cadre nosologique.

Dès 1873, Jaccoud supprime cette scission artificielle et démontre l'unité du processus morbide qu'il dénomme dans son ensemble *diathèse lymphogène*.

En même temps sont apportées des connaissances nouvelles :

Le tissu lymphoïde peut se développer hors des ganglions, partout où il y a du tissu adénoïde.

Cornil et Ollivier le trouvent dans la moelle osseuse. Béhier, puis Kelsch, Gilly démontrent que l'*intestin peut être envahi par l'exubérance du tissu adénoïde.* Les amygdales (Demange), occupées par le tissu adénoïde, prennent l'aspect cérébriforme; leur consistance est molle.

Si donc un organe contient normalement du tissu adénoïde, sous l'influence de la diathèse, ce tissu peut se multiplier, s'accroître, devenir exubérant : c'est l'*hypergenèse, c'est l'hyperplasie*.

Il y a plus. Le tissu lymphoïde peut apparaître dans les organes qui en sont normalement dépourvus (foie, rein, muscles, centres nerveux) : c'est l'*hétéroplasie.*

Leucémie et lymphadénie ne sont pas deux choses indépendantes.

D'une façon constante, la leucémie est liée à une néoformation du tissu lymphoïde.

Quatrième période contemporaine : a. *chirurgicale*; b. *bactériologique.* — Cette période est d'abord chirurgicale. Elle est maintenant bactériologique.

Jusqu'en 1870, en effet, ce sont surtout les formes généralisées qu'on étudie et, pour cette étude, la clinique s'appuie sur l'anatomie pathologique.

A partir de 1870, ce sont les formes localisées qui vont être recherchées; ce sera la lymphadénie qui bénéficiera de ces recherches; ce seront les hypertrophies ganglionnaires circonscrites qui tomberont sous le coup des indications chirurgicales (Trélat, Duplay, Delbet).

L'étude de la maladie est aujourd'hui reprise à un point de vue tout autre : les recherches bactériologiques y sont introduites et sa nature infectieuse prend corps de plus en plus. Mais les divisions sont nombreuses; l'obscurité nosologique est grande : dans un même cadre qu'on force et qu'on violente, on fait rentrer des affections disparates, dissemblables, sans aucun lien pathogénique.

Guillermet et Bard (1), son maître, font justice des appellations multiples données par les auteurs et surtout par les auteurs allemands. Ils admettent (Combemale) :

1° L'*adénie*, adénite infectieuse qui se traduit cliniquement par l'hypertrophie progressive des ganglions avec ou sans augmentation du nombre de globules blancs du sang, anatomiquement par la caséification sans cellule géante, ni nodule bien distinct du ganglion. L'agent infectieux est quelconque : staphylocoque, streptocoque...

2° La *leucocythémie* : ici c'est l'augmentation progressive du nombre des globules blancs qui est le fait capital, essentiel, tandis que la participation des ganglions et des organes lymphoïdes est contingente. Pour Bard c'est là le cancer du sang. L'agent du mal en est inconnu. Mais les lésions consistent en un développement incomplet des leucocytes [ce qui donne à la maladie les formes liénale, myélogène, ganglionnaire, suivant que l'un ou l'autre des organes hématopoiétiques, rate, moelle osseuse, ganglions, fournit les éléments de la leucémie] et dans les altérations chimiques, du sang (présence de peptones, d'acide lactique, d'hypoxanthine).

3° Les *tumeurs ganglionnaires*, parmi lesquelles :

a. Le lymphadénome, qui doit être considéré comme l'hypertrophie primitive de ganglions avec forme embryonnaire des éléments de la tumeur;

b. Le lymphome qui est, au contraire, la forme adulte de cette même hypertrophie des ganglions.

Adénie, leucocythémie, tumeurs ganglionnaires reconnaissent une origine infectieuse. « Les cas dans lesquels cette nature infectieuse a été recherchée et constatée sont déjà assez nombreux pour permettre d'affirmer cette idée. Nous affirmons donc, dit Combemale, que l'adénie reconnaît toujours une cause infectieuse. »

Je reprendrai cette étude bactériologique quand j'exposerai la pathogénie de la diathèse lymphogène.

Nous voilà bien loin de la doctrine de Virchow. Le cadre, depuis, s'est élargi : ce n'est plus la leucémie, maladie du sang, c'est la lymphadénose, la diathèse lymphogène, maladie du tissu lymphoïde, maladie universalisée qui se caractérise, *anatomiquement*, par l'hyperproduction du tissu adénoïde homéo et hétéroplasique, maladie générale d'origine microbienne et infectieuse.

Discussion. — Nous connaissons l'évolution suivie par les auteurs; les unicistes paraissent être dans le vrai, au moins d'après l'anatomie pathologique et l'expérimentation.

Aussi réunissons-nous dans notre étude, sous le nom de *diathèse lymphogène*, l'adénie de Trousseau, la lymphadénie de Ranvier, la pseudo-leucémie des auteurs allemands, la leucémie de Virchow, la leucocythémie de Bennett. Nous y sommes autorisé parce qu'il existe entre la lymphadénie et la leucocythémie des types intermédiaires, parce que la lymphadénie peut se transformer en leucocythémie vraie.

La leucocythémie est le type le plus complet de la mala-

(1) Un des premiers, sinon le premier, Bard fait de la lymphadénie une maladie microbienne. « Il nous paraît certain, dit-il dans son *Précis d'anatomie pathologique*, 1890, qu'il existe une forme de fermentation microbienne qui est propre aux ganglions. Elle les envahit de proche en proche, quand une fois elle s'est installée chez l'un d'eux; mais malgré cette dissémination, elle n'intéresse pas les autres tissus. Cette forme constitue le plus grand nombre de cas cliniques qui ont été réunis dans le groupe disparate de la maladie de Hodgkin; elle appelle une description spéciale et mériterait de garder seul le nom d'*adénie*. »

die, elle en comprend tous les éléments pathologiques.

Les autres états ne sont que des avant-stades, des symptômes morbides susceptibles indifféremment de ne pas évoluer plus loin, ou de s'aggraver et de donner naissance à la leucocythémie.

Ce sont donc des formes diverses d'une même maladie, maladie dont l'existence et la production est liée d'une façon constante à une néoformation du tissu lymphoïde.

Définition. — *a.* La *leucocythémie* est caractérisée par des *lésions particulières* des organes lymphoïdes ou hématopoiétiques (moelle osseuse, ganglions, rate), par une leucocytose abondante, par l'irruption dans le sang des éléments cellulaires, hyperplasiés dans les tissus et les organes. Ces éléments (surtout les globules blancs) continuent à se multiplier, indiquant par là un processus actif.

b. La *lymphadénie* est caractérisée par des *lésions particulières* des organes lymphoïdes ou hématopoiétiques, comme la leucocythémie, et surtout par l'hyperplasie générale des ganglions. La leucocythémie existe ou pas. De même aussi, tantôt il y a irruption dans le sang des éléments cellulaires et dans ces cas le passage se fait de la lymphadénie à la leucémie. Tantôt, soit que ces éléments n'aient pas le temps de passer dans le sang (Conheim), soit que les lymphatiques sclérosés, altérés, les en empêchent (Jaccoud, cas de Cavalier), il n'y a pas irruption et il y a lymphadénie aleucémique.

c. L'*anémie pseudo-leucémique de Jacks et Luzet* est caractérisée par des lésions hypertrophiques de la rate et du foie (organes hématopoiétiques), par la présence dans la circulation d'un grand nombre de cellules rouges, dont beaucoup présentent des indices de karyokinèse, et par une leucocythémie modérée (Luzet).

d. La *splénomégalie* se caractérise par une hypertrophie de la rate, par une anémie globulaire sans leucémie, par l'absence complète d'adénopathies.

Ces définitions montrent bien que ces divisions sont des divisions d'attente, destinées à disparaître lorsque la nature de la lésion du tissu adénoïde sera complètement connue et scientifiquement établie.

Voici donc ce que comprend la diathèse lymphogène :

1° *Avant-stades de la leucocythémie* :
- *a.* Splénomégalie simple de Debove et Bruhl;
- *b.* Anémie infantile pseudo-leucémique de von Jacks et Luzet.

2° *Lymphadénie, maladie de Hodgkin* :
- *a.* Formes localisées;
- *b.* Formes généralisées.

3° *Leucocythémie.*

II

Symptomatologie. — Je décrirai d'abord les symptômes de la diathèse lymphogène : ce sera la partie clinique de cette étude. Cette partie clinique devra être scindée pour la clarté de l'exposition, car les symptômes sont au complet dans la leucémie et vont décroissant, d'une façon progressive, dans l'adénie, l'anémie infantile pseudo-leucémique et la splénomégalie.

A. Leucocythémie. — *Début.* — La maladie débute ordinairement d'une façon insidieuse. Depuis longtemps, les malades perdent progressivement leurs forces, sont pâles, essoufflés, faibles, débiles.

Ils maigrissent : les bras diminuent de volume et le poids s'abaisse; la peau devient flasque, jaunâtre et facile à la transsudation.

Des sensations douloureuses se produisent alors : céphalalgies, vertiges, éblouissements, bourdonnements d'oreille, viscéralgies.

L'état général devient mauvais : sourdement, insidieusement, se fait un accroissement lent et progressif des ganglions et des tissus adénoïdes, surtout de la rate. Les hypertrophies entraînent des douleurs, des compressions, de la gêne, de la pesanteur, des œdèmes, des quintes de toux, des accès de suffocation, des exsudats séreux divers et multiples.

L'appétit se perd, l'état subjectif du malade s'aggrave.

Voilà bien le début incertain, à délimitation indécise, dont on ne peut fixer le commencement et la fin.

État. — *a.* C'est la *tuméfaction de la rate* qui attire l'attention du malade et sur laquelle il appelle celle du médecin.

Le malade souffre de son abdomen; cet abdomen est augmenté de volume, distendu, gêne la respiration, est le siège à gauche d'une pesanteur, d'une lourdeur, d'une sensation de plénitude inaccoutumée.

Le médecin constate que la région abdominale gauche est déformée, soulevée. La palpation lui révèle la présence d'une tumeur d'un volume considérable, souvent étendue au delà de la ligne blanche, et descendant dans la fosse iliaque gauche. La tumeur est peu mobile, dure; les bords en sont mousses et arrondis, avec des incisures.

La percussion, non douloureuse généralement, rend plus précise la situation de cette grosse rate.

L'auscultation permet d'entendre un bruit vasculaire analogue au souffle utérin de la grossesse.

Le *foie* se tuméfie plus tardivement que la rate ou en même temps qu'elle. Il dépasse largement le rebord costal et peut même rejoindre la matité splénique sur la ligne médiane.

L'ictère est rare. Il existe dans un dixième des cas d'après Vidal et Erhlich, un vingtième d'après Isambert; mais, en tous les cas, la peau prend une teinte jaunâtre et terreuse.

b. L'hypertrophie de la rate et du foie est suivie de celle de tous les *ganglions lymphatiques* ou leur est concomitante.

Aux aines, aux aisselles, au cou, l'inspection, la palpation permettent d'en suivre le développement.

Le développement des ganglions mésentériques, médiastinaux, intrathoraciques, se traduira par des douleurs, de la dyspnée, de l'angoisse, de la sténose trachéale.

Profonds ou superficiels, les ganglions deviennent douloureux, mais ne suppurent pas, à moins qu'un traumatisme ou une invasion exogène septique ne vienne les infecter.

c. Le troisième terme obligatoire, devant compléter cette triade (rate, ganglions), serait la moelle des os. A côté de la forme *splénique*, de la forme *ganglionnaire*, on devrait décrire la forme *myélogène*.

Or, Neumann a certainement dépassé la mesure en affirmant que la moelle osseuse est atteinte au début de toute leucocythémie.

Symptomatiquement, cette leucémie médullaire se distingue par la sensibilité du sternum à la pression, par de la

douleur spontanée ou provoquée dans la diaphyse des os longs, par la déformation de ces mêmes os.

Quel que soit le début, par la rate, les ganglions ou la moelle osseuse, et le plus souvent ce début est mixte (Mosler), à la période d'état, tous les appareils sont touchés, le retentissement se fait sur tout l'organisme, porte sur toutes les fonctions.

Appareil digestif. — Les troubles, d'abord peu accusés, consistent en anorexie, nausées, vomissements. Les gencives tuméfiées, saignantes, fongueuses (stomatite leucémique), rappellent les lésions du scorbut. Les amygdales, tuméfiées et hypertrophiées, gênent la déglutition.

La diarrhée est le symptôme le plus fréquent; rapidement elle affaiblit le malade, à la fin elle se complique d'hémorragie et peut enlever le patient.

Appareil circulatoire. — Le cœur peut être refoulé en haut et présenter des souffles variés ou des bruits de galop. Les hydropisies sont fréquentes; elles surviennent tard sous forme d'anasarque, d'ascite, d'œdème, d'hydrothorax.

Appareil respiratoire. — Parmi les troubles de cet appareil, la dyspnée est le plus précoce et le plus fréquent. Elle existe avec la toux. La broncho-pneumonie et l'œdème pulmonaire sont les accidents terminaux le plus souvent notés. La voix est faible, rauque, disparaît même si les récurrents sont comprimés par les masses ganglionnaires.

Système nerveux. — Le leucémique est abattu, brisé, chagrin, et dès le début, son caractère s'altère. Plus tard, vers la fin, il devient lypémaniaque, délirant, voire comateux.

Organes des sens. — Souvent ils sont profondément atteints. Des troubles de la vision coïncident avec la rétinite leucémique; à l'ophtalmoscope, on trouve le fond de l'œil pâle, parsemé de traînées blanchâtres et de taches hémorragiques. L'affaiblissement de l'ouïe, la surdité surviennent, en général, à une période avancée et peuvent être suivies d'une hémorragie de l'oreille interne, ou d'une affection labyrinthique.

La peau est souvent le siège de prurigo, d'eczéma, de taches purpuriques, d'éruptions pemphigoïdes, quelquefois de nodules cutanés qui sont des *lymphomes* (Hochsinger et Schiff).

Nutrition. Urologie. — La nutrition, en raison des troubles variés que je viens de décrire, est altérée, perturbée; ce trouble nutritif se traduit par des modifications urologiques.

La quantité d'urine, normale ou augmentée au début, diminue au fur et à mesure que la maladie progresse. Jaune, rouge, foncée, de densité abaissée, 1027-1020, elle est riche en urates de soude et d'ammoniaque.

L'urée est normale ou diminuée. L'acide urique est augmenté.

On y trouve de l'hypoxanthine, de l'acide formique, de l'acide lactique, oxalique... tous produits d'oxydation incomplète.

L'urine peut renfermer de l'albumine et des peptones, des cellules lymphoïdes.

Le coefficient urotoxique est diminué et devient 0,20-0,21 (Carrière et Auché).

Tel le tableau symptomatique du leucémique à la période d'état.

Complications. — A ce tableau s'ajoutent fréquemment des ombres : ce sont les *complications*, complications multiples, de nature variée, de causes nombreuses (cachexie, compression, altérations hématiques).

Il se produit parfois des accès de *fièvre* irrégulière, à caractère rémittent, véritable manifestation de cette septicémie, qu'est en réalité la maladie.

On voit survenir aussi de la prostration, du délire, du coma, qui peuvent tenir à des lésions cérébrales graves, telles que des hémorragies.

Les hémorragies sont, en effet, des accidents presque constants à la période ultime de la maladie. Elles contribuent à en hâter la terminaison fatale. La plus fréquente est l'épistaxis, l'hémorragie gingivale; puis viennent l'entérorragie et les hématuries.

Les hémorragies peuvent, en somme, se faire par toutes les voies. Si l'encéphale en est le siège, la mort arrive très rapidement.

L'attention doit être attirée sur ce fait que la moindre piqûre peut être suivie d'un écoulement de sang abondant.

Marche. — Période prodromique, période d'état, période de complications, tels sont les trois stades que suit progressivement la maladie, dans son évolution vers le terme fatal.

La maladie parfois semble régresser; il y a des temps d'arrêt, mais ils ne sont qu'apparents et elle continue en réalité sa marche. La mort est la terminaison habituelle, elle survient dans la cachexie, le marasme, ou bien elle est consécutive à une des complications que nous avons dites.

Mosler, Hobbersohn, Bigger disent avoir vu des cas de guérison.

Durée. — La durée varie. Ebstein a isolé une forme clinique, que Küssner et Fränkel avaient eu l'occasion d'observer. C'est une forme suraiguë, de généralisation précoce, de durée très rapide. Les symptômes sont les mêmes que dans le type décrit, mais ils évoluent très vite; l'état typhique s'installe d'emblée, et ce qui domine le tableau, ce sont les hémorragies abondantes par le nez, la bouche, les gencives surtout.

Retenons ce fait singulièrement important : cette forme paraît, dans la grande majorité des cas, faire suite à une inflammation microbienne des amygdales.

Ordinairement la leucémie progresse lentement, dure tantôt de trois mois à huit ans, en moyenne de vingt-deux à vingt-trois ans; mais notons bien qu'il se produit des poussées, des oscillations thermiques; que les envahissements ganglionnaires sont parallèles à des ascensions fébriles comparables à celles des septicémies et des infections; que les complications sont capables d'activer la marche et de raccourcir la durée.

Telle est la description symptomatique de la leucocythémie.

B. Lymphadénie. — J'envisagerai deux éventualités cliniques :

1° La lymphadénie est localisée.
2° La lymphadénie est généralisée d'emblée.

1° *La lymphadénie est localisée.* — *Début.* — Le début est lent, insidieux, sourd, latent, longtemps ignoré, même par le malade, et d'autant plus facilement, qu'il peut se faire dans n'importe quelle région du corps, dans un groupe ganglionnaire quelconque.

D'une façon générale, les ganglions cervicaux sont les premiers frappés; dans le type précédent, c'était la rate qui était la première atteinte.

Les ganglions viscéraux, je le répète, mésentériques ou

médiastinaux, axillaires ou inguinaux, peuvent être aussi le *locus primus* de l'affection.

Je prends le type le plus fréquent : le début par les ganglions du cou.

C'est d'abord le ganglion rétro-angulo-maxillaire de Chassaignac, le ganglion amygdalien, qui le premier se prend, devient volumineux et dur ; j'insiste, après Delbet, sur cette localisation ; en effet, en raison des connexions lymphatiques de ce ganglion, cette localisation pourrait bien signifier que l'infection a eu pour porte d'entrée la région bucco-pharyngienne.

Le ganglion amygdalien se prend donc, mais d'une façon silencieuse. Et le malade par hasard, tout étonné, s'aperçoit qu'il est porteur dans la région cervicale à droite ou à gauche, quelquefois des deux côtés, de trois ou quatre boules, indolentes et fermes, qui roulent sous les doigts.

Ces boules, ces ganglions cervicaux grossissent, conservent leur indépendance, sont indolents, mobiles et vont ainsi en augmentant de volume, doucement, lentement, mettant des mois et des années à acquérir une grosseur marquante et choquante, mettant des mois et des années avant de retentir douloureusement sur les régions voisines et sans atteinte grave précoce à l'état général.

Rarement la marche est aiguë, rapide, très rarement même quasi foudroyante.

Le début, silencieux et progressif, ne peut donc rentrer dans une durée toujours la même pour tous les cas.

État. — L'envahissement de l'organisme est brusquement signifié par une notable augmentation du volume des ganglions : *c'est une véritable explosion*, dit Trousseau.

Cette explosion, primitivement, est locale.

On voit les ganglions cervicaux s'accroître vite, soit par accroissement régulier et progressif, soit par poussées.

A chaque poussée, se fait une élévation thermique qui peut atteindre 40 et 41 degrés ; c'est l'aspect clinique de l'adénite infectieuse. Après des alternatives d'augmentation et de régression, les ganglions hypertrophiés constituent d'énormes tumeurs et l'aspect du lymphadénique est alors frappant et caractéristique.

A la région cervicale, l'aspect est saisissant. La masse ganglionnaire comble toute l'énorme échancrure qui sépare l'épaule du cou, se portant du deltoïde à l'apophyse mastoide, et la tête est comme perdue dans un collier prodigieux (Delbet).

Et cependant, dans cette masse parfois colossale, les ganglions conservent leur indépendance réciproque ; indépendants les uns des autres, ils sont indépendants de la peau, indépendants aussi des parties profondes. Mobilisés les uns sur les autres, choqués par contact, ils produisent une sorte de bruit, une collision crépitante. Leur consistance est ferme, égale partout et se maintient telle, si un traumatisme ou une infection exogène ne vient apporter un germe infectieux ; dans ces cas seuls, les ganglions deviennent mous, ramollis, fluctuants et arrivent à la suppuration.

Le développement énorme, qu'il soit cervical, médiastinal, mésentérique, axillaire... déplace les organes voisins, les comprime et, suivant leur nature, leurs fonctions, leurs rapports, détermine des accidents divers.

Si la masse hypertrophiée comprime un vaisseau, nous verrons apparaître l'œdème ; si un nerf, des douleurs, des paralysies ; si le récurrent, par exemple, le pneumogastrique au cou, de l'aphonie, des syncopes, des phénomènes d'asphyxie.

Voilà la première forme clinique, celle dans laquelle la lymphadénie est localisée.

2° *La lymphadénie est généralisée d'emblée.* — Tous les ganglions du corps sont pris comme en une seule fois, en bloc ; les viscères même peuvent être atteints ; la rate, le foie, l'intestin, les amygdales s'hypertrophient ; l'ensemble de l'organisme est envahi tout entier.

Cet envahissement universalisé perturbe défavorablement l'organisme, provoque des troubles graves : les milieux liquides, les tissus, les vaisseaux, les nerfs réagissent et l'affection aggravée devient menaçante et d'un sombre pronostic.

Durée. — La durée de cette forme est rapide ; en quelques semaines, en quelques mois, le lymphadénique réalise le type complet du *cachectique* et s'éteint dans le marasme, devenu la proie de cette décrépitude profonde, provoquée par une déchéance générale.

Ou bien la mort se produit brusquement par offense d'un nerf ou compression de la trachée, par asphyxie ou syncope.

Cette *cachexie* est commune à tous les types lymphadéniques, elle est nettement spéciale, a des caractères qui ne sont pas ceux des cachexies ordinaires, de la cachexie cancéreuse, par exemple.

C'est, en effet, un affaiblissement extrême, une lassitude envahissante et dépressive, absolument disproportionnée avec l'état général.

L'appétit du lymphadénique est bon, il s'alimente relativement bien et cependant les forces s'atténuent, s'affaiblissent, et disparaissent. C'est qu'il réalise une sorte d'anémie, l'anémie lymphatique de Wilks, qui se traduit par cette *asthénie* généralisée, par une teinte sale, jaunâtre, terreuse de la peau.

Si cette cachexie est propre au lymphadénique, les formes que peut revêtir la fièvre lui sont aussi bien personnelles et ont une physionomie à part.

Fièvre. — Jaccoud, Féréol, Guillermet, quelques auteurs allemands, Crocq fils, ont très nettement signalé l'apparition des accès de fièvre à caractère rémittent et à maximum vespéral, que Murchison, dès 1870, et Virchow ensuite avaient les premiers indiqués et que Hamser, Wölkers ont consignés dans leurs observations ultérieures (Combemale).

Pour Combemale, il y a deux types de fièvre : l'un précoce, à caractère intermittent, avec frisson et sueurs, en tout semblable à un accès de fièvre paludéenne (ce qui a induit en erreur certains auteurs, Bonfils et Wünderlich, en particulier, qui ont signalé l'impaludisme comme coexistant avec la leucémie).

L'autre, au contraire, tardif, à caractère rémittent.

Le premier est vraisemblablement le signe d'une décharge de toxines dans le sang et le fait de la réaction de l'économie. Le second est une véritable manifestation de cette septicémie qu'est en réalité l'adénie confirmée.

Delbet reconnaît lui aussi des types fébriles variés. La fièvre peut être irrégulière, intermittente, récurrente, chronique. En certains cas, différenciés peut-être par Pfeiffer et Neumann sous le nom de fièvre ganglionnaire, l'hyperthermie dure quinze ou vingt jours, puis il se fait une décroissance lente, une apyrexie complète et, de nouveau, l'hyperthermie s'installe pendant quinze ou vingt jours, et le cycle recommence.

Dans la lymphadénie, comme dans la leucémie et quelle que soit la forme, localisée ou généralisée d'emblée, quelle que soit la variété et le mode fébrile, il se fait à la période

terminale des épanchements et des hémorragies, épanchements dans les séreuses, dans la plèvre, le péritoine, hémorragies des muqueuses buccales, stomacales, intestinales.

Dans la lymphadénie, comme dans la leucémie, la mort arrive par diarrhée incoercible, et le malade s'éteint dans la torpeur et le coma, à moins que l'asphyxie ou la syncope ne vienne brusquer cette triste fin.

Marche. — La marche est variable. On peut distinguer deux types.

a. Dans le premier, c'est une évolution suraiguë :

C'est l'évolution massive, brutale et rapide d'une infection qui, en quinze, vingt, trente jours, conduit à la terminaison fatale. Ce sont les cas de Litten, Nobel, Traversa.

b. Dans le second, c'est une évolution d'abord lente, paresseuse, à laquelle succède une explosion et une évolution très rapide. Dans un cas de Reclus, ce n'est qu'après dix-huit ans que l'explosion se fit.

Durée. — Si la marche est variable, *a fortiori* la durée est différente. En moyenne, sans tenir compte des extrêmes, la maladie évolue dans l'intervalle de deux à cinq ans.

Cette marche et cette durée ont, du reste, des caractères spéciaux, qui viennent à l'appui de la théorie infectieuse que nous soutiendrons, caractères tirés de la marche irrégulière dans l'accroissement des ganglions hypertrophiés, du parallélisme de cet accroissement brusque et de l'élévation thermique, de la régression des tumeurs et de la modalité de la fièvre.

Telle est la lymphadénie.

C. Anémie infantile pseudo-leucémique. — J'ai déjà dit qu'elle était caractérisée par une anémie grave, une augmentation de volume du foie et de la rate, la présence dans la circulation d'un grand nombre de cellules rouges dont beaucoup présentent des indices de karyokinèse et par une leucocytose forte ou modérée.

Quel est son tableau clinique? Je l'emprunte à Audéoud.

Début. — Le début de la maladie est toujours insidieux. Parfois il se marque par l'affaiblissement du malade, l'anémie de la peau, quelques dérangements intestinaux.

État. — Après le début si peu précis, le petit malade réalise la période d'état et alors son aspect est très particulier.

L'enfant tout jeune, qui n'a pas encore marché, reste étendu sur le dos, sans bouger, insensible à ceux qui l'entourent, insensible aux jeux et aux amusements. Il est envahi par une profonde apathie, une asthénie généralisée; l'accablement est tel que l'enfant quasi inerte ne crie pas spontanément et ne réagit pas quand on le soulève ou qu'on le transporte. L'enfant est pâle, ses téguments sont décolorés, jaunâtres. La face est replète, non ridée, les lèvres sont blêmes ou à peine rosées, ainsi que les conjonctives. La même pâleur avec conservation du tissu adipeux s'observe sur le reste du corps. Quelquefois il existe un léger degré d'œdème aux parties déclives et, en particulier, aux jambes. C'est un œdème mou, analogue à celui des chlorotiques et qui ne s'accompagne pas d'éruption cutanée.

Le ventre est développé, proéminent, tantôt uniformément distendu, tantôt plus saillant au niveau de la rate; on peut observer un léger réseau veineux sous-cutané, mais l'ascite est rare.

La rate est considérablement tuméfiée; ses dimensions sont augmentées à ce point qu'elle peut atteindre l'ombilic, la crête iliaque, et descendre dans le bassin.

Elle se laisse palper facilement. Sa consistance est dure et sa forme générale est conservée, elle ne devient douloureuse que s'il y a périsplénite.

Le foie ne dépasse le rebord costal que d'un à deux travers de doigt, quand il est hypertrophié.

Les ganglions peuvent être un peu augmentés de volume, mais jamais au degré qu'ils atteignent dans l'adénie ou la leucémie.

Les fonctions digestives sont parfois troublées par de la gastro-entérite, si fréquente à cet âge.

Les symptômes nerveux, respiratoire et circulatoire, sont normaux. On a signalé quelques épistaxis et du purpura dans la période terminale de la maladie (Labadie-Lagrave).

L'urine est, en général, normale; toutefois une albuminurie légère a été notée dans quelques observations. Elle était causée chez le malade de von Jacks par des lésions leucémiques du rein.

Luzet a trouvé de l'urobiline.

La fièvre peut se trouver en dehors de toute complication. Cependant, elle peut être due à une affection intercurrente, en particulier à la broncho-pneumonie.

Marche. — Constituée, l'anémie infantile pseudo-leucémique est grave. La marche est subaiguë, dure plusieurs mois jusqu'à un an, terme qu'elle ne semble pas dépasser.

Toutefois, son évolution n'est pas nécessairement fatale : Monti, von Jacks, Combe ont eu des guérisons.

La faiblesse de l'enfant est si considérable que la moindre complication, pneumonie, broncho-pneumonie, gastro-entérite, l'emporte facilement.

En d'autres cas, l'urémie augmente, la leucocytose progresse, le malade pâlit encore, sa rate s'hypertrophie, les ganglions se tuméfient, l'œdème cachectique apparaît. Des taches de purpura, des épistaxis fréquentes, des gingivites hémorragiques, viennent affirmer la transformation de la maladie en leucémie. La terminaison est alors mortelle.

Telle est la symptomatologie de ce type.

D. Splénomégalie primitive de Debove et Bruhl. — *Début.* — Toujours, c'est à l'insu du malade que débute la maladie; les premiers symptômes présentés sont de la lassitude, de l'affaissement, de la pâleur. On consulte le médecin : si l'examen n'est pas complet, minutieux, l'hypertrophie splénique peut passer inaperçue.

L'apparition de ces symptômes généraux si insolites conduisent à une étude de tous les organes, la rate sera trouvée augmentée de volume.

D'autres fois, le début, lorsqu'il est préparé de façon sourde et latente, s'accuse et se précise par une *crise douloureuse*.

La température s'élève, des vomissements parfois incoercibles apparaissent, le facies s'altère, devient grippé, péritonitique, l'endolorissement de l'hypocondre gauche devient extrême. Ici encore, l'examen permet de retrouver une rate volumineuse et douloureuse.

Ces poussées peuvent se retrouver à la période d'état; elles retentissent sur les organes voisins médiats et immédiats : péritoine (péritonite, périsplénite), plèvre (pleurite sèche), poumons (congestion pleuro-pulmonaire gauche).

État. Troubles fonctionnels. — Ce sont ceux que nous avons notés déjà dans tous les stades précédents : fatigue, essoufflement, lassitude, apathie, gêne de la circulation, gêne de la respiration.

Signes physiques. — La rate est énorme. La palpation, la

percussion permettent de la fixer dans l'hypocondre gauche qu'elle emplit, qu'elle dépasse. Sa consistance est dure, ferme. Elle s'hypertrophie progressivement et peut quelquefois procéder par poussées.

Le foie est gros : il n'y a ni ictère, ni ascite.

Le retentissement sur les appareils et les organes s'installe. Troubles digestifs, anorexie, vomissements, diarrhée profuse, troubles circulatoires, hémorragies, épistaxis, hématémèses, purpura, mélæna, hémorragies gingivales.

Et lentement la cachexie, l'asthénie généralisée s'emparent du malade et le conduisent au marasme et à la mort.

Marche. Durée. — La marche de ce type est lente et progressive. La durée variable oscille entre dix-huit mois et six ans.

La splénectomie a pu enrayer l'évolution fatale, en quelques cas.

III

Étiologie. — J'indiquerai quelles sont les causes de la diathèse lymphogène. Je ne puis envisager que l'ensemble de la maladie : ce serait tomber dans des répétitions fastidieuses que de discuter l'étiologie à propos de chacune des formes symptomatiques.

Je dirai quelle est l'influence de l'âge, du sexe, de l'hérédité, des maladies antérieures et concomitantes, infectieuses ou chroniques, du traumatisme.

Age. — La diathèse lymphogène frappe tous les âges : des enfants de six à vingt mois (anémie infantile grave leucémique); des vieillards âgés de plus de quatre-vingts ans; le tribut le plus lourd est payé aux âges moyens de la vie, de vingt à quarante ans ou de trente à quarante ans.

Sexe. — Sauf l'anémie pseudo-leucémique, qui est plus fréquente chez les filles que chez les garçons, c'est le sexe fort qui est le plus souvent atteint : trois hommes pour une femme.

Isambert donne un relevé de 46 hommes pour 19 femmes, Ehrlich 60 pour 31, Mosler 12 pour 4, Gowers 75 pour 25, soit pour les hommes 2,44 pour 100; pour les femmes 1 pour 100.

Hérédité. — a. L'hérédité directe est rare.

Casati cite le cas d'une fillette de dix ans, dont le père et la grand'mère étaient leucémiques.

Cameron rapporte l'histoire d'une femme dont la grand'-mère, la mère, un frère et deux enfants présentaient la même maladie.

Sœnger, celle d'une mère qui mit au monde un enfant leucémique, sans être atteinte elle-même par cette maladie.

D'autre part, il existe un grand nombre de cas de femmes leucémiques, ayant accouché d'enfants sains.

L'*hérédité directe* n'est donc pas très fréquente.

b. L'*hérédité collatérale* est plus fréquente.

Naunyn cite le cas de deux frères atteints de leucémie splénique.

Duret et Vaquez, un frère et une sœur; Senator, deux jumelles; Orthez, deux sœurs.

Toutefois, comme le fait remarquer Bonnet, ces faits sont trop peu nombreux pour permettre d'en tirer une conclusion ferme.

Maladies infectieuses. — Toutes les maladies infectieuses peuvent donner naissance à la mégalosplénie, premier stade de la leucocythémie. Le rôle exact de ces affections est loin d'être défini (scrofule, tuberculose, syphilis).

On a incriminé la maladie infectieuse chez les ascendants. Dans un cas d'Audéoud, la rougeole paraît avoir eu une influence déterminante bien réelle sur le développement d'une anémie infantile pseudo-leucémique.

Maladies toxiques, dyscrasiques. — L'alcoolisme, le rachitisme, ont été trouvés chez les leucocythémiques, mais leur rôle reste obscur.

Causes banales. — On signale la grossesse (Brousses et Girardin), le traumatisme (Billroth), et Jaccoud a pu dire que très souvent la diffusion de la lymphadénie est le résultat d'une influence traumatique ou d'une agression irritative sur une glande préexistante; les mauvaises conditions hygiéniques, la misère physiologique, la vie sédentaire, la pauvreté, les chagrins, les maladies génitales de la femme, en somme des causes si multiples, si diverses, qu'elles ne sauraient être rendues responsables.

Beaucoup plus important est le fait signalé par Trousseau pour la première fois. Trousseau, dans ses admirables leçons, a bien fait ressortir la part considérable qui revient aux muqueuses et à la peau dans l'éclosion de la diathèse lymphogène.

Il cite quatre cas où l'engorgement des ganglions rétro-maxillaires avait eu pour point de départ une tumeur lacrymale, une otorrhée, un coryza.

Fort important aussi est le cas de Rousseau, dans lequel le lymphadénome cervical se développe chez des individus atteints de coryza chronique.

Dans un cas de Billroth, la porte d'entrée fut une piqûre d'abeille.

Ebstein démontre l'influence très considérable des amygdalites infectieuses, comme cause provocatrice de la leucocythémie; et, à la Société de médecine de Prague, il a cité des cas d'anémie pseudo-leucémique secondaires à différents états : septicémie chronique avec abcès et phlegmons multiples, tuberculose latente des ganglions bronchiques, etc.

Cette notion d'infection par les amygdales, les muqueuses buccale et nasale, le pharynx, la peau, l'intestin grêle, me conduisent à envisager les résultats donnés par la bactériologie.

Ces résultats sont disparates.

Cordacelli, Gianturco, Thya et Trombusti admettent l'origine microbienne de la leucémie pseudo-leucémique; ils ont cherché à en établir la preuve bactériologique.

Rindfleisch, Auspitz, Cordarelli ont signalé l'existence de micro-organismes dans la lymphadénie cutanée et splénique.

Majocci et Peccini ont trouvé dans l'adénie des cocci et des bacilles, Roux et Launois le staphylocoque doré.

Klebs, Osterwald, Mayet et Roux ont rencontré des parasites dans le sang leucémique.

Bonardi a trouvé le staphylocoque pyogenes aureus et albus, chez deux malades atteints de leucémie splénique; Combemale, le staphylocoque albus.

Kelsch et Vaillard, chez un individu affecté de lymphadénie ganglionnaire et myélogène avec leucémie, ont rencontré dans le sang pendant la vie, dans le sang et dans les tumeurs ganglionnaires après la mort, un bacille court et trapu, arrondi aux extrémités, isolé ou formé de plusieurs articles, ne se colorant pas par le Gram.

Pawlowski et Donnet ont pu isoler un bacille presque identique à celui décrit par Kelsch et Vaillard.

Il y a donc des microbes, les uns nouveaux, les autres

vulgaires dans le sang et les organes des individus atteints de la diathèse lymphogène.

Il y a, à côté de ces cas, des cas négatifs, tels ceux de Lion, de Gabbi, de J. Cavalié.

« Les tentatives d'inoculation faites soit avec les produits morbides directs, soit avec les micro-organismes révélés par les cultures, n'ont pas donné de résultats plus concluants que les essais de culture.

Dans la plupart des cas, l'inoculation aux animaux a été inoffensive, et dans ceux où elle a amené des troubles morbides, on n'a pas constaté le développement d'une maladie analogue à la lymphadénie humaine » (J. Cavalié, thèse de Montpellier, 1895).

J. Cavalié pense que si l'on tient compte des cas négatifs, de la multiplicité des espèces bactériennes révélées par les faits positifs et de l'incertitude des inoculations, on doit conclure que, dans l'état actuel de nos connaissances, la nature infectieuse de la lymphadénie reste un problème.

Il semble que ce problème soit à l'heure actuelle résolu. J'ai dit que Combemale, en 1892, affirmait que l'adénie reconnaît toujours une cause infectieuse. Cette affirmation vient d'être brillamment soutenue et démontrée expérimentalement par Delbet.

Je vais suivre dans cet exposé pathogénique les grandes lignes de son réquisitoire. (*A suivre.*)

NOTES SUR LA CHIRURGIE RURALE (1)

Par le docteur Pauchet (d'Amiens), ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

II

PANSEMENT D'UNE PLAIE

Nous supposons une plaie accidentelle : il serait puéril de plonger dans le sublimé la région malade pendant quelques instants, et de faire ensuite un pansement antiseptique. Il faut avant tout abraser aux ciseaux courbes les parties mortifiées qui forment un excellent milieu de culture pour les microbes; puis raser et savonner avec soin tout le pourtour de la plaie. Ne pas craindre d'éthériser le malade si c'est nécessaire. Cette dernière précaution est indispensable en certains cas, par exemple à la suite d'un écrasement des doigts. Après ce décapage consciencieux, on inonde la plaie et ses alentours de sublimé à 1/1000.

Alors s'il s'agit d'une coupure nette débarrassée de corps étrangers et présentant une surface bien propre et cruentée, on pourrait en tenter la réunion au crin de Florence par des points séparés; en cas d'hésitation, ne pas réunir et appliquer un *pansement sec* ; on trempe alors des lamelles de gaze et d'ouate hydrophile dans du sublimé ; on les exprime fortement, et on les applique sur la plaie après l'avoir recouverte ou non de poudre antiseptique. Une couche d'ouate autour de cette première épaisseur, et quelques tours de bande achèvent le pansement; celui-ci restera plusieurs jours en place. *Le pansement humide* sera au contraire appliqué s'il y a des chances réelles d'infection ou si on constate autour de la blessure un peu de rougeur ou de douleur; on recouvre alors la plaie de compresses trempées dans le sublimé; puis on applique une lame de taffetas gommé qu'on maintient par quelques tours de bande. Ce pansement sera renouvelé tous les jours.

Lavages antiseptiques. — Pour les pratiquer, il faut un récipient, un tube de caoutchouc muni d'un robinet, et dont l'extrémité se termine par une canule de verre. Comme récipient, un bock de verre ou un bock portatif en caoutchouc rempliront ce but; on peut encore se servir d'un simple bouchon de caoutchouc qu'il suffit d'adapter à ce tube, et d'introduire dans le goulot d'une bouteille.

Comme canule, il faudra en avoir trois modèles : une à extrémité très effilée pour les plaies, les oreilles, etc., une autre conique en verre très fort servira aux injections vaginales, et une troisième, très courte et très large, au lavage de l'urèthre (canule de Janet).

Ces canules peuvent d'un autre côté s'introduire dans le pavillon des sondes rectales ou vésicales, et, par suite, servir au lavage de ces organes; on voit donc que le même laveur pourra servir au lavage du vagin, du rectum, de l'urèthre, des oreilles, de la gorge, des plaies, de la cavité utérine, du nez, de la plèvre, du péritoine et même aux injections de sérum artificiels.

Pansement d'une brûlure. — Diverses substances ont été employées pour panser les brûlures, jusqu'au jour où Mme Nageotte indiqua qu'on devait les traiter comme des plaies chirurgicales, et procéder sous chloroforme à un brossage et savonnage avant d'appliquer l'agent antiseptique. On devra donc avant tout nettoyer le membre brûlé, surtout si des substances nuisibles comme de la vaseline ou des corps gras ont déjà été appliquées. On trempera alors des compresses dans une solution d'acide picrique à 1/100; on les exprimera et on les disposera en plusieurs couches sur la lésion et ses alentours. Si la région brûlée n'a pas été infectée secondairement, on pourra laisser le pansement durant une semaine; dans le cas contraire, on le renouvellerait plus souvent.

L'eau salée en chirurgie. — La solution de sel marin (10 p. 1000), improprement appelée sérum artificiel, joue en ce moment un rôle important en thérapeutique chirurgicale. Les lavages du péritoine, de la plèvre ou de l'intestin se feront à l'aide de cette solution qui ne produit pas la mort des cellules superficielles comme l'eau pure et qui n'intoxique pas le malade comme les substances antiseptiques.

Les injections d'eau salée dans le système circulatoire se pratiquent chez les malades affaiblis par une hémorragie ou une infection : elles relèvent le pouls, stimulent le patient, et favorisent l'élimination des toxines par les urines, pourvu que le rein ne soit pas altéré.

Ces injections se font dans les *veines* quand l'action a besoin d'être rapide, qu'il s'agisse d'un malade saigné à blanc par une hémorragie, ou d'un opéré en état de shok. En poussant ainsi dans une veine du bras 1000 ou 1500 grammes de liquide, on voit ressusciter souvent le malade, mais cette voie directe n'est pas exempte de danger, et les accès d'oppression, d'affolement cardiaque et des syncopes ne sont pas rares. De plus, le manuel opératoire n'est pas si simple qu'il paraît, et rien n'est plus commun que de voir un opérateur, sorti brillamment d'une grosse intervention, se trouver dans une difficulté extrême pour introduire son trocart dans les veines du patient.

Les injections se feront donc dans le *tissu cellulaire* plutôt que dans les veines; elles conviendront à la très grande majorité des cas. On se munit d'un entonnoir de verre auquel est adapté un tube de caoutchonc dont l'autre

---

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1310.

extrémité est nouée autour d'une aiguille d'aspirateur; on aseptise la surface de la cuisse du malade. Tout l'appareil ayant été préalablement bouilli, on plonge l'aiguille soit dans le tissu musculaire, soit dans le tissu sous-cutané; on met l'entonnoir, ou bien un récipient quelconque à un niveau très élevé; on le fixe sur place; on y verse 500 grammes ou 1 litre d'eau salée, et la pression atmosphérique pousse dans toute l'épaisseur du membre le liquide qui met plusieurs heures à s'absorber.

L'asepsie le plus stricte doit régler l'injection de sérum : la peau du patient, les mains de l'opérateur, l'instrument seront désinfectés comme pour une opération.

On peut préparer soi-même la solution salée; on fait bouillir dans une très faible quantité d'eau du sel de cuisine dont on a déterminé le poids; après la dissolution, on filtre le liquide dans un entonnoir de verre dont le fond est garni d'un tampon d'ouate hydrophile. Cette solution mère doit être versée dans des litres pleins d'eau, qu'on stérilise comme nous l'avons indiqué à propos des solutions antiseptiques. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis.

M. Pinard conseille, pendant toute la durée de la grossesse, l'iodhydrargyrate de potasse à la dose journalière de 50 centigrammes. Il prescrit l'une des deux formules suivantes :

I.	Sirop simple.	300 grammes.
	Bi-iodure d'hydrargyre. . .	10 centigr.
	Iodure de potassium	10 grammes.
II.	Bi-iodure d'hydrargyre . . .	10 centigr.
	Iodure de potassium	10 grammes.
	Eau de menthe.	20 —
	Eau distillée.	250 —

On fera prendre au déjeuner et au dîner une cuillerée à soupe de l'une ou l'autre de ces deux potions.

Cette formule a l'avantage de réunir les qualités de l'iodure de potassium à celles du mercure, elle est plus active que le sirop de Gibert et est beaucoup mieux tolérée que celui-ci. Avec elle, on n'observe jamais de troubles digestifs, à peine dans certains cas a-t-on noté un peu de coryza. (*Rev. des mal. de l'enf.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er décembre 1897.— Présidence de M. DELENS.

COMMUNICATION

Angiome lymphatique. — M. SEGOND, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Le Dentu, communique l'observation d'une femme de cinquante-cinq ans, qu'il a opérée le 11 janvier 1890 d'un angiome lymphatique de la région crurale droite. La partie histologique de cette observation a été publiée par M. Jonnesco dans les « Bulletins de la Société anatomique ». Le début de la tumeur remontait à dix ans. M. Segond avait diagnostiqué un abcès froid. Lorsqu'il eut incisé, il se trouva en présence d'une véritable éponge de tissu lymphatique avec de grosses vacuoles contenant de la lymphe. La dissection en fut difficile. Cette malade guérit par première intention. M. Segond l'a revue deux ans après. Elle était restée parfaitement guérie. L'examen histologique avait montré qu'il s'agissait d'un angiome lymphatique de la région crurale droite.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

M. PICQUÉ rappelle avoir été chargé de faire un rapport sur deux observations d'abcès sous-phréniques adressées par M. Jonnesco (de Bucharest). Il avait rapproché de ces deux cas deux autres observations qui lui étaient personnelles. Ces cas rentrent tous dans la description classique des abcès sous-phréniques. Les premiers faits publiés par Leyden concernaient des cas désignés sous le nom de faux pneumothorax, qu'il distinguait des cas de pneumothorax vrai. Les cas de Jonnesco étaient absolument superposables aux cas de Leyden. Chez tous ces malades, le foie était abaissé. M. Picqué relate le fait d'un malade qui présentait tous les signes d'une collection purulente au voisinage de la vésicule biliaire. En incisant cet abcès, il donna issue à une énorme quantité de gaz et ensuite à du pus fétide; c'était un abcès intra-hépatique. M. Picqué relate plusieurs observations de collections purulentes, de péri-hépatites suppurées se rapprochant par certains côtés de ces faits. Dans un cas, il y eut une vomique et le malade eut une affection secondaire de la cavité pleurale. Dans un de ces faits, on vit qu'il s'agissait d'une infection secondaire de liquide pleural par le bacterium coli. M. Picqué rappelle également une observation dans laquelle le foie était le point de départ de l'affection.

M. JALAGUIER communique une observation d'abcès sous-phrénique consécutif à une appendicite. Il s'agissait d'un petit garçon qui avait eu des douleurs et des vomissements, un peu de ballonnement du ventre et une douleur vive dans l'hypocondre droit. Il y avait un léger souffle à la base du poumon droit. L'enfant était pâle, amaigri. Quelques jours après, le souffle de la base était plus marqué et il y avait de l'œgophonie. On fit une ponction qui n'amena rien. M. Comby, dans le service duquel se trouvait ce malade, le présenta alors à M. Jalaguier, qui constata que le foie était un peu abaissé et qu'il y avait une fluctuation manifeste vers l'appendice xyphoïde. Le diagnostic de M. Comby était : Pleurésie purulente enkystée diaphragmatique. M. Jalaguier réséqua la neuvième côte et pénétra dans une cavité d'où s'échappèrent des gaz et un pus fétide, si bien que M. Jalaguier crut avoir pénétré dans le poumon. Lorsqu'il examina la région, il vit que la paroi supérieure de l'abcès était constituée par la cavité du diaphragme. Le pus était exactement celui de la suppuration péri-appendiculaire.

COMMUNICATION

Cholédocotomie. — M. QUÉNU fait une communication sur ce sujet. Ce travail porte sur six observations. Dans les trois premières, M. Quénu eut recours au procédé classique de la cholédocotomie avec suture. Dans le quatrième cas, il se trouva en présence d'un canal cholédoque placé très profondément, le foie était très augmenté de volume; il incisa le cholédoque sur son doigt, mais il lui fut impossible de le suturer. Il plaça donc une mèche de gaze iodoformée et le malade guérit très bien. Dans un cas où il avait fait la suture, il y avait eu une hémorragie légère; le sang s'était coagulé dans l'intérieur du canal cholédoque, et celui-ci s'était de nouveau trouvé obstrué. Le malade eut de nouveau de l'ictère et succomba. Dans deux autres cas, il y eut des accidents de cholémie, qui obligèrent le chirurgien à rouvrir le canal cholédoque. Instruit par ces faits, M. Quénu a définitivement adopté la cholédocotomie sans suture. Il croit qu'on évite ainsi bien des accidents. Le drainage de la vésicule biliaire peut être insuffisant. Le drainage du canal cholédoque lui-même assure bien mieux l'émission de la bile. Dans les cas où l'on aurait quelque raison de

craindre l'émission de la bile, plus ou moins septique, dans la cavité péritonéale, on peut faire une cholédocostomie. Il faut savoir aussi que toutes les manœuvres pratiquées dans cette région ont pour conséquence un certain degré d'inflammation du canal cholédoque. Cette inflammation elle-même peut devenir le point de départ d'accidents plus ou moins graves. La suture ne peut que contribuer à provoquer cette inflammation. Dans certains de ces cas, rien ne peut arriver de plus heureux que l'échec de la suture du cholédoque et l'émission de la bile par une fistule. Il résulte des statistiques que fait connaître M. Quénu, qu'alors que la mortalité est de 60 p. 100 dans les cas de cholédocotomie avec suture, elle n'est que de 35 p. 100 dans les cas de cholédocotomie sans suture. Pour toutes ces raisons, M. Quénu se déclare partisan convaincu de la cholédocotomie sans suture.

LECTURE

Grossesse compliquée de fibrome. — M. VALLIN (de Lille) communique l'observation d'une femme qui, étant en travail, fut reconnue atteinte d'un fibrome qui s'opposait absolument à l'accouchement. M. Vallin fit la laparotomie pour pratiquer l'extraction de ce fibrome, puis la malade fut ensuite accouchée au forceps, d'un enfant mort depuis plusieurs semaines. Cette malade a fort bien guéri et elle est aujourd'hui de nouveau enceinte de cinq mois.

PRÉSENTATIONS

Tarsectomie. — M. BROCA présente un petit garçon qu'il a opéré d'un double pied-bot, par l'ablation de la tête de l'astragale. Il y a six semaines que cet enfant a été opéré. Le résultat fonctionnel est très satisfaisant.

Péritonite tuberculeuse. — M. ROUTIER présente une malade chez laquelle il a fait, il y a deux ans, une laparotomie pour une péritonite tuberculeuse. Cette malade est restée guérie du côté de son ventre, mais elle est atteinte aujourd'hui d'un abcès par congestion qui démontre la nature tuberculeuse de sa péritonite.

Acné hypertrophique du nez. — M. POZZI présente un malade chez lequel il a fait une résection étendue du nez pour une acné hypertrophique. Il a fait ensuite une restauration autoplastique du nez, qui a amené un résultat satisfaisant en moins de quinze jours.

M. BERGER fait observer qu'en pareil cas, l'abrasion pure et simple de l'acné est la méthode de choix. La cicatrisation se fait très bien d'elle-même, et les choses s'arrangent sans qu'on gagne rien aux restaurations autoplastiques.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE professe la même opinion. Il a suivi en cela la pratique d'Ollier. Dans ces cas, la rapidité de la réparation est très grande, et les résultats obtenus sont certainement préférables à ceux que M. Pozzi a obtenus sur son malade. M. Pozzi a eu recours à une opération compliquée pour un résultat médiocre. Il se serait contenté d'une simple abrasion, que le nez de son malade serait mieux certainement.

M. RICARD appuie l'opinion exprimée par MM. Berger et Lucas-Championnière. Il n'y a aucun avantage à recourir à des procédés autoplastiques dans ces cas.

M. POZZI fait observer que son malade a été guéri en vingt-cinq jours, et que le résultat obtenu n'est pas si disgracieux.

Occlusion intestinale. — M. ROUTIER présente des pièces provenant d'un malade qu'il avait opéré de calculs biliaires et qui était en même temps atteint d'un cancer. Cet homme, après l'opération, fut pris d'obstruction intestinale. Comme il était très affaibli, M. Routier se contenta de faire un anus artificiel à gauche. Le malade vécut encore huit jours et succomba. A l'autopsie on vit que le cæcum était extrêmement dilaté et contenait encore 4 litres de matières fécales. Si, dans ce cas, M. Routier avait fait la laparotomie, il aurait peut-être sauvé ce malade. En tous cas, il eût fait l'anus artificiel dans un autre point.

Corps étranger du tube digestif. — M. BAZY présente une épingle anglaise qui a été avalée ouverte, par un enfant de six mois. Elle a été rendue soixante-dix jours après. M. Poupinel avait fait la radiographie, qui avait montré que l'épingle était dans l'estomac. Un chirurgien avait proposé de faire la laparotomie. MM. Bazy et Reynier, successivement consultés, avaient énergiquement repoussé toute intervention.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 1er décembre :

Anatomie. — MM. Alglave et Bonnel, 13. — Saint-Cène, 12. — Voisin (H.) et Vaillant, 11. — Athanasiu, Le Sourd (F.), Le Sourd (L.) et Mettey, 10. — Rey, 6.

Pathologie. — MM. Pagniez, 13. — Esmonet, Ferrand et Prat, 12. Bents, 10. — Bergeron, 9. — Chapotin et Diel, 8. — Alquier, 7. — Fachatte, 6. — Bochory, 5. — Maurage, 3.

— Par décision ministérielle, en date du 2 décembre 1897, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Du Cazal, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Nice; Delmas, nommé directeur du service de santé du 10e corps d'armée, à Rennes.

MM. les médecins-majors de première classe Gouell, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Avignon; Dardignac, affecté, pour ordre, aux salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens; Cassedebat, désigné pour le 86e d'infanterie; De Santi, pour le 38e d'artillerie; Salle, pour le 76e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Legagneur, affecté au 2e zouaves; De Peyret, pour le 19e dragons; Baudisson, pour le 80e d'infanterie; Sanglé-Ferrière, pour le 82e d'infanterie; Perret, pour le 17e d'infanterie; Prieur, pour le 51e d'infanterie; Guérin, pour le 5e chasseurs à cheval; Astier, pour le 9e dragons; Kraus, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Cherpitel, pour le 20e bataillon de chasseurs à pied; Chevassu-Périgny, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Pierron, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Gary, pour le 4e chasseurs d'Afrique; De Vernejoul, pour le 68e d'infanterie; Niclot, pour le 16e dragons; Sire, pour le 106e d'infanterie; Biscons, pour le 142e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Cultin, pour le 2e d'artillerie; Meyer, pour le 7e cuirassiers; Saltet, pour le 2e du génie; Galley, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Gautrand, pour le 12e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Aldhuy, pour le 138e d'infanterie; Ardouin, pour le 11e d'infanterie; Paul, pour le 116e d'infanterie; Taste, pour le 64e d'infanterie; Le Bihan, pour le 86e d'infanterie; Pélissié, pour le 4e cuirassiers; Angué, pour la place et l'hôpital militaire de Briançon.

— Un grand établissement industriel de la Seine-Inférieure désirerait s'attacher un médecin pour donner des soins à ses ouvriers. Le traitement afférent à ce service serait de 5000 francs environ et le titulaire du poste pourrait en même temps s'occuper de la clientèle ordinaire, le service de l'établissement ne lui prenant qu'une partie de son temps. — S'adresser à MM. A. Badin et fils, à Barentin (Seine-Inférieure).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 140. — MARDI 7 DÉCEMBRE 1897. 70e ANNÉE. MARDI 7 DÉCEMBRE 1897. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 6 décembre 1897.

Les cas de pleurésie putride sans gangrène ni du poumon, ni de la plèvre, sont, en somme, assez rares et ont, antérieurement, donné lieu à des discussions animées.

L'observation que MM. Widal et Nobécourt apportent à la Société médicale se recommande par quelques particularités cliniques et surtout par les curieuses recherches bactériologiques qu'elle a provoquées.

Voici, en quelques mots, l'histoire clinique du malade : il s'agit d'un homme de quarante ans, entré à l'hôpital pour un point de côté extrêmement douloureux et pour une dyspnée intense survenue depuis dix jours sans cause aucune. On constata des signes de pyo-pneumothorax et, le soir même de l'entrée, on fit d'urgence la ponction qui donna issue à un liquide extrêmement fétide. Le malade mourut sans que l'opération de l'empyème pût être pratiquée.

A l'autopsie, en aucun point du poumon ou de la plèvre, on ne put trouver traces de gangrène ou de perforation.

Or, des gaz existaient dans la plèvre et aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané ; et il paraît légitime d'admettre que ces gaz s'étaient développés sur place à la suite de la pullulation des germes que l'aiguille en se retirant avait pu semer sur son trajet sous-cutané.

Voici scrupuleusement rapportés les résultats de l'enquête bactériologique :

Une goutte de liquide, étalée sur lamelle et examinée au microscope immédiatement après la ponction, fourmillait de germes, microcoques et bacilles, de dimensions les plus variées.

C'est avec grand'peine cependant que l'on put obtenir le développement de quelques colonies banales sur milieux ordinaires. Un grand nombre de tubes de gélose ou de bouillon, largement ensemencés, restèrent stériles, malgré leur mise à l'étuve. Semblable constatation a déjà été faite par MM. Veillon et Zuber avec des pus fétides. Pour ces auteurs, les microbes ne seraient pas morts comme pourraient le faire penser les cultures aérobies ; après ensemencement sur milieux mis à l'abri du contact de l'air, on assisterait au contraire à un riche développement des cultures anaérobies.

Si l'on ajoute que deux jours après la ponction, le liquide ensemencé, même à doses énormes sur bouillon et sur gélose, ne prêtait plus au développement d'aucun germe vulgaire, on ne peut se défendre de penser que ce liquide putride était doué de qualités éminemment bactéricides pour certains microbes qu'il contenait.

En inoculant directement le liquide pleural au cobaye, on obtint la formation d'abcès gazeux et gangréneux, et on put isoler sur l'animal un proteus vulgaris, dont les cultures dégageaient une odeur fétide. Or, ce germe a été plusieurs fois isolé du liquide des pleurésies putrides.

M. Galliard lit à la Société une étude très documentée sur le « son de percussion amphorique ».

Ce son se met facilement en évidence au niveau de l'estomac modérément distendu par les gaz ; au niveau des régions sous-claviculaires, au cas de cavernes spacieuses ; à ce même niveau encore chez les pleurétiques et les pneumoniques du côté de la lésion ; au niveau de la région inféro-dorsale à gauche au cas de pneumothorax partiel sans liquide ; enfin, il peut exister chez les pleurétiques à droite aussi bien qu'à gauche, dans la région inféro-dorsale.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur DUPLAY.

Subluxation du pied en dehors, consécutive à la paralysie infantile. Arthrodèse tibio-tarsienne (1).

(Leçon clinique recueillie par M. le docteur CLADO.)

II

On conçoit que les conséquences de cette paralysie atrophique varient essentiellement suivant son étendue. Un membre entier peut de la sorte perdre complètement ses fonctions. Ordinairement cependant, les lésions se renfermant dans certains groupes musculaires, déterminent des déformations et par suite des troubles fonctionnels plus ou moins accusés et plus ou moins sérieux. On conçoit aisément le mécanisme de la production des déformations, à la suite de la paralysie et de l'atrophie de certains groupes musculaires ; les muscles antagonistes qui ont conservé

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 1338.

leur contractilité intacte entraînent de leur côté le membre ou le segment du membre intéressé. L'attitude vicieuse qui en résulte maintenue par la tonicité des muscles sains, ne tarde pas à entraîner, du côté du squelette, des déformations qui s'accusent de plus en plus, en sorte que les troubles fonctionnels tendent à s'aggraver encore avec le temps. C'est ainsi que, chez notre malade, la paralysie des adducteurs et des fléchisseurs a permis aux abducteurs de dévier le pied en dehors et de le placer dans l'extension. Cette déviation du pied, conséquence de la tonicité des antagonistes, s'est augmentée à la longue par l'effet du poids du corps pendant la station et la marche et s'est compliquée, ainsi qu'on l'a vu, de l'élargissement considérable de la mortaise péronéo-tibiale due au diastasis de l'articulation et à un déjètement en dehors de l'extrémité inférieure du péroné; il en est résulté que la simple attitude vicieuse en abduction du pied s'est transformée en subluxation de l'astragale en dehors, et que les troubles fonctionnels ont été ainsi singulièrement aggravés.

J'ajoute que, dans certains cas, on voit survenir une atrophie du squelette qui frappe un membre entier ou bien un seul os. C'est ce que nous observons chez notre sujet, dont le tibia du côté malade est de deux centimètres plus court que celui du côté sain. On comprend que cette atrophie du squelette vienne encore ajouter aux troubles fonctionnels, et je vous rappelle que nous avons cru devoir, chez notre petit malade, attribuer la claudication dont il est atteint à la brièveté du membre plus encore qu'à la subluxation de son pied.

La localisation de la paralysie et de l'atrophie trouve son explication dans les lésions que les recherches modernes ont démontré exister du côté de la moelle épinière, au niveau des cornes antérieures.

Au point de vue du pronostic de la paralysie atrophique de l'enfance, et en ce qui concerne les déformations et les troubles fonctionnels qui en résultent, on peut dire qu'il est surbordonné à la persistance où à la réapparition de la contractilité électro-musculaire. Tant qu'il persiste même un faible degré de réaction électrique, on peut espérer le retour du muscle à l'état normal et par suite la correction des déviations.

Chez notre malade, il est probable que la contractilité électro-musculaire a disparu depuis de longues années. En tous cas, aujourd'hui, les muscles que j'ai énumérés sont frappés d'atrophie et de paralysie, et cet état peut être considéré comme absolument incurable, et il ne nous reste plus à nous préoccuper que de la subluxation du pied.

Je tiens à vous dire, à ce sujet, que cette subluxation eût pu être évitée si on avait appliqué en temps utile un traitement rationnel. On aurait dû d'abord traiter la paralysie elle-même par la faradisation des muscles et le massage. Sans doute on ne peut affirmer que ce traitement eût été suivi de succès, mais en tous cas l'indication est formelle et ce traitement doit être appliqué aussitôt après la période aiguë de la maladie. Contre l'éventualité de la subluxation, il aurait fallu appliquer un appareil orthopédique maintenant le pied dans la rectitude, et suppléant de la sorte à l'insuffisance des muscles paralysés et atrophiés. Grâce à cette précaution, la subluxation du pied ne se serait pas produite, l'élargissement de la mortaise tibio-péronière et la déviation du péroné auraient été évitées.

Actuellement donc, chez notre malade, nous ne pouvons rien contre la paralysie et l'atrophie des muscles. Le seul but thérapeutique que nous devions poursuivre est d'obvier autant que possible à la difformité et aux troubles fonctionnels qu'elle entraîne, et, pour arrriver à ce résultat, nous avons à notre disposition trois ordres de moyens : 1° l'emploi pur et simple d'un appareil; 2° l'emploi d'un appareil après une intervention destinée à permettre le redressement du pied; 3° une opération orthopédique.

1° Il se peut qu'avec un appareil orthopédique très bien fait, on parvienne à maintenir le pied dans une rectitude approximative, mais en raison des altérations profondes des surfaces articulaires qui font que la réduction de la subluxation reste incomplète et que celle-ci se reproduit avec une extrême facilité, je doute que le malade puisse bénéficier du port d'un appareil d'ailleurs coûteux et sujet à se détraquer;

2° Dans certains cas, lorsqu'il existe des rétractions tendineuses ou aponévrotiques, sans grandes déformations du côté de squelette de l'articulation, en procédant à la section des tissus rétractés, on parvient à corriger la déviation du membre et, après l'avoir replacé dans son attitude normale, on peut maintenir celle-ci avec un appareil orthopédique souvent assez simple.

Il vous souvient sans doute de m'avoir vu pratiquer, il y a une semaine, une opération de ce genre chez un enfant atteint de pied-bot varus équin. Il s'agissait d'une affection de même région que celle de notre malade, ayant déterminé la rétraction du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire. J'ai sectionné l'un et l'autre, et j'ai pu ainsi redresser complètement le pied; cet enfant pourra très bien marcher avec un appareil très simple maintenant le pied dans la rectitude et que nous lui ferons appliquer dès qu'il sera guéri. Mais ce mode de traitement, indiqué dans le cas que je viens de vous rappeler, ne saurait convenir chez notre malade, car chez lui il n'y a, en réalité, aucune rétraction tendineuse ou aponévrotique, et la difformité, provoquée par la tonicité des muscles antagonistes de ceux qui sont paralysés et atrophiés, est due surtout aux altérations secondaires de la mortaise péronéo-tibiale; la section des muscles ne ferait qu'ajouter à l'impotence du membre;

3° Jusque dans ces dernières années, on aurait donc été presque désarmé dans le cas de notre petit malade et l'on aurait été réduit à lui prescrire le port d'un appareil qui, ainsi qu'on l'a vu, n'aurait donné qu'un résultat extrêmement précaire.

La thérapeutique chirurgicale moderne s'est enrichie d'une nouvelle opération qui, dans de semblables circonstances, tout en ne rétablissant pas le fonctionnement normal du membre, fournit cependant d'excellents résultats. Cette opération est l'*arthrodèse* (Αρθρόδεσις).

Imaginée et pratiquée pour la première fois, en 1878, par Albert (de Vienne), qui a publié en 1882 quatre premiers cas d'arthrodèse pour des articulations ballottantes du genou, du coude et de l'épaule, cette opération a été ensuite appliquée par Von Lesser (de Leipzig) pour remédier à un pied-bot varus équin paralytique. En France, l'opération a été pratiquée pour la première fois par Defontaine (du Creusot), en 1888, puis par Kirmisson. M. Rochard en a donné une description dans la *Revue d'orthopédie* de 1891.

L'arthrodèse diffère de la résection en ce qu'elle vise l'ankylose et s'adresse à une articulation saine, tandis que la résection a pour but de supprimer d'une articulation les parties malades. Elle est surtout indiquée dans les cas de

paralysie musculaire, rendant un membre inutile, ou bien dans le cas de laxité articulaire, quelle qu'en soit sa cause.

L'opération consiste dans la décortication des surfaces articulaires, de manière à permettre aux parties osseuses, une fois rapprochées, de s'unir par fusion ou soudure. Voici en quelques mots comment se pratique l'arthrodèse : après incision convenable pour mettre largement à nu les surfaces articulaires, on pratique avec soin leur décortication, c'est-à-dire qu'on détache les cartilages d'encroûtement de manière à produire un véritable avivement des extrémités osseuses; cela fait, on maintient celles-ci en contact parfait et dans la position voulue, soit à l'aide d'un bon appareil, soit par une suture métallique, ou encore l'enchevillement avec une tige d'ivoire, ainsi que le pratique Karewski. En ce qui me concerne, je pense que, lorsque la décortication est bien faite, c'est-à-dire complète, un bon appareil suffit à assurer le contact et la soudure. C'est donc cette opération que nous devons pratiquer chez notre malade. Elle est régie par les principes que je viens d'exposer. Il faut ouvrir l'interligne articulaire par deux incisions : l'une horizontale, passant par la pointe de la malléole externe, et allant de l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien au tendon d'Achille; l'autre verticale, remontant le long du bord antérieur du péroné, depuis l'incision précédente jusqu'à une hauteur suffisante pour permettre de bien découvrir la mortaise péronéo-tibiale. On incise ensuite les ligaments, en respectant autant que possible les tendons des péroniers. Après la section des ligaments, il est facile de basculer le pied en dedans, de façon à faire bâiller largement l'interstice articulaire en dehors. Les surfaces articulaires ainsi sous les yeux, il est aisé d'attaquer les cartilages, de les extirper complètement, à l'aide de la rugine ou de l'ostéotome. Il faut ensuite tailler les surfaces articulaires de telle façon que, une fois mises en contact, le pied se trouve non pas perpendiculaire à l'axe de la jambe, mais fasse un angle légèrement aigu avec elle. C'est là pour le pied, étant donné sa soudure à la jambe, l'attitude la plus favorable pour la marche, autrement — si le pied a été placé à angle droit — celle-ci serait gênée par la difficulté de détacher la pointe du pied de la surface du sol.

L'opération terminée, on enferme le pied et la jambe dans un bon appareil plâtré, qui devra rester en place pendant six semaines ou même deux mois.

Après la levée de l'appareil, on ne permettra la marche que si l'on a constaté la parfaite soudure des surfaces osseuses. On ferait même bien, par précaution, et quel que soit l'état du membre, de faire porter au malade, pendant quelque temps, un appareil orthopédique approprié.

Au cours de l'opération qui a été conduite d'après le plan indiqué, on a pu constater que l'excessive largeur de la mortaise péronéo-tibiale encore augmentée par la décortication des surfaces articulaires devait inspirer des craintes sérieuses relativement à la solidité de l'ankylose par soudure. Aussi a-t-on pensé qu'il était indispensable de rétrécir cette mortaise à l'aide d'une ostéotomie pratiquée à la base de la malléole externe, de façon à permettre de repousser celle-ci contre l'astragale. Le résultat de ce complément opératoire a été très satisfaisant.

Nous devons ajouter que les suites opératoires ont été excellentes; la soudure parfaite de l'articulation a été obtenue. Nous avons reçu des nouvelles du petit opéré plusieurs mois après l'opération. Il marche très bien sans appareil et grâce à un talon un peu plus élevé, il ne boite pas.

LA CONFUSION MENTALE PRIMITIVE ET SECONDAIRE (1)

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

IV

Mais si, pour les raisons cliniques que je viens de donner, j'accepte l'existence de ces deux variétés de confusion mentale, je m'empresse d'ajouter que l'une pas plus que l'autre n'est idiopathique. Je crois la confusion mentale toujours *symptomatique*, constituant un syndrome de haute importance et de grande fréquence, qu'on a eu grand tort de délaisser, et que M. Chaslin a eu bien raison de remettre en honneur, qu'il convient désormais de décrire en détails, et à qui il faut, en psychiatrie générale, consacrer un long chapitre, comme on en consacre un aux hallucinations, aux illusions ou aux impulsions; mais n'ayant pas une existence propre, comme la manie aiguë par exemple; elle n'est jamais que la complication d'une autre maladie mentale ou la manifestation d'une intoxication.

C'est surtout avec celles-ci qu'on la rencontre, si bien qu'on est autorisé à poser en règle générale que, peu ou prou, tout intoxiqué cérébral est un confus. Quand la confusion mentale est *simple ou primitive*, si on ne découvre aucun poison venu du dehors susceptible de l'expliquer, c'est l'organisme lui-même qu'on interrogera, car alors elle est le symptôme psychique très probable d'une auto-intoxication. Je dis très probable car nous n'avons encore à cet égard aucune certitude. La question des auto-intoxications est toute nouvelle, je la crois appelée à éclairer d'un grand jour bien des coins obscurs de la pathologie mentale, mais sur ce point nous en sommes encore à la période des tâtonnements. Ce qui me porte à croire que la confusion mentale simple a des liens étroits avec elle, c'est ce fait important et constant, sur lequel, avec raison, insistent MM. Chaslin et Séglas, à savoir que quand elle est intense, au point de dominer la scène morbide et d'apparaître comme le mal principal, elle s'associe toujours à des troubles physiques intenses, à des désordres gastro-intestinaux, à des perturbations dans les excrétions et les sécrétions. Le docteur Toulouse, dans une Revue générale à la *Gazette des hôpitaux*, a bien mis en lumière ces rapports de la confusion mentale et des auto-intoxications.

Mais les confus, exclusivement confus, ni intoxiqués par un poison venu du dehors, ni atteints d'une autre affection mentale, sont rares; on trouvera donc dans l'immense majorité des cas, pour expliquer la confusion mentale, ou l'un ou l'autre de ces deux éléments pathologiques. Parmi les toxiques, celui qui serait le plus apte à engendrer ce syndrome, c'est le plomb, plus puissant à cet égard encore que l'alcool, qui pousse le prédisposé vésanique plutôt dans le délire que dans la confusion; le sulfure de carbone agit beaucoup comme le saturnisme.

Après les intoxications, la paralysie générale est, parmi les maladies mentales, celle qui se complique toujours de ce syndrome, souvent pris pour de la démence, ce qui n'est

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1340.

pas, car la démence résultant de la destruction de la cellule cérébrale intellectuelle ne rétrocède pas. Toutes les fois donc qu'une rémission quelconque, légère ou profonde, de l'affaiblissement intellectuel se produit, ce qui, à un degré ou à un autre, est à peu près constant au cours de la maladie, c'est qu'on a eu affaire, non à la démence, mais à la confusion mentale.

Presque au même titre que la paralysie générale, l'épilepsie fait des confus, très souvent même des confus stupides. La confusion mentale, plus ou moins marquée, est de règle après les attaques, d'une durée variable; elle est même d'un bon signe, le matin au réveil, pour le diagnostic de l'épilepsie nocturne. Le fait est moins marqué et moins constant avec l'hystérie, mais la confusion mentale hystérique existe comme l'épileptique.

Vient ensuite la lypémanie, dont la variété stupide — dans laquelle je range pour ma part toutes les confusions mentales avec hallucinations tristes et conceptions délirantes lypémaniaques, ainsi que je l'ai établi plus haut — quoique plus rare que la simple, est encore fréquente. En dehors même de la lypémanie stupide, il n'est d'ailleurs pas de mélancolique qui, plus ou moins, ne soit confus; en réalité, la confusion mentale est un symptôme constitutif de toutes les lypémanies.

La confusion du maniaque est d'un genre spécial; elle tient à un mécanisme psychologique tout opposé à celui des autres. Elle est engendrée, en effet, non par une obtusion intellectuelle ou un ralentissement de l'idéation, mais, au contraire, par un fonctionnement exagéré de celle-ci; le sujet assiste à une perte de ses idées qu'il n'a pas le temps de saisir tant elles traversent vite le champ de sa conscience et se succèdent avec rapidité. Cependant il n'est pas exceptionnel qu'une vraie confusion mentale par obtusion intellectuelle vienne par instants compliquer la manie, comme si le cerveau se trouvait pour un temps épuisé d'avoir tant produit et si vite.

Le moins confus de tous les aliénés est sans conteste le systématique. Tout d'abord, tandis que l'intoxiqué, le paralytique, l'épileptique, l'hystérique, le lypémaniaque et même le maniaque, par intervalles, peuvent devenir confus jusqu'à la stupidité, lui jamais. Il n'aura dans tous les cas qu'une confusion légère ou moyenne, d'une durée pas trop longue, dont il sera d'ailleurs conscient et qu'il expliquera par une de ses persécutions habituelles : poison, électricité, magnétisme à distance, etc.

On voit donc la part énorme qui revient à la confusion mentale dans la folie, part si grande qu'on reste confus soi-même que ce syndrome si important, ce syndrome coexistant à un degré ou à un autre chez tous les aliénés et qui, chez quelques-uns, constitue le fond même de la maladie, ait été si complètement négligé depuis cinquante ans, alors surtout qu'il est susceptible d'entraîner les plus grossières erreurs de diagnostic et de pronostic, erreurs qui certainement ont dû se produire tous les jours dans l'ignorance où l'on se trouvait de son importance et de sa fréquence. Souvent, en effet, le confus est en apparence un dément; or, la confusion est aussi curable que la démence est incurable. Sans doute, le diagnostic des deux est relativement facile dans les cas extrêmes ; un aliéniste expérimenté reconnaîtra assez vite un stupide. Mais cette forme grave est la moins fréquente, le plus souvent la confusion ne stupéfie pas le sujet; elle existe à un degré moyen, gênant l'exercice de l'intelligence sans gêner l'exercice du corps; dans ces conditions, le confus a toutes les apparences d'un dément, et quand sa confusion dure des années et des années, je dis que le diagnostic est impossible. Or, ces cas existent. On ne peut nier certaines guérisons tardives qui étonnent tous ceux qui ont connu les malades; j'en ai publié pour ma part quelques-unes très authentiques au moment de la discussion de la loi sur le divorce, guérisons d'aliénés déclarés déments et incurables depuis dix, douze et quinze ans et complètement rendus à la raison. C'étaient donc de faux déments, ils étaient donc atteints d'une *pseudo-démence*, c'est-à-dire d'une confusion mentale persistante. C'est sur l'impossibilité où nous sommes encore de distinguer à coup sûr cette pseudo-démence, curable à longue durée, de la vraie démence incurable, que je me suis basé, en tant que médecin, pour repousser l'incurabilité de la folie comme cause du divorce, notre devoir étant de rechercher, non comme le législateur, le bien du plus grand nombre, mais le bien individuel.

V

De cette étude, je tirerai les conclusions suivantes :

I. Il est en pathologie mentale un syndrome qu'on retrouve, à un degré plus ou moins marqué et à un moment ou un autre, chez tous les aliénés, syndrome qui mérite le nom de *confusion mentale* et qui est caractérisé par la gêne de l'exercice volontaire des facultés intellectuelles, se manifestant sous forme de perte de la conscience du temps, des lieux, des objets et des personnes; d'obnubilation et de dissociation des idées et des images; de désorientation psychique; de lenteur et d'embarras de la pensée; d'affaiblissement de la mémoire et de l'attention; de défectuosité des perceptions externes et des sensations internes; d'abolition de l'imagination; d'entrave du pouvoir volontaire.

II. Cette confusion se retrouve à des degrés très variables, et cela souvent, chez le même aliéné, à différents moments. On peut en distinguer trois degrés : un léger, un moyen et un grave qui aboutit à la stupeur.

III. Quand la confusion mentale est marquée, elle donne sa physionomie propre à l'aliéné et peut masquer les autres symptômes qu'il faut rechercher sous ce masque pour attribuer à ce syndrome sa véritable signification clinique.

IV. Dans certains cas, d'ailleurs assez rares, la confusion mentale constitue toute la maladie mentale; les aliénés sont alors exclusivement confus. C'est à ces cas seuls que revient le nom de *confusion mentale primitive*.

V. Le plus souvent, elle est *secondaire*, engendrée par d'autres troubles psychiques hallucinatoires et délirants qui la déterminent, soit par leur intensité, soit par suite de la disposition particulière des sujets à la confusion.

VI. Qu'elle soit primitive ou secondaire, la confusion mentale est toujours *symptomatique*, soit d'une intoxication, soit d'une névrose, soit d'une maladie mentale.

VII. La confusion mentale se retrouve par ordre de fréquence et d'intensité dans les intoxications psychiques de toute nature, d'origine interne ou externe; puis dans la paralysie générale; ensuite dans les névroses, surtout l'épileptique; après dans la lypémanie; plus rarement dans la manie, et en dernier lieu dans le délire systématique, où elle n'aboutit jamais, comme cela est possible dans les autres cas, à la stupeur.

VIII. La confusion mentale profonde, associée à des hallucinations et à des conceptions délirantes qui, dans ces cas,

sont toujours à prédominance triste, ne doit donc pas être considérée comme une confusion mentale primitive, mais bien comme une complication de ces délires mélancoliques, au même titre que l'anxiété. Si ces troubles hallucinatoires et délirants qui l'accompagnent étaient sa conséquence et un simple produit de l'automatisme cérébral, ils seraient de nature variable et non à teinte constamment lypémaniaque.

IX. L'apparition de la confusion mentale dans l'esprit place celui-ci dans des conditions spéciales de fonctionnement qui réagissent sur le délire générateur et en modifient les manifestations, le cerveau d'un confus ne pouvant délirer comme le même cerveau à l'état lucide, mais ce choc en retour de la confusion sur le délire ne lui crée aucun droit à être considéré comme le fait primordial.

X. A ces deux premiers degrés, léger et moyen, la confusion mentale revêt absolument l'aspect de la démence et très souvent seule l'évolution du mal établit le diagnostic, celle-ci étant immuable et incurable, celle-là variable d'un jour à l'autre et curable. Toutes les fois donc, qu'il s'agisse d'intoxication, de névrose, de paralysie générale ou de manie, qu'on constate une amélioration ou une guérison de l'affaiblissement intellectuel, celui-ci dépendait certainement d'une confusion mentale prise pour de la démence.

XI. La confusion mentale à son degré moyen, non stupide, peut durer des années et des années, dix, quinze et vingt ans, donnant aux malades tous les caractères de déments incurables, et guérir après ce laps de temps considérable. Cette *pseudo-démence* n'autorise pas l'aliéniste à pronostiquer à coup sûr l'incurabilité, car il n'a souvent aucun moyen certain de la distinguer de la vraie.

XII. La confusion mentale est donc tout à la fois un syndrome d'une haute importance, puisqu'elle peut être confondue par l'aliéniste le plus expérimenté avec la démence incurable, et d'une grande fréquence, puisque, à un degré plus ou moins marqué et à un moment ou à un autre, tous les aliénés le présentent et que, dans certains cas, elle constitue toute la maladie mentale. Dans ces conditions, il importe de lui rendre en pathologie mentale la place qui lui revient et de s'en occuper comme on s'occupe des hallucinations, des illusions ou des impulsions dont l'importance et la fréquence ne sont pas plus grandes.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des vomissements survenant dans le cours des affections intestinales (Pick).

Menthol	50 centigr.
Cognac.	40 grammes.
Teinture simple d'opium. . .	10 —

M. D. S. Prendre xx gouttes plusieurs fois par jour.

Une formule pour administrer le naphtol.

D'après Maximowitsch, le naphtol α, trois fois moins toxique et trois fois plus antiseptique que le naphtol β, doit toujours être préféré à ce dernier (*Répertoire de pharmacie*).

Lorsqu'on veut aseptiser l'intestin, le mieux est d'administrer le naphtol α, en solution dans l'huile de ricin, la solution en question ayant l'avantage d'agir à la fois comme évacuant et comme antiseptique de l'intestin. Pour réaliser simplement une antisepsie de l'intestin, on prescrira le naphtol α de la façon suivante :

Naphtol α.	3 grammes.
Chloroforme.	10 centigr.
Essence de menthe.	10 —
Huile de ricin	100 grammes.

A prendre une ou deux cuillerées à bouche à partir de l'âge de dix ans ; chez les enfants de trois à dix ans, administrer par cuillerées à café. (*Gaz. hebd.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 13 AU 18 DÉCEMBRE 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 13 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Brissaud et Weiss.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Delbet, Lejars et Bonnaire ; — M. Sebileau, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Marchand et Broca ; — (2e série) : MM. Segond, Tuffier et Walther ; — (2e partie) : MM. Hayem, Letulle et Widal ; — M. Kirmisson, suppléant.

MARDI 14 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Rémy et Gley.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Berger, Campenon et Maygrier.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilbert et Thoinot ; — M. Charrin, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Le Dentu et Albarran ; — (2e partie) : MM. Hallopeau, Letulle et Achard ; — M. Marie, suppléant.

MERCREDI 15 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reynier, Delbet et Tuffier.

2e examen (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Hanriot et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Pinard, Segond et Broca ; — — M. André, suppléant.

JEUDI 16 DÉCEMBRE, à une heure (1). — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse et Chassevant.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Panas, Maygrier et Hartmann ; — (2e série) : MM. Le Dentu, Bar et Thiéry ; — M. Roger, suppléant.

VENDREDI 17 DÉCEMBRE, à une heure. — 4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Netter et Thoinot ; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Tillaux, Marchand et Lejars ; — (2e partie) : MM. Hayem, Brissaud et Gilles de La Tourette ; — M. Ricard, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

SAMEDI 18 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Campenon, Quénu et Thiéry.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Pouchet et Gley.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Hallopeau et Marie ; — (2e série) : MM. Cornil, Chantemesse et Roger ; — M. Gilbert, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Hutinel, Bar et Maygrier.

(1) Ce jour, conseil de la Faculté, à trois heures.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 15 DÉCEMBRE, à une heure. — M. DEMIRLEAU. Les procédés modernes de cure radicale de la hernie crurale et le nouveau procédé du docteur H. Delagenière ; — M. EYRAUD. De l'organisation hospitalière des prompts secours (MM. Terrier, président; Landouzy, Kirmisson et Déjerine). — M. GAUCHER. Des déformations persistantes irréductibles des pieds dans les paralysies alcooliques (MM. Landouzy, président; Terrier, Kirmisson et Déjerine). — M. MARCHEGAY. Symptômes, analogues à ceux de la colique hépatique, occasionnés par le ténia (MM. Potain, président; Tillaux, Ricard et Gaucher). — M. PASQUIER. Ostéomyélite traumatique du fémur chez l'adulte ; — M. DELUCQ. De l'ostéomyélite du maxillaire inférieur et de ses rapports avec la dentition (MM. Tillaux, président; Potain, Ricard et Gaucher).

JEUDI 16 DÉCEMBRE, à une heure. — M. DE MAIO. Contribution à l'étude des hernies par glissement du gros intestin [hernies inguinales] (MM. Guyon, président; Berger, Campenon et Nélaton). — M. COMPOUIT. Contribution à l'étude des occlusions intestinales chroniques et de leur traitement par l'anus contre nature (MM. Berger, président; Guyon, Campenon et Nélaton). — M. MENDELSSOHN. La rougeole à l'hôpital Trousseau pendant l'année 1896 (MM. Proust, président; Netter, Marfan et Widal). — M. LEROY. Diagnostic différentiel de l'appendicite (MM. Dieulafoy, président; Netter, Marfan et Widal). — M. GAYRAC. De l'insomnie dans les affections cardiaques et, en particulier, de l'insomnie d'origine dyspnéique dans les cardiopathies artérielles ; — M. CALMELS. La colite chez les enfants ; — M. DESMIER. De l'impaludisme dans les marais de la Basse-Vendée (MM. Laboulbène, président; Cornil, Debove et Ménétrier). — M. JACOT-DESCOMBES. Contributions anatomiques à l'étude de la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac (MM. Cornil, président; Laboulbène, Debove et Ménétrier).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de l'ouverture de l'hôpital Boucicaut, du décès de M. de Saint-Germain et de la retraite de M. Mauriac, les mutations suivantes ont lieu dans les services des hôpitaux de Paris :

Médecine. — M. Letulle passe de Saint-Antoine à l'hôpital Boucicaut ; M. Gilles de La Tourette passe d'Hérold à Saint-Antoine; M. Duflocq est nommé titulaire à l'hôpital Hérold et M. Queyrat, à l'hôpital Ricord.

Chirurgie. — M. A. Marchand passe de l'hôpital Saint-Louis à l'hôpital Boucicaut; M. Bazy, de l'hôpital Tenon à l'hôpital Saint-Louis; M. Chaput, de la Maison Dubois à l'hôpital Tenon; M. Ricard, de l'hospice de Bicêtre à la Maison Dubois; M. Poirier, de l'hospice d'Ivry à l'hospice de Bicêtre; M. Walther est nommé titulaire à l'hospice d'Ivry.

M. Lannelongue passe de l'hôpital Trousseau à l'hôpital des Enfants-Malades ; M. Kirmisson, de l'hospice des Enfants-Assistés à l'hôpital Trousseau; M. Jalaguier, de l'hôpital Trousseau (chroniques) à l'hospice des Enfant-Assistés; M. Broca est nommé titulaire à l'hôpital Trousseau (chroniques).

— Par décret, en date du 1er décembre 1897, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Machenaud.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Onimus.

— Par décision ministérielle, en date du 4 décembre 1897, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Boucher, affecté pour ordre à l'hôpital militaire de Rennes; Sibut, pour le régiment de sapeurs-pompiers, à Paris; Vialaneix, pour le 109e d'infanterie.

— *Hôtel-Dieu de Reims.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Muller, Cérac, Gérard, Loriot et Limasset.

Interne provisoire : M. Fortin.

— *Hospices de Rouen.* — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint s'ouvrira le jeudi 24 février 1898, à l'Hospice général. Les candidats devront se faire inscrire avant le 1er février, terme de rigueur, à la Direction des hospices de Rouen, enclave de l'Hospice général.

— M. le docteur P. Reclus vient d'être élu conseiller général des Basses-Pyrénées, pour le canton de Salies de-Béarn.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Peillon (de Grasse).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Billets directs de France en Espagne.* — Des gares ci-après à Barcelone. Paris : 1re classe, 131 fr. 85 ; 2e classe, 90 fr. 85 ; 3e classe, 59 fr. ; — Lyon : 1re classe, 82 fr. 10; 2e classe, 57 fr. 25 ; 3e classe, 37 fr. 10 ; — Marseille : 1re classe, 60 fr. 35 ; 2e classe, 42 fr. 60 ; 3e classe, 27 fr. 55 ; — Genève : 1re classe : 99 fr. 70 ; 2e classe, 69 fr. 15 ; 3e classe, 44 fr. 85.

De Barcelone aux gares ci-après. Paris : 1re classe, 131 fr. 95 ; 2e classe, 90 fr. 90; 3e classe, 59 fr. ; — Lyon : 1re classe, 82 fr. 20 ; 2e classe, 57 fr. 30; 3e classe, 37 fr. 10 ; — Marseille : 1re classe, 60 fr. 45 ; 2e classe, 42 fr. 65 ; 3e classe, 27 fr. 55 ; — Genève : 1re classe, 99 fr. 80; 2e classe, 69 fr. 20 ; 3e classe, 44 fr. 85.

— *Fêtes de Noël et du jour de l'An. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re classe, de Paris à Cannes, Nice et Menton, valables pendant 20 jours, y compris le jour de l'émission.

Viâ Dijon, Lyon, Marseille : Cannes, 177 fr. 40; Nice, 182 fr. 60 ; Menton, 186 fr. 80.

Faculté de prolongation de deux périodes de 10 jours, moyennant un supplément de 10 p. 100 pour chaque période.

Billets délivrés du 19 au 31 décembre 1897, inclusivement, et donnant droit à deux arrêts en route, tant à l'aller qu'au retour.

On peut se procurer des billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et de Paris-Nord, dans les bureaux-succursales de la Compagnie P.-L.-M., ainsi que dans les agences de Voyages Cook et fils, Voyages Économiques, Wagons-Lits, Gaze et fils, Lubin, Société française des Voyages Duchemin et Desroches.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Sciences occultes et physiologie psychique, par le docteur Edmond DUPOUY. Un vol. in-18 avec nombreuses figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. TEMPÈRE, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 6, novembre-décembre 1897.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr.; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 141. — JEUDI 9 DÉCEMBRE 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 9 DÉCEMBRE 1897. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr.	» — 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La radiographie, qui chaque jour reçoit des perfectionnements lui permettant de rendre de plus en plus de services et qui chaque jour fait parler d'elle dans la plupart des sociétés savantes, a encore occupé une grande partie de cette séance de l'Académie. M. Marey avait fait connaître l'ingénieux appareil de M. Contremoulin, et M. Le Dentu en avait aussitôt communiqué la première et brillante application clinique. Aujourd'hui, c'est M. Péan qui apporte deux observations dans lesquelles, grâce à un autre procédé imaginé par M. Mergier, évidemment moins précis que celui de M. Contremoulin, mais aussi plus simple et plus à la portée de tous, est parvenu à extraire deux balles de l'intérieur du cerveau d'individus ayant tenté de se suicider. Ces deux malades, comme celui de M. Le Dentu, ont parfaitement guéri. M. Péan a donc pu dire, avec raison, comme M. Le Dentu, que, grâce à la radiographie, la chirurgie du cerveau se trouve entièrement modifiée et que la recherche et l'extraction des projectiles qui ont pénétré dans cet organe, autrefois considérées comme des plus aléatoires et des plus dangereuses, se trouvent aujourd'hui singulièrement facilitées, précisées et presque sans danger.

Le dernier mot n'est pas dit sur toutes les applications de la radiographie à la chirurgie, à la médecine ou à l'obstétrique. Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, M. Lippmann communiquait un travail de M. Sagnac sur la transformation des rayons X par les métaux. Voici en quoi consiste la découverte de M. Sagnac, préparateur au laboratoire de M. Bouty, à la Sorbonne :

« Les rayons X ne se réfléchissent pas sur les métaux, même quand le miroir employé est aussi poli que le mercure ; mais le métal diffuse des rayons dans tous les sens, jusque dans le plan du miroir. Ces rayons diffusés se propagent très exactement en ligne droite, sans se rétracter, sans se réfléchir, mais ils peuvent se diffuser à leur tour. Comme les rayons X, ils déchargent les corps électrisés. Mais ils se distinguent des rayons X venus du tube de Crookes, en ce sens qu'ils sont absorbés beaucoup plus facilement par la plupart des corps : les métaux, les verres, l'aluminium et l'air lui-même.

Ils s'en distinguent encore par la transformation que l'aluminium leur fait subir à leur tour. Les rayons émis par les métaux, quand les rayons X les frappent, sont de nouveaux rayons X, qui sont à peu près aux rayons X venus du tube de Crookes ce que la lumière rouge est à la lumière bleue. »

Ce fait d'observation n'est d'ailleurs pas absolument nouveau. M. Pinard a montré à l'Académie deux épreuves radiographiques, tirées sur la même femme, l'une comme à l'ordinaire et avec trente-huit à quarante minutes de pose, l'autre avec l'interposition d'une plaque d'étain et seulement avec quatorze à quinze minutes de pose. Or, cette seconde épreuve présente une netteté beaucoup plus grande que la première. Cette observation a été faite dans le laboratoire de M. Pinard bien avant que M. Sagnac n'ait fait sa communication à l'Institut.

C'est encore de radiographie qu'il s'agit dans une note présentée par M. Hennecart (de Charleville), qui, grâce à elle, a pu retirer une aiguille de l'annulaire droit d'une malade qui ne se souvenait d'aucune piqûre.

L'Académie a entendu plusieurs communications intéressantes : MM. Gilles de La Tourette et Chipault ont déjà, à plusieurs reprises, entretenu la savante compagnie du traitement du tabes par l'élongation vraie de la moelle. M. Gilles de La Tourette, qui faisait comme suppléant le cours de la clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière, a eu l'occasion d'observer un grand nombre de tabétiques et il a pu confirmer les premiers résultats qu'il a fait connaître. Cette nouvelle expérimentation de la méthode lui a permis d'en poser nettement les indications et les contre-indications, et il faut surtout retenir de ces recherches cette conclusion principale qu'un grand nombre de tabétiques (17 sur 21) ont certainement bénéficié de l'élongation vraie de la moelle.

M. Kraus, dans une courte note, a donné une nouvelle interprétation et un nouveau traitement de la voix dite eunuchoïde.

M. Heide, professeur à l'École dentaire, a présenté un malade chez lequel il est parvenu, par un appareil prothétique fort ingénieux, à combler une perforation très étendue du voile du palais, avec destruction du cartilage de la cloison nasale, affaissement des os propres du nez, effondrement de la pyramide nasale.

On a proposé, dans ces derniers temps, de traiter l'ozène

par les injections de sérum antidiphtéritique. M. Garnaud a eu recours à ce mode de traitement dans un cas d'ozène. Non seulement le traitement s'est montré absolument inefficace contre l'ozène, mais ensuite il a donné lieu, dans ce cas particulier, à des accidents assez graves. Nous nous permettrons de faire observer, à ce propos, qu'en instituant ce traitement M. Roux n'a eu en vue que la diphtérie. C'est, à proprement parler, un traitement éminemment spécifique. Pourquoi alors vouloir l'appliquer à des cas qui n'ont rien à voir avec la diphtérie?

Parmi les présentations, nous signalerons celle qu'a faite M. Robin d'un travail de M. Dubard (de Dijon), sur la tuberculose des animaux à sang froid et sa parenté avec le bacille de la tuberculose des mammifères, et l'étude clinique de MM. Jean Kardamatis et Spiridion Kanellis (d'Athènes) sur le typhisme, la fièvre paludéenne et la fièvre typho-palustre, présentée par M. Laveran.

M. Laveran a lu aussi un rapport sur une note de M. Lapeyrère ayant pour objet la purification de l'eau de boisson du soldat en campagne.

L'Académie a nommé à une grande majorité, 64 voix sur 79 votants, M. Pouchet membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

Mardi prochain, séance annuelle dans laquelle M. le secrétaire perpétuel prononcera l'éloge de M. Caventou, le père du président actuel.

CANCER COLLOIDE DU DUODÉNUM

DÉVELOPPÉ SUR UN ULCÈRE SIMPLE (1)

Par M. Maurice Letulle,

Agrégé, médecin de l'hôpital Boucicaut.

L'observation suivante constitue une rareté, non seulement à cause de la combinaison indiscutable de deux lésions matérielles distinctes, chacune pour leur propre compte facile à reconnaître, mais encore parce que l'histoire clinique de la maladie corrobore pleinement les constatations relevées par l'autopsie.

Si, en effet, les cas d'ulcère simple du duodénum sont de moins en moins rares, aujourd'hui qu'on examine mieux et dans de meilleures conditions cette première portion de l'intestin grêle, la cancérisation d'un ulcère duodénal représente encore une exception.

Le nommé Z..., âgé de cinquante-cinq ans, avait été soigné à deux reprises différentes, pendant l'année 1895 (janvier, octobre), dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une affection chronique de l'estomac. Dès le premier séjour du malade, le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac avait semblé facile; nous le basions sur l'existence d'une douleur siégeant à droite de l'épigastre, non constante, exacerbée par l'ingestion des aliments, et survenant même par crises deux ou trois heures après le repas. Le malade ne vomissait, pour ainsi dire, jamais; son estomac n'était point dilaté mais distensible et modérément ballonné pendant la période de la digestion. L'alimentation lactée et le repos au lit soulageaient les crises douloureuses de l'estomac, et le sujet avait, depuis plusieurs années déjà, recours à cette médication (à lui conseillée par plusieurs médecins).

La première entrée du malade dans nos salles s'expliquait par un accident hémorragique qui s'était produit la veille de son admission.

Le matin, en se levant, pris d'une envie soudaine d'aller à la selle, en même temps que d'une grande faiblesse, le malade avait constaté qu'il rendait par les selles une grande quantité d'un liquide sanguinolent, noirâtre. Effrayé, il se fit transporter à l'hôpital. Une ou deux autres selles, également hémorragiques, avaient eu lieu pendant la journée.

L'anémie profonde qu'offrait le patient céda vite au régime lacté et au repos complet au lit. Point important à noter, l'examen réitéré de l'abdomen pendant les six semaines que dura ce premier séjour à l'hôpital ne nous avait permis de constater aucune espèce d'induration, en aucun point.

La même série d'accidents, identique, se reproduisit au mois d'octobre de la même année 1895, avec cette seule différence que la quantité de sang rendue en plusieurs évacuations fut beaucoup moins considérable que la première fois. Même traitement, même amélioration rapide, même diagnostic d'ulcère simple gastrique ou duodénal, sans que, il faut l'avouer cependant, notre attention ait été spécialement attirée vers le duodénum.

Nous n'avions plus entendu parler de ce malade, ainsi qu'il est d'usage parmi nos populations hospitalières, lorsque, le 15 août de cette année 1897, Z... rentrait à l'hôpital Saint-Antoine, en demandant d'être admis dans mon service. Il était méconnaissable, d'une maigreur extrême, épuisé par des vomissements incessants et par une diarrhée chronique datant du commencement de juin. Il racontait que, bien portant jusqu'à cette époque, c'est-à-dire ne souffrant que modérément et de temps à autre de l'estomac, avec une conservation remarquable de l'appétit, il avait pu travailler jusqu'au 1er juin. A cette époque, sans cause apparente, il avait commencé à éprouver des pesanteurs d'estomac, des renvois et des vomissements, en même temps qu'une diarrhée s'établissait. De plus, presque en même temps, il constatait lui-même un gonflement, une tuméfaction de son ventre.

En effet, en soulevant la chemise, nous trouvions, bien visible à l'épigastre, un peu en bas, un peu à droite de la ligne blanche, une grosse tumeur, du volume approximatif du poing, non influencée par les mouvements respiratoires. Au palper, cette tumeur, à peu près régulièrement arrondie, se montrait absolument fixée contre la colonne vertébrale; aucun mouvement de latéralité ne pouvait lui être imprimée, et elle était animée de soulèvements rythmiques, isochrones au pouls.

Le diagnostic semblait, cette fois encore, des plus faciles et nous permettait d'éliminer, sans hésitation, toutes les tumeurs des régions épigastrique et ombilicale supérieure, autres qu'un cancer. L'estomac notablement distendu par les gaz et d'une manière constante, le passé gastrique du malade nous engagea à considérer, comme cancer de l'estomac, ce que nous devions reconnaître bientôt, à l'autopsie, comme un cancer du duodénum. D'ailleurs, il n'exista, jusqu'à la fin de la maladie, ni ictère, ni glycosurie, ni albuminurie, et la diarrhée persistante et quotidienne ne parut pas s'accompagner de stéarrhée.

L'autopsie nous démontra une double erreur, en nous permettant de reconnaître que l'estomac ne portait aucune trace d'ulcère simple ni de cancer, et que tous les désordres occupaient la première portion du duodénum. Enfin, la pièce

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

que je présente, ainsi que les dessins qui l'accompagnent, établit, d'une manière indiscutable, la préexistence d'un vaste ulcère simple longtemps avant le cancer; ce dernier, constitué par un carcinome colloïde, semble bien s'être développé secondairement et non loin de la partie centrale de l'ulcère simple.

La masse cancéreuse est assez régulièrement arrondie, végétante, en chou-fleur, composée d'amas gélatiniformes; elle forme un large placard de 13 centimètres de long sur 12 de large, implanté sur la face pancréatique de la portion sus-ampullaire du duodénum, sans cependant toucher la proximité du pylore, par en haut, ni par en bas, la région de l'ampoule de Vater.

Dans cette région cancérisée, le calibre de l'intestin paraît extrêmement dilaté, puisqu'il ne mesure pas moins de 16 centimètres de circonférence. Entraîné par cette énorme distension, le pylore a suivi et apparaît béant, ne montrant presque plus de relief musculaire reconnaissable. Il est facile de constater qu'entre les premiers boursouflements carcinomateux et la saillie légère du relief pylorique, s'étend une surface duodénale d'environ 2 centimètres, au niveau de laquelle la muqueuse intestinale offre un aspect cicatriciel des plus caractéristiques. En un point même, on voit, sitôt le repli du pylore franchi, une dépression lisse, ferme, unie, où commence la région de la cicatrice d'un ulcère simple; si bien, que, au moins dans ce point, la muqueuse duodénale juxta-pylorique a presque totalement disparu.

La même apparence cicatricielle, en dépression légère au-dessous du niveau de la muqueuse, se poursuit, un peu moins large cependant, sur tout le pourtour de la tumeur cancéreuse; la bande uniforme qui en résulte, nettement séparée de la muqueuse par un bord tranchant, est très visible, même à la partie inférieure, entre la saillie de l'ampoule de Vater et les bourgeonnements inférieurs du cancer. Le microscope va démontrer bientôt que cette région péricancéreuse est indemne de tout envahissement carcinomateux.

Sur les confins extérieurs de cette ulcération simple paracancéreuse, la muqueuse intestinale a donné naissance, çà et là, à quelques végétations polypiformes, en particulier le long du relief taillé à pic que dessine la bordure de l'ulcère.

L'ampoule de Vater fait une légère saillie, bien au-dessous de la tumeur, à 4 centimètres au moins de la surface ulcérée. A ce niveau, le duodénum se rétrécit et semble même moins large que normalement. L'ampoule est repoussée par en bas, sous le poids de la masse cancéreuse qui la surplombe; mais elle est largement perméable; incisée, elle donne aussitôt accès dans le canal cholédoque. Cette incision fournit un renseignement important : le canal cholédoque n'a, d'une part, aucun rapport avec la tumeur, non plus qu'avec le pancréas, dont nous allons voir les lésions; d'autre part, son calibre est intact, ni comprimé, ni dilaté. Enfin, il n'offre aucune corrélation avec un canal pancréatique qui répondrait au canal de Wirsung, faisant défaut dans ce cas.

Ainsi, l'ampoule de Vater est uniquement constituée par le seul canal cholédoque, et l'absence du canal de Wirsung résulte d'une anomalie de développement, assez rare si j'en crois mes recherches; laquelle anomalie, du reste, paraît avoir entraîné, en cette occurrence, des conséquences graves.

Il n'existe, en effet, qu'un canal pancréatique, qui s'ouvrait non pas dans l'ampoule de Vater, mais dans la Caroncula minor, ou tubercule de Santorini, point d'abouchement ordinaire du canal accessoire, perméable à l'état normal. Or, dans cette observation remarquable, l'ulcère simple ancien, ou du moins le cancer colloïde qui en occupait le centre, s'était précisément développé dans la région sus-ampullaire, lieu de la Caroncula minor, et l'avait détruite. En tout cas, le cancer actuel a envahi, entre autres surfaces, celles dudit tubercule de Santorini, dont il ne reste aucune trace.

La conséquence de cette double série de désordres duodénaux a été l'oblitération totale, chronique et, détail intéressant, aseptique du canal pancréatique.

Aussi, le pancréas apparaît-il très atrophié, fibroïde, transformé en un moignon de la longueur et de la grosseur moyenne d'un pouce d'adulte. Sur les coupes transversales, on voit de larges cavités béantes qui ne sont autres que les canalisations pancréatiques, dilatées au maximum, mais nullement suppurées.

Point important, la tête du pancréas, ainsi caverneuse par suite de l'ectasie du canal excréteur et de ses branches, est indemne de toute altération cancéreuse. Les coupes macroscopiques sont déjà des plus démonstratives.

L'*examen microscopique* confirme de tous points les données fournies par l'étude des parties à l'œil nu. Il s'agit bien d'un carcinome colloïde. Les cellules épithéliales monstrueusement formées ont envahi toutes les régions cancérisées, y compris les couches musculeuses de l'intestin. Ce sont des épithéliums, tantôt cylindriques, tantôt déformés et altérés profondément sur un grand nombre de points. De ces cellules, les plus jeunes sont riches en glycogène, surtout au niveau des foyers récents. Ailleurs, elles s'effondrent parmi des masses mucoïdes énormes, kystiformes, gorgées elles-mêmes d'éléments nucléaires arrondis, en déliquescence gélatiniforme plus ou moins avancée.

Les coupes bien orientées établissent encore que l'ulcère simple ancien avait détruit la totalité de la muqueuse et des couches sous-muqueuses de l'intestin, y compris la totalité des glandes de Brunner, au moins dans les régions respectées par le cancer, autrement dit au niveau des bords supérieur et inférieur de la vaste surface fibreuse ultérieurement cancérisée à son centre.

Le pancréas est arrivé à une atrophie extrême. Presque totalement transformé en travées fibreuses denses, bien colorables par les réactifs, l'organe apparaît creusé de larges vacuoles, qui sont ses canaux excréteurs très dilatés. La plupart de ces canaux conservent encore un assez grand nombre de leurs glandes muqueuses. Quant à la glande pancréatique proprement dite, ses acini ont presque complètement disparu. Ceux qui demeurent ont cependant gardé leurs caractères fondamentaux. On note, en particulier, dans ces rares îlots d'acini conservés, la persistance et l'intégrité apparente, non seulement des culs-de-sac glandulaires, mais encore des îlots cellulaires dits de Langerhans. Chacune de ces deux parties constitutives du lobule pancréatique reste distincte, avec les caractères morphologiques et réactionnels histo-chimiques habituels aux éléments cellulaires spécifiques qui la constituent.

LE TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE

PAR L'ÉLONGATION VRAIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Par M. Gilles de La Tourette,
Médecin des hôpitaux de Paris.

Les bons résultats de la méthode thérapeutique dont il a déjà entretenu l'Académie avec M. Chipault se sont trouvés confirmés pendant la snppléance de la chaire de clinique des maladies du système nerveux, qu'il a faite du 15 juillet au 15 novembre. En collaboration avec M. Gasne, il a pu observer à la Salpêtrière un grand nombre d'ataxiques. Chez 21 d'entre eux, 18 hommes et 3 femmes, le traitement a été suffisamment prolongé et régulièrement suivi (15 à 40 séances) pour permettre d'apprécier la méthode.

Dix-sept malades sur vingt et un en ont retiré des bénéfices considérables, portant particulièrement sur les phénomènes douloureux, les troubles génito-urinaires (sauf l'incontinence peu modifiée), l'incoordination motrice. Ce pourcentage paraîtra peut-être très considérable; on s'en étonnera moins lorsqu'on saura que tous les ataxiques qui se sont présentés n'ont pas été indistinctement soumis à l'appareil. L'élongation doit être refusée aux tabétiques cachectiques, comme à ceux dont la maladie a une très lente évolution, dans les cas d'arthropathies, de crises laryngées. Il faut, en outre, s'assurer, après expérience, que la colonne vertébrale n'est ni trop flexible, ni trop rigide; la sensation d'engourdissement éprouvée dans les pieds pendant la séance, est la meilleure preuve de la réalité de l'élongation et d'une bonne application de l'appareil.

THÉRAPEUTIQUE

Des fièvres compliquées de délire, leur traitement.

Par le docteur P.-L. Lectoure.

La distinction entre les délires vésaniques et les délires non vésaniques, dit M. le professeur Mayet (1), doit être encore admise jusqu'à ce que la connaissance de la pathogénie des premiers permette de les déterminer autrement.

Ce diagnostic, si important au point de vue du pronostic, peut se faire en se rappelant les points suivants : Dans les vésanies, il n'y a aucune cause matérielle, constante, appréciable, ni aucune lésion déterminée. Le délire constitue toute l'exposition phénoménale de la maladie. L'absence de fièvre est la règle. Au contraire, le délire non vésanique est toujours accompagné de symptômes importants et d'hyperthermie.

« La fièvre, dit Racle (2), suffit à elle seule à produire le délire. C'est quelquefois un résultat de l'intensité de la fièvre. D'autres fois, l'âge, l'idiosyncrasie du malade le déterminent. Dans les fièvres continues, telles que la fièvre typhoïde, le délire est un phénomène constant. »

Il est certain que, à différentes reprises, des typhiques ont été pris pour des fous et amenés dans des asiles; ces erreurs sont dues à ce que l'on a négligé de prendre la température.

Dans les autres fièvres infectieuses, si le délire n'est pas en quelque sorte un phénomène classique, fatal, il n'en a pas moins une grande importance. C'est ainsi que la scarlatine fruste, avec délire aigu, peut être très difficile à diagnostiquer. On sait que la fièvre d'invasion de la variole et de la rougeole s'accompagne volontiers de délire qui, au début, pourrait en imposer pour une vésanie. Les accidents cérébraux des oreillons ont pu faire songer à de la méningite. La fièvre tuberculeuse s'accompagne aussi quelquefois de délire, et c'est l'auscultation qui permet le diagnostic réel. Dans la fièvre paludéenne, même peu intense, le délire est fréquent. Quant aux atteintes graves, quant aux fièvres des pays tropicaux, le délire y prend une importance telle que souvent il domine la scène pathologique.

La pathogénie du délire qui accompagne la fièvre a été bien précisée par le professeur Mayet. Il rattache les délires infectieux à l'action toxique exercée sur les éléments nerveux par les produits anormaux élaborés dans l'organisme. Parmi ces substances, les unes résultent de la vie des microbes ou des éléments encore inconnus des virus, d'autres, des échanges pervertis des éléments anatomiques.

Il faut tenir compte aussi de l'hyperémie cérébrale et, en quelques cas, de la phlegmasie corticale secondaire.

Une cause indéniable de la production du délire est aussi l'hyperthermie, à laquelle il est souvent proportionnel en intensité.

Mais la question de terrain est capitale. Les enfants, les alcooliques, les nerveux, les neurasthéniques en sont une preuve indéniable.

Ces données étiologiques doivent régler la conduite du praticien, qui, en présence d'une fièvre compliquée de délire, doit satisfaire aux trois indications suivantes : faciliter l'élimination des poisons, diminuer l'hyperthermie, modifier le terrain.

Les deux premières indications sont remplies par la balnéation, qu'il s'agisse des bains froids ou des bains tièdes. Le bain, non seulement abaisse la température, mais en outre il possède une puissante action diurétique et semble régulariser le fonctionnement du système nerveux. La quinine n'est indiquée que dans les fièvres paludéennes.

Quant au terrain, quant à l'état même du cerveau, il réclame le secours des hypnotiques. Comme l'a fort bien dit M. Lyon (1), « le délire n'est pas dans tous les cas l'expression de l'infection; ce peut être un délire purement nerveux, analogue à la dyspnée nerveuse que l'on observe parfois chez les névropathes atteints d'une affection pulmonaire peu grave. Il est justiciable de l'emploi des antispasmodiques. » Dans ces cas, il y a un médicament, ou plutôt une association de médicaments, qui fait merveille : c'est le Bromidia.

Il ne s'agit pas là d'une simple vue de l'esprit, mais de faits observés par MM. Sabattier (de Vedènes, Vaucluse), Prevost (de Cambreiner, Calvados), Beutyac (de Pondauret, Gironde), Hache (de Paris), Mellier (de Puy-Laurens, Tarn), etc.

Nos confrères ont donc un moyen sûr et facile de combattre le délire qui complique les fièvres, et nous croyons devoir les engager à employer cette médication.

(1) Mayet. *Traité de diagnostic médical et de séméiologie*, t. I, p. 304.

(2) Racle. *Traité de diagnostic*, p. 197.

(1) Lyon. *Traité de clinique thérapeutique*, p. 617.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 décembre 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATION

De la recherche des projectiles dans le crâne par la radiographie. — M. Péan communique deux cas, tout récents, d'extraction de projectiles ayant pénétré dans l'intérieur du crâne. L'un concerne un jeune homme de vingt-deux ans qui, en août 1896, se tira un coup de revolver dans l'oreille droite. La balle alla se loger dans l'oreille interne,

sous la dure-mère, à une profondeur de 6 centimètres, suivant une ligne prolongeant l'articulation temporo-maxillaire.

L'autre a trait à un jeune homme de vingt-six ans, qui, en février dernier, se tira un coup de revolver dans la région temporale droite. La balle alla se loger dans le cerveau au niveau de la selle turcique à une profondeur de 7 centimètres.

Chez l'un et chez l'autre, soit au Val-de-Grâce, soit à l'hôpital Bichat, des explorations avaient été pratiquées pour retrouver la balle au moment même de la tentative de suicide, mais elles n'avaient donné aucun résultat.

Des accidents consécutifs, graves et douloureux, étant survenus, les deux blessés vinrent, il y a trois semaines, à l'hôpital International, demander l'ablation de leur projectile.

M. Péan fit prendre une épreuve radiographique de l'un et l'autre cas, par M. Mergier. Après avoir reconnu de la sorte le siège exact des deux balles, il parvint à les extraire sans produire de désordres inutiles. Les deux opérés sont actuellement guéris.

M. Péan insiste sur la précision et la simplicité du procédé qu'a imaginé M. Mergier pour déterminer le lieu d'enkystement des projectiles ayant pénétré soit dans le cerveau, soit dans son enveloppe osseuse. Il laisse à M. Gariel le soin d'en donner la description à l'Académie. Suivant M. Péan, ce procédé serait aussi rigoureux que celui de M. Contremoulin, et l'emporterait même sur ce dernier par ce double avantage qu'il est très peu coûteux et d'une très facile application.

Dans les deux cas, présentés par M. Péan, le premier temps de ce procédé a été seul employé; il a suffi pour le conduire exactement sur les projectiles qui se dérobaient à toute recherche : c'est donc la preuve de ce que les chirurgiens peuvent retirer du procédé employé dans son intégralité.

DISCUSSION

M. LE DENTU ne saurait juger de la valeur du procédé de M. Mergier sur la description sommaire qu'en vient de faire M. Péan. Il ressort toutefois de sa communication qu'il a pu être guidé dans une certaine mesure par l'appareil de M. Mergier dans la recherche de ces deux projectiles. Cet appareil a pu certainement lui fournir d'utiles indications. Mais il n'en est pas moins vrai que M. Péan a dû également se guider sur les taches noirâtres qu'il a constatées, qu'il a dû également recourir à l'appareil de Trouvé et qu'en somme il n'est arrivé sur les corps étrangers qu'après quelques tâtonnements. Or, ajoute M. Le Dentu, nous sommes aujourd'hui en possession d'un appareil, quelque peu compliqué, il est vrai, mais qui n'en existe pas moins et qui est d'une précision mathématique. Dans quelque temps, on aura construit plusieurs de ces appareils et il sera possible à tous les chirurgiens d'y avoir recours. La supériorité de l'appareil de M. Contremoulin sur l'appareil de M. Mergier ne semble donc pas douteuse et M. Le Dentu n'hésitera pas à lui donner la préférence.

M. Le Dentu présente le malade du cerveau duquel il a extrait une balle en se guidant sur les données fournies par l'appareil de M. Contremoulin.

M. PÉAN a commencé par déclarer qu'il trouvait parfait l'appareil de M. Contremoulin. Mais à défaut de cet appareil, celui de M. Mergier lui a permis d'extraire deux balles de l'intérieur du cerveau que, sans cet appareil, il ne serait jamais parvenu à trouver et à extraire. M. Péan ne dit pas, pour cela, qu'il faille abandonner le très ingénieux appareil de M. Contremoulin, mais il lui a paru légitime de faire connaître un procédé qui a aussi son utilité.

PRÉSENTATIONS

Fièvre continue paludéenne et fièvre typho-palustre. — M. LAVERAN, au nom de MM. Jean Kardamatis et Spiridion Kanellis (d'Athènes), présente un travail dont voici les conclusions :

1° L'état typhoïde s'observe souvent dans les contrées palustres; ce syndrome, commun à un grand nombre de maladies, est dû à l'absorption de matières putrides par les voies digestives et au fonctionnement défectueux des viscères, du foie en particulier;

2° Il n'y a pas d'antagonisme entre le paludisme et la fièvre typhoïde. Les deux maladies peuvent coexister chez un même individu, mais quand la fièvre typhoïde se développe dans ces conditions, le paludisme reste, en général, à l'état latent;

3° La continue palustre et la fièvre typhoïde sont deux entités morbides bien distinctes; leur coexistence chez un malade est extrêmement rare;

4° Aucun fait n'autorise à admettre que la fièvre continue palustre puisse se transformer en fièvre typhoïde.

M. VALLIN présente un travail de M. Courtois-Suffit sur des observations qu'il a prises à l'usine des allumettes d'Aubervilliers.

RAPPORT

Purification de l'eau de boisson du soldat. — M. LAVERAN fait un rapport sur un travail de M. Lapeyrère ayant pour objet la purification de l'eau de boisson du soldat en campagne.

Le procédé que M. Lapeyrère propose est une combinaison des procédés préconisés par M. Burlureaux et par MM. Bordas et Girard. L'eau est traitée d'abord par une poudre complexe, dont l'élément le plus actif est le permanganate de potasse, elle est ensuite filtrée sur un tissu réducteur qui la clarifie et la débarrasse du permanganate en excès.

La dose de poudre par litre d'eau varie de 25 à 50 centigrammes. C'est seulement pour des eaux très impures qu'il faut dépasser cette dernière dose. Une petite mesure est fixée au couvercle de la boîte dans laquelle est renfermée la poudre. A 1 litre d'eau qu'il s'agit de purifier, on ajoute une mesure de la poudre, soit 25 centigrammes. Après agitation, si la coloration rose de l'eau persiste, cela indique que la quantité de poudre employée est suffisante, sinon on ajoute une deuxième mesure et même une troisième.

Lorsqu'on s'est assuré que la coloration rose est persistante, on filtre l'eau de manière à la clarifier et à la débarrasser de l'excès de permanganate. Le filtre imaginé par M. Lapeyrère est un cylindre en aluminium ou en laiton nickelé de 6 centimètres et demi sur 18 millimètres de diamètre, ouvert à un bout, fermé à l'autre. Dans l'intérieur de l'étui, on place la matière filtrante et réductrice du permanganate en excès (éponge fine, tissu de laine, etc.). Le filtre du soldat peut entrer dans le bidon réglementaire.

Les microbes pathogènes qui souillent le plus souvent l'eau sont détruits par ce procédé. La matière organique n'est pas détruite aussi rapidement.

LECTURE

Radiographie. — M. HENNECART (de Charleville) présente en son nom et au nom de M. Pillot, agrégé des sciences physiques, une intéressante observation où les rayons Rœntgen permirent de reconnaître une aiguille dans l'annulaire droit, alors que la malade, âgée de cinquante et un ans, ne se souvenait d'aucune piqûre. L'aiguille fut enlevée très facilement en une simple incision, après piqûre à la cocaïne. Elle était située entre le périoste et le tendon fléchisseur.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie. Le nombre des votants étant de 79, majorité 40, M. Pouchet obtient 64 suffrages, M. Burcker 10, M. André 3, M. Weiss 1, un bulletin blanc.

En conséquence, M. Pouchet est proclamé élu.

COMMUNICATIONS

Le traitement de l'ataxie locomotrice par l'élongation vraie de la moelle épinière. — M. GILLES DE LA TOURETTE fait une communication sur ce sujet (voir plus haut, p. 1368).

Une nouvelle interprétation et un nouveau traitement de la voix dite eunuchoïde. — M. KRAUS communique le résultat de ses recherches sur la singulière voix qui accompagne la mue de l'homme, moins de la femme, et qui, dans certains cas, persiste la mue terminée. Ces cas, M. Kraus les divise en trois groupes : ceux qui ne peuvent parler autrement qu'en eunuques; ceux qui, avec efforts, arrivent à parler de poitrine, mais dès que ces efforts cessent volontairement ou involontairement, la voix redevient eunuchoïde; enfin, ceux qui ordinairement parlent sans efforts de poitrine; mais dès que ces personnes s'excitent et élèvent la voix, cette voix s'élève instantanément au registre grotesque de la voix eunuchoïde. Jusqu'alors on avait expliqué cette voix comme produite par des spasmes ou par des mouvements incoordinés des muscles du larynx, d'autres l'expliquaient par une congestion ou par un relâchement des cordes vocales.

M. Kraus rejette toutes ces anciennes théories. Pour lui, il s'agit d'une disproportion entre la croissance des cartilages du larynx et celle des cordes vocales au moment de la mue. Cette disproportion disparaît normalement au cours de la mue, mais dans certains cas, cette évolution physiologique paraît s'arrêter en route, et c'est précisément ces cas qui garderont la voix eunuchoïde. La disproportion est causée par un développement excessif du larynx cartilagineux dans son sens antéro-postérieur. Pour corriger ce défaut de conformation, M. Kraus a imaginé un appareil auquel il a donné le nom de redresseur laryngien, qui lui a permis de faire disparaître, en quelques jours, des voix eunuchoïdes, qui, pendant de longues années, avaient été soignées sans aucun succès, par les anciens traitements. Le nouveau traitement de M. Kraus consiste en une espèce d'orthopédie du larynx et n'occasionne aucune douleur.

Prothèse buccale. — M. HEIDE communique une observation sur ce sujet. (Sera publiée.)

Inefficacité des injections de sérum antidiphtéritique dans le traitement de l'ozène. — M. GARNAUD communique une observation dans laquelle les injections de sérum antidiphtéritique sont restées absolument sans résultat sur l'ozène, et ont provoqué des accidents hémoptoïques assez sérieux.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 3 décembre :

Anatomie. — MM. Léri et Morichau-Beauchamp, 12. — Armand-Delille, 11. — Grivot et Monod, 10. — Camus et Demersen, 9. — Dauzats, 7.

Pathologie. — MM. Auffret, Babonneix, Le Gambier, Lœper, Pestemalzoglu et Roche (Louis), 13. — Bricet et Tourlet, 11. — Voisin (R.), 10. — Netter (L.) et Sersiron, 7. — Tixier, 5.

Séances du 6 décembre :

Anatomie. — MM. Grenet, 13. — Arnal, Elias et Éloy, 10. — Charpentier, 9. — Boissier, 8. — Fouquet et Monier, 6. — Duclaux, 5. — Lacaille, 4. — Cottu, 3.

Pathologie. — MM. Duval, 13. — Chevrey, 12. — Berthier (H.) et Croissier, 11. — Assicot et Gardner, 10. — Audistère, 9. — Belgrand, Bourlot, Legros et Marais, 7. — Bluzat, 6. — Lorot, 5.

— Par décret, en date du 29 novembre 1897 : Le décret du 22 novembre 1887, portant réorganisation de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaire et modifié par celui du 25 février 1889, est modifié ainsi qu'il suit :

Les paragraphes numérotés 1, 2, 3, 4, 5, 6 de l'article 8 seront remplacés par les suivants : « 1° Un professeur et un agrégé. Maladies et épidémies des armées; — 2° Un professeur et un agrégé. Chirurgie d'armée et blessures de guerre; — 3° Un professeur et un agrégé. Anatomie chirurgicale, opérations et appareils; — 4° Un professeur et un agrégé. Diagnostic chirurgical spécial (yeux, oreilles, larynx, dents), manœuvres d'ambulances, pansements et appareils en campagne; — 5° Un professeur et un agrégé. Hygiène; — 6° Un professeur et un agrégé. Médecine légale, législation, administration et service de santé militaire; — 7° Un professeur et un agrégé. Chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie. »

— Par arrêté, en date du 27 novembre 1897, M. le préfet de la Seine vient, sur la proposition du directeur de l'Assistance publique et l'avis conforme du Conseil de surveillance de cette administration, de décider que M. le docteur Falret, médecin du service des aliénés de l'hospice de la Salpêtrière, serait, pour raison d'âge, relevé de ses fonctions à partir du 1er janvier 1898.

Par suite de la mise à la retraite de M. le docteur J. Falret, médecin de la Salpêtrière, M. le docteur Charpentier, médecin de Bicêtre, passe à la Salpêtrière; M. le docteur Séglas, médecin adjoint de la Salpêtrière, devient médecin-chef de service à Bicêtre, et M. le docteur Chaslin médecin-adjoint à la Salpêtrière.

Par suite de cette retraite et des mouvements qui en sont la conséquence parmi le personnel des médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière, l'Administration de l'Assistance publique ouvrira, vers le mois d'avril ou de mai, un concours pour une place de médecin adjoint du service des aliénés à l'hospice de Bicêtre.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 décembre 1897, un concours s'ouvrira le 9 juin 1898 devant l'École de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école.

— Le ministre de la marine vient d'accorder un témoignage officiel de satisfaction : 1° à M. le docteur Naquet (de Lorient) : sauvetage d'un enfant; Lorient, 4 avril 1897; — 2° à M. le docteur Lassime (de Port-Louis) : sauvetage d'un enfant; Port-Louis, 19 juillet 1897.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Hartmann, agrégé, est nommé, pour le second semestre de l'année scolaire 1897-1898, sous-directeur des exercices pratiques de médecine opératoire.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Lefèvre, suppléant des chaires de physique et de chimie, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 30 octobre 1899.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Kuss, Farcy, Benoit, Bannelier, Galetti, Bouisson, Dumont, Junès, Almès et Delfino.

— La conférence des avocats du barreau de Paris a discuté récemment la question suivante : « Un médecin peut-il être déclaré par le tribunal responsable à raison d'une imprudence exclusivement imputable à l'homme de l'art? »

La presque unanimité des membres a conclu par la négative.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Diathèse lymphogène [lymphadénose] (1).

Par le docteur J. VIRES,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

IV

Pathogénie. — Mégalosplénie, anémie infantile pseudo-leucémique, lymphadénie, leucocythémie, états morbides ressortissant tous de la diathèse lymphogène, sont d'origine infectieuse microbienne.

Les microbes pathogènes sont les plus vulgaires, bacilles de Koch, staphylocoques, ou peut-être sont spéciaux.

Ce postulat s'appuie sur deux ordres d'arguments, des arguments d'ordre rationnel, des arguments d'ordre bactériologique.

1° ARGUMENTS D'ORDRE RATIONNEL. — *a.* Le lymphadénome est susceptible de s'arrêter dans son évolution, de régresser, puis de repartir à nouveau. Dans une masse lymphadénique un ganglion subit un temps d'arrêt, tous ses voisins augmentent de volume.

Or, ces alternatives d'augmentation et de diminution sont loin du génie des néoplasmes malins. L'accroissement continu est, en effet, son caractère fondamental.

b. C'est le propre des maladies infectieuses de se généraliser avec *abondance* et avec *fantaisie*. Dans l'ostéomyélite des adolescents, par exemple, le staphylocoque frappe, chez le même sujet, cinq, six os et même davantage.

N'observons-nous pas la même abondance et la même fantaisie dans la lymphadénie frappant l'intestin, l'amygdale, la peau, les ganglions trachéaux ou le testicule?

c. L'amygdale est la porte d'entrée ordinaire de bien des infections : ses cryptes sont bourrées de microbes qui, de saprophytes, deviennent pathogènes sous la cause la plus banale qui exalte leur virulence (froid, trauma, angine, etc.).

Or, le début de la lymphadénie se fait très fréquemment par le ganglion rétro-angulo-amygdalien de Chassaignac, la porte d'invasion est donc la même que pour les maladies infectieuses.

Je rappelle la constatation de Trousseau sur le début de la lymphadénie cervicale avec lésions chroniques des muqueuses laryngées, pharyngées, etc.

d. La marche de la lymphadénie est irrégulière. Il se fait un accroissement brusque auquel est parallèle une élévation thermique, suivie d'une régression spontanée avec chute de la fièvre, puis le ganglion repart, augmente de volume, s'arrête, repart, et le cycle recommence, cycle traduit autant par la courbe fébrile que par le changement de volume.

Rien de tout cela ne s'observe dans l'évolution des tumeurs malignes.

Les élévations de température qui accompagnent si souvent les poussées ganglionnaires éveillent l'idée d'une maladie infectieuse.

e. Il est des cas rapides, brusques, terminés, comme celui de Traversa, en trente-trois jours, ceux qui se traduisent par de l'hypertrophie généralisée des ganglions et des organes hématopoiétiques et une leucocytose intense : n'est-ce pas l'explosion d'une infection microbienne dont l'agent causal est extraordinairement virulent?

f. Enfin, il est une cachexie terminale de la diathèse lymphogène, cachexie que Wilks appelait anémie lymphatique.

Elle se traduit par de la diarrhée incoercible, fétide, des hémorragies multiples, des hématémèses, du mæléna, des accidents fébriles constants, une déchéance générale de tout l'être moteur et intellectuel : tout cela ne rappelle-t-il pas la fin d'un septicémique, d'un typhique, d'un tuberculeux?

En faveur de la nature infectieuse, on doit invoquer la rapidité d'évolution. Dans le cas si remarquable de Traversa la mort survint en un mois avec une hypertrophie ganglionnaire généralisée et une leucocythémie intense. La proportion des globules blancs aux rouges était de 1 p. 50.

Voilà bien de sérieux arguments pour appuyer l'hypothèse de l'origine infectieuse des hypertrophies ganglionnaires généralisées.

A ces arguments d'ordre rationnel s'en ajoutent d'autres.

2° ARGUMENTS BACTÉRIOLOGIQUES ET ANATOMIQUES. — *a.* Les tuméfactions congestives du foie et de la rate qu'on rencontre si fréquemment chez les lymphadéniques sont, en somme, absolument comparables à celles qu'on rencontre dans les cas de maladies générales infectieuses.

b. L'infection ganglionnaire généralisée qui donne lieu

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 1345.

aux signes cliniques du lymphadénome peut être de nature tuberculeuse, donc de nature infectieuse.

Les faits sont multiples et groupés par Delbet, qui en rapporte deux personnels, dont l'un vu par Duplay et Trélat, un de Duplay, trois de Marey, un remarquable communiqué par Albert Robin à la Société médicale des hôpitaux, le 22 juin 1883. Le dernier est de Brentans et Tangl (*Deutsch. med. Wochens.*, 1891). Les inoculations ont montré que l'hypertrophie ganglionnaire généralisée à type de lymphadénome était de nature tuberculeuse.

c. Les examens bactériologiques ont montré d'autres agents infectieux.

Je les ai énumérés au chapitre *Étiologie*. J'ai dit aussi qu'il était des cas dans lesquels l'examen du sang et de la tumeur, de même que les ensemencements sont restés infructueux. Barbier les a réunis dans une revue (*Gaz. hebd.*, 1894).

Sans doute, il faut tenir compte des faits négatifs qui, d'ailleurs, peuvent s'expliquer, mais dans les questions de cet ordre les faits positifs priment les faits négatifs.

Dès 1880, Klebs décrit des monades dans le sang des lymphadéniques : ce cas est trop ancien.

Je grouperai en deux catégories les cas où l'on a rencontré des microbes.

a. Dans la première, ces microbes ont été vus, mais n'ont pas été déterminés.

Mac Gillovry, Osterwald, Mayet ont constaté la présence des microbes dans le sang. Spilling en a vu dans la rate, Braumwel dans les ganglions, Majocchi et Picchini dans le foie et les ganglions.

b. Dans la seconde, les microbes ont été déterminés et étudiés.

Ou bien on a trouvé des microbes vulgaires, streptocoques (Maffucci et Traversa); le plus souvent des staphylocoques blancs et dorés (Bonardi, Hévelk, Roux et Launois, Combemale, Vadelli, Fischer); une fois le pneumocoque (Longuet et Delbet), une fois le staphylocoque et le streptocoque associés (Hinterberger). Ou bien on a constaté des microbes nouveaux.

Kelsch et Vaillard, puis Frenis ont décrit un bacille court, épais, à extrémités arrondies. Ce bacille est pathogène pour le lapin, non pas qu'il ait reproduit le lymphadénome, mais il a déterminé des accidents mortels.

Pawlowski, dans sept cas, a trouvé un autre bacille qui existait dans le foie, la rate, les ganglions lymphatiques, les intestins, les poumons, les reins, le cerveau et la moelle. Ce bacille est difficile à cultiver et Pawlowski le considère comme le microbe spécifique.

Voilà donc un nombre de faits considérable qui démontrent qu'il y a des micro-organismes dans le sang, les ganglions et les viscères du lymphadénique.

Pour avoir le droit de conclure d'une manière définitive et irréfutable qu'ils sont pathogènes, il faudrait reproduire la maladie par des inoculations expérimentales. Or, une seule tentative a réussi. Je vais en parler. Que toutes les autres tentatives aient échoué, il n'est là rien d'étonnant. Peu d'animaux, en effet, sont atteints de lymphadénie spontanée, par conséquent, peu aptes à réaliser la lymphadénie expérimentale.

Or, on a inoculé des cobayes, des lapins, cobayes et lapins qui sont à peu près réfractaires (Wehsemeyer, Eberth).

De plus, c'est fort vraisemblablement une maladie infectieuse chronique que la lymphadénie et comme toutes les maladies chroniques infectieuses, elle possède probablement des micro-organismes de virulence atténuée. Ces microbes ne terrassent pas d'emblée les animaux non réfractaires.

Le 17 juin 1895, Delbet, à l'Académie des sciences, présente la première démonstration complète de la nature infectieuse de la lymphadénose. Cette preuve est basée sur la reproduction expérimentale par l'inoculation de cultures pures d'un bacille particulier.

Ce bacille fut trouvé dans le sang splénique d'une malade à lymphadénie splénique et généralisée, arrivée à la dernière période de la maladie et cachectisée. Il amena une lymphadénie ganglionnaire généralisée chez le chien à qui il fut injecté : les ganglions de ce chien renfermaient le bacille de l'inoculation enlevé à la malade à l'état de pureté.

La démonstration est donc faite : la lymphadénie est d'origine microbienne, elle est infectieuse, qu'elle soit due à des microbes vulgaires, ou à des microbes encore à étudier et à classer, les lésions qu'elle présente dans tous les types qui la constituent sont de même nature et de même cause et les différences d'évolution, les stades successifs tiennent à ces deux grands facteurs que jamais on ne doit oublier en matière de maladies infectieuses : à savoir, d'une part, le degré de virulence de l'agent pathogène, de l'autre, le degré de réceptivité ou de résistance de l'organisme.

Voilà, à l'heure actuelle, quelle est la pathogénie de la lymphadénie : elle est de nature bacillaire.

Sans doute, des recherches ultérieures, des investigations bactériologiques et anatomo-pathologiques viendront préciser encore cette nature.

En vérité, la diathèse lymphogène est-elle une entité morbide, ou n'est-elle, comme la fièvre ganglionnaire, qu'un *rameau de cet arbre touffu qui représente les infections* d'origine pharyngée (J. Comby)?

Toutes les maladies infectieuses, qui ne sont aussi que des rameaux d'arbres touffus ayant nom streptococcie, pneumococcie, staphylococcie, coli-bacillose, etc., sont-elles capables de donner naissance à la lymphadénie, de la créer de toutes pièces? ou ces facteurs ne sont-ils que des facteurs occasionnels, déterminants, ne réalisant la diathèse que grâce à une prédisposition quelconque du tissu lymphoïde acquise ou congénitale? Nous ne savons.

V

Anatomie pathologique. — J'étudierai *successivement le sang* au point de vue physique, chimique, microscopique, les *organes lymphoïdes et les divers viscères* atteints par la diathèse lymphogène au point de vue de leur *aspect macroscopique et de leurs lésions histologiques.*

Sang. — Ses altérations ont fait découvrir la maladie; elles sont constantes, dans tous les cas, avec un maximum de netteté et de quantité, pour la leucocythémie. Elles permettent de faire chez le vivant le diagnostic : tout autant de raisons qui nous font placer son étude en première ligne.

Propriétés physiques. — Dans la leucémie, les lésions sont visibles à l'œil nu. Le sang, pris sur le vivant ou sur le cadavre, n'est plus rutilant, il est lie-de-vin, chocolat ou brique. Il peut devenir poisseux, blanchâtre, puriforme. Sous une faible épaisseur, il prend un aspect opalin, laiteux. Si on le met dans un tube, après une prise sur le vivant, le caillot qu'il forme est blanchâtre, recouvert qu'il est par des

globules blancs : au fond du tube sont les globules rouges plus lourds.

Sur le cadavre, la coagulation affecte le même caractère : artères et veines, à l'autopsie, sont remplies de caillots blanchâtres.

Densité. — La densité est diminuée. Tandis que la densité normale du sang est de 1057, le sang leucémique n'a plus que 1055, 1050, 1036. La densité du sérum ne varie pas du reste, oscillant autour de 1025 à 1029.

Réaction. — La réaction est généralement acide.

Consistance. — Le sang est visqueux, poisseux, filant, parce qu'il est riche en leucocytes.

Si, reprenant l'expérience du tube, et après défibrinisation préalable, on met ce sang au repos, on le voit se différencier en trois couches :

a. Une couche inférieure faite de globules rouges pesants et lourds ;

b. Une couche moyenne avec des leucocytes ;

c. Une couche supérieure, pâle, opaline, troublée, qui est le sérum contenant des globules de graisse.

Le caillot de sang leucémique est friable, mou, comparable à de la gelée de groseille ou à la boue splénique.

Modifications chimiques. — Quantitavement, peu de changements, sauf H^2O qui est un peu augmentée.

Au point de vue de la qualité, la fibrine a perdu sa cohésion et sa consistance élastique. Elle se prend en grumeaux friables qui se dissocient très vite. C'est ce qui explique la consistance du caillot gelée de groseille.

Les *matières grasses* sont augmentées.

Le fer est diminué.

On a enfin trouvé des substances anormales, glutine, xanthine, peptones, acides urique, lactique, succinique, ferrique, de la leucine, de la tyrosine, de l'acide phospho-glycérique.

Examen microscopique. — C'est ici une donnée fort importante : l'hématologie appliquée à la clinique, sous l'impulsion de savants expérimentateurs, a pris aujourd'hui une des premières places comme élément de diagnostic (Hayem, Mosler, Hénocque, Luzet).

Sous le champ du microscope, on trouve des globules *blancs*, des globules rouges, d'autres éléments.

Ils ont, les uns et les autres, subi des modifications multiples de nombre, de structure, etc.

1. *Globules blancs.* — Alors que, à l'état normal, la proportion des globules blancs aux rouges est de 1 pour 300 ou 360, ce rapport, dans la diathèse, s'élève à 1/20, 1/15, 1/5 et même 1/1. Ce rapport devient donc égal, parfois même il est inférieur, et on a 3 globules blancs pour 1 rouge.

Ce sont là, évidemment, des cas extrêmes.

Quand doit-on porter le diagnostic de leucocythémie?

C'est, d'après Hayem, quand on constate la présence, dans le sang, de 70000 globules blancs par centimètre cube.

Les globules blancs sont augmentés, ils sont de plus modifiés.

On décrit suivant l'augmentation de volume :

a. Des leucocytes nains, quand ils atteignent 6 μ;

b. Des leucocytes moyens, quand ils atteignent 8 à 10 μ;

c. Des leucocytes géants, quand ils atteignent 15 à 20 μ.

Suivant Einhorn, on pourrait observer trois sortes de globules blancs :

1° Des leucocytes de la dimension des globules rouges : ils ne possèdent qu'un seul noyau entouré d'une mince couche de protoplasma. Ces lymphocytes proviennent des ganglions lymphatiques.

2° Des cellules éosinophiles tirant leur origine de la moelle osseuse.

3° Des cellules de provenance indéterminée, de la moelle ou de la rate ; ces cellules sont beaucoup plus grandes que les globules rouges et possèdent un noyau ovalaire arrondi ou irrégulier.

Ehrlich distingue dans les leucocytes des granulations se colorant diversement par les couleurs d'aniline, basiques ou acides.

Müller décèle des cellules de provenance particulière (organes lymphoïdes) ne se colorant que par l'aniline neutre; il leur accorde une grande valeur diagnostique; leur présence serait significative dans la lymphadénie.

Il y a donc, à côté des cellules se colorant par les couleurs d'aniline basique, acide et neutre, des cellules prenant l'éosine; or, ces grains éosinophiles peuvent sortir de la cellule et essaimer dans le sang.

Les différentes formes de globules blancs se répartissent, d'après Morse, de la façon suivante : lymphocytes, 22 p. 100; grandes cellules mononucléées, 7 p. 100; myélocites, 20 p. 100; cellules polynucléées, 44 p. 100; cellules éosinophiles, 15 p. 100.

Le nombre des leucocytes de chaque variété s'accroît, mais l'augmentation est peu forte, tantôt pour les lymphocytes, tantôt pour les cellules polynucléées.

Gilbert a vu des leucocytes englober dans leur substance des hématies avec lesquelles ils étaient en contact.

Voilà donc pour les leucocytes.

2. Les *globules rouges* sont aussi anormaux.

a. Ils sont diminués, comme Charcot et Vulpian l'avaient observé, et peuvent tomber à 2 millions, 1 million 1/2.

b. On observe aussi des érythrocytes; ce sont des globules rouges à noyau. Souvent, comme chez le fœtus, ce noyau est le siège d'une karyokinèse intense.

Le nombre des hématoblastes reste normal.

c. Enfin, Hayem signale, dans le sang des lymphadéniques, des granulations réfringentes hyalines, incolores, non colorables, qui se retrouvent dans les organes lymphoïdes et qu'on ne rencontre que dans la leucémie et l'anémie pernicieuse.

Sur le cadavre, le sang leucémique contient de fins cristaux dits de Charcot-Leyden.

On a voulu que chacun des tissus malades fournisse au sang un ordre déterminé d'éléments cellulaires ou de granulations : nous avons dit quelle était à ce point de vue la théorie de Neumann; indiquons seulement que Litten (*Semaine méd.*, 1887) accepte que le lymphocyte indique une provenance splénique et le globule rouge nucléé une provenance médullaire. Nous ne saurions insister, la question n'est pas élucidée et les données sur lesquelles on s'appuie sont encore trop incertaines pour qu'il soit permis d'affirmer, par l'examen du sang, telle ou telle forme de leucémie.

Remarquons, d'ailleurs, comme le fait très bien observer J. Cavalié, que l'origine des leucocytes à l'état physiologique n'est pas encore bien connue.

Les altérations que je viens d'énumérer, on les rencontre toutes dans la leucémie vraie, c'est-à-dire dans le stade parfait et définitif de la diathèse lymphogène. On les rencontre aussi dans les autres stades, mais suivant une pro-

gression décroissante de la leucocythémie à la lymphadénie. Cette progression, on peut la suivre dans le tableau suivant :

1° Leucémie vraie.	Anémie globulaire progressive intense. Leucocytose (de 70000 à 500000 globules blancs). Le rapport des érythrocytes aux lymphocytes est de 1/6 (Mosler), 1/2 (Virchow), 1/1 (Isambert), 3/1 (Stricker), 2/1 (Robin).
2° Anémie infantile pseudo-leucémique.	Anémie globulaire. Leucocytose [17200 à 60000] (Luzet et Audéoud). Érythrocytes [de 200000 à 800000] (Audéoud). Le rapport est de 1/100, 1/60 et même 1/15.
3° Lymphadénie de Trousseau.	20 à 30000 globules blancs à la fin de la maladie. Pas de leucocytose au début et même pendant un assez long temps.

Lésions viscérales. — Toujours, dans la diathèse lymphogène, la rate, la moelle des os et les ganglions lymphatiques portent des lésions.

Rate. — La rate est atteinte 6 fois sur 7. Ce qui frappe d'abord, c'est l'augmentation du volume : elle est constante avec des degrés.

A l'autopsie, on la voit occuper tout le flanc gauche, s'étendre depuis la sixième côte jusqu'à la crête iliaque ; sa forme est conservée, parfois cependant elle offre des incisures qui sont ou bien l'exagération de la disposition anatomique normale, ou bien le résultat d'une disposition anatomique nouvelle.

La rate pèse 3, 4, 5,7 kilos (cas de Mosler) : c'est dire que son poids devient douze ou quinze fois plus considérable que le poids normal.

Elle peut atteindre 40 à 45 centimètres de longueur, 18 à 20 de largeur, 8 à 10 d'épaisseur.

La surface de l'organe est d'aspect lisse, égal, de couleur rouge violâtre, luisante ou gris ardoisé.

A la longue, le tissu splénique est résistant, ferme, comme carnifié. On peut voir les trabécules plus épais, sous forme de travées, fibro-celluleuses, de coloration blanchâtre.

Les corpuscules de Malpighi sont plus ou moins apparents.

Dans le cas de J. Cavalié la rate « renferme une infinité de tumeurs molles et blanches, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois, tantôt disséminées dans un parenchyme rouge clair, tantôt conglomérées en amas du volume d'une noisette ou d'une noix ».

Ces conglomérations sont des tumeurs lymphadéniques ; leur fréquence est fréquemment notée dans les autopsies.

« La rate, dit Buscarlet (*Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1870), est bosselée ; elle est parsemée de noyaux volumineux, ressemblant, à s'y méprendre, à des noyaux de cancer ordinaire, mais en différant en ce que chacun des noyaux est dur et ne donne pas de suc au raclage. »

Dans le cas de Féréol (*Gaz. des hôp.*, 1867), « le parenchyme de la rate était très altéré, d'une dureté générale très grande, avec des bosselures et des inégalités mamelonnées ; à la loupe, on voyait, au milieu d'un tissu rouge très ferme et rappelant la consistance du foie, une foule considérable de dépôts d'un blanc jaunâtre, ayant tout à fait l'aspect et la consistance des ganglions cervicaux : les noyaux variant de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un gros pois ou même un peu plus. »

Ollivier et Ranvier (*Arch. de Physiol.*, 1869) ont vu, sur la coupe de la rate, des productions d'un blanc jaunâtre, du volume d'une lentille ou d'un pois, et dont quelques-unes atteignent les dimensions d'un œuf de pigeon. Elles semblent être produites par l'hypertrophie ou la fusion des glomérules de Malpighi (th. de J. Cavalié, p. 45).

Examen microscopique. — *a.* A un faible grossissement.

Les coupes sont occupées par des tumeurs lymphadéniques, de dimensions très variables, et des tractus fibreux.

Les tumeurs sont bien distinctes du parenchyme environnant et prennent naissance, soit aux dépens des corpuscules de Malpighi, soit dans les cordons pulpaires.

Les cordons fibreux qui s'insèrent à la capsule et contiennent de gros vaisseaux artériels sont notablement élargis et, sur quelques points, forment des îlots de bandes scléreuses qui sillonnent le parenchyme.

Entre ces tumeurs lymphadéniques et les tractus fibreux, le parenchyme est tantôt le siège d'une certaine hypérémie, avec élargissement considérable des sinus, tantôt il est le siège d'un élargissement fibreux des cordons pulpaires, avec amoindrissement des sinus.

b. Examen à un fort grossissement.

Les tumeurs ganglionnaires se composent d'un reticulum fibreux à trabécules assez épaisses et circonscrivant de larges alvéoles.

Alvéoles. — De grandes cellules endothéliales, riches en chromatine, tapissent ces alvéoles.

Toutes les grandes cellules sont libres dans l'alvéole et présentent le type des cellules géantes de la rate normale chez les animaux jeunes.

Les lymphocytes sont en nombre considérable, disséminés dans l'intérieur et sur les parois de l'alvéole.

Travées. — Les travées semblent subir une transformation scléreuse progressive.

Le parenchyme offre des territoires hypérémiés, d'autres sclérosés : les parois des sinus sont revêtues d'une rangée de petites cellules du type lymphocyte, provenant évidemment de la prolifération des endothéliums vasculaires normaux, car ceux-ci ont complètement disparu.

Toutes les parties constitutives de la rate tendent à la sclérose. D'une part, en effet, les cordons fibreux, formant la charpente de la glande, sont épais et divisent la coupe en lobules, comme cela a lieu dans la cirrhose annulaire du foie, et sur quelques points, ces cordons fibreux sont le point de départ d'une sclérose envahissante, qui pénètre comme des flèches, soit dans le parenchyme, soit dans les tumeurs lymphadéniques. En deuxième lieu, les tumeurs lymphadéniques présentent une tendance à la sclérose appartenant en propre à leur tissu.

La sclérose, enfin, peut aussi se développer en larges traînées dans le parenchyme ménagé entre les tumeurs.

Dès que la sclérose est assez avancée pour amener un ralentissement dans la circulation sanguine, il se peut produire l'accumulation de pigments ferrugineux de couleur ocre dans le tissu (cas de J. Cavalié).

Ganglions lymphatiques. — Ils sont augmentés de volume, gros comme le poing, comme des œufs de pigeon ou plus petits. Ils siègent dans la région du cou, dans les médias-

tins, aux aînes, dans la région lombaire. Ils sont disséminés en séries, plus ou moins riches, ou conglomérés, renversés les uns sur les autres, se déplaçant mécaniquement, déprimant, obstruant, déformant tout ce qui les entoure ou les avoisine.

Sur la coupe, on peut distinguer une capsule épaissie donnant insertion à de larges cloisons fibreuses, lesquelles circonscrivent des îlots parenchymateux rosés et semi-transparents, de volume variable.

C'est, dans ces cas, une sclérose manifeste (épaississement de la capsule, présence de larges cloisons fibreuses parcourant le parenchyme).

Cette sclérose, apparente à l'œil nu, a été notée par la plupart des auteurs (J. Cavalié).

Pour nous rendre un compte exact des altérations ganglionnaires, de la tendance générale de leur processus morbide, il nous faut suivre cette altération, étudier ce processus rapidement, depuis son début jusqu'à son stade ultime. Suivons pas à pas la description de Cavalié.

Au premier stade des altérations ganglionnaires, voici ce qu'on constate.

La structure générale des ganglions est conservée, les follicules et les cordons médullaires sont agrandis et enveloppés de sinus lymphatiques plus larges qu'à l'état normal.

Capsule fibreuse. — La capsule fibreuse est épaissie ainsi que les cloisons qui s'y insèrent et qui sillonnent la masse ganglionnaire. La sclérose procède toujours des cloisons fibreuses de la charpente. Le reticulum conjonctif est d'autant plus épais que l'on se rapproche davantage de la cloison.

Parenchyme. — Le parenchyme présente un reticulum à trabécules plus épaisses qu'à l'état normal, manifestement fibreux, renfermant dans son épaisseur quelques cellules fixes à noyau allongé et grêle, et tapissé de grosses cellules endothéliales, à noyau ovoïde, vésiculeux, présentant une enveloppe colorée et plusieurs amas nucléiformes de chromatine, de grandeur inégale. Ces cellules endothéliales sont souvent à l'état d'hypertrophie... leur noyau est aussi très hypertrophié et présente les caractères de la division suivant divers modes. La segmentation peut être directe; d'autres fois karyokinétique (cellules le plus fortement hypertrophiées). Cette karyokinèse donne naissance à des cellules géantes contenant 3, 4, 6 noyaux de forme irrégulière, conglomérés entre eux, volumineux et fortement colorés.

Dans les mailles agrandies du vesiculum, on rencontre des cellules de type endothélial, à gros noyau ovoïde et à protoplasma abondant, mais détachées de la paroi et devenues sphériques et libres; on rencontre des cellules géantes, des lymphocytes, des leucocytes polynucléés.

Tout ce parenchyme est riche en vaisseaux sanguins de calibre très variable et remplis de globules sanguins. Ces vaisseaux, quel que soit leur calibre, ont une paroi composée d'un endothélium à gros noyau proéminent dans la lumière et souvent en division par segmentation directe et d'une tunique adventice, contenant également deux ou trois traînées concentriques de grosses cellules.

Sinus. — Les sinus sont élargis, renferment des cellules à gros noyau ovoïde et à protoplasma granuleux. Ce sont des cellules endothéliales de la paroi lymphatique, hypertrophiées et souvent en prolifération.

Portion envahie par la sclérose. — Elle a pour *primum movens* les cloisons fibreuses de la charpente. Dans ces portions, le reticulum conjonctif est d'autant plus épais que l'on se rapproche davantage de la cloison. En même temps, les mailles deviennent plus étroites, les lymphocytes disparaissent, les cellules endothéliales s'aplatissent et paraissent devenir elles-mêmes fibro-plastiques.

Tout le processus, jusqu'ici, est hypertrophique et néoformatif. Déjà cependant se fait jour une autre tendance, celle de l'évolution vers la sclérose.

Elle se traduit par l'épaississement de la capsule connective et de la plupart des cloisons qui en émanent, par l'effort que fait la néoformation fibreuse partie des cloisons pour pénétrer dans les cordons ou les follicules voisins, enfin dans l'intimité même du parenchyme, par l'hypertrophie des trabécules du réticulum, d'autant plus marquée que l'on se rapproche davantage de la cloison, et la transformation des cellules endothéliales en cellules fibro-plastiques.

En résumé, le processus morbide ganglionnaire est hypertrophique et néoformateur dans son premier stade et tend déjà à la sclérose qu'il réalise pleinement à la période ultime.

Moelle osseuse. — Ce qui prédomine, c'est l'altération formative. On sait que la moelle est construite sur le même plan qu'un ganglion, avec cette différence qu'elle se compose uniquement d'un reticulum tapissé de cellules endothéliales et circonscrivant des mailles où sont enfermés divers éléments cellulaires.

Les éléments qui traduisent la tendance proliférative sont :

1° Des cellules adipeuses;
2° Des cellules du type médulocelle;
3° Des cellules du type lymphocyte;
4° Des cellules géantes;
5° Des globules rouges nucléés.

Nous terminerons cet exposé anatomo-pathologique par quelques considérations de physiologie pathologique.

VI

Physiologie pathologique. — 1° Au point de vue nosologique, l'anatomie pathologique est favorable à la doctrine uniciste : dès le début, le caractéristique anatomique de la diathèse lymphogène est à la fois l'hyperplasie cellulaire et la prolifération conjonctive, attestant ainsi l'unité du processus.

Elle montre que la leucémie peut se transformer en pseudo-leucémie, grâce à l'oblitération des voies lymphatiques par la sclérose, c'est-à-dire grâce à la marche du processus lymphadénique lui-même. Elle confirme l'hypothèse de Jaccoud : « Il est possible que les vaisseaux efférents soient imperméables par compression, disait-il, et que les globules blancs n'arrivent pas dans le sang, parce que la route leur est fermée. » En effet, *si les leucocytes ont perdu la faculté d'émigration*, c'est qu'ils sont emprisonnés par la sclérose dans les organes originels (Cavalié).

2° Au point de vue pathogénique, elle n'a pu fixer encore les rapports des altérations du sang avec celles des organes hématopoiétiques, pas plus que la corrélation des lésions viscérales avec la nature des éléments cellulaires contenus dans le sang.

α. Sur le premier point, Dieulafoy, Ehrlich, Renaut subordonnent l'hypergenèse des leucocytes aux lésions viscérales et ganglionnaires. Cavalié admet les lésions primitives des organes hématopoiétiques : non seulement son maître Kiener et lui ont vu les organes hématopoiétiques

donner naissance à des leucocytes, mais encore ils n'ont jamais aperçu dans le sang aucune des transformations des leucocytes dont parle Ehrlich, nulle trace de cette hypergenèse directe des leucocytes dont Renaut fait l'unique mode de production de la leucocythémie.

β. Sur le second point, à savoir chaque tissu hématopoiétique malade fournit-il au sang un ordre déterminé d'éléments cellulaires? Le problème reste entier. Il semble acquis toutefois que le lymphocyte peut naître indifféremment dans les ganglions, la rate, la moelle osseuse; il provient alors des cellules endothéliales du parenchyme.

Il naît aussi de l'endothélium vasculaire du foie, qui se trouve ainsi restitué à sa fonction hématopoiétique embryonnaire.

VII

Diagnostic. — Chez un malade présentant le syndrome caractéristique de la lymphadénie, quelle que soit la variété clinique réalisée, à savoir : *asthénie*, *splénomégalie*, *leucocythémie*, *adénopathies*, le diagnostic sera aisé, au moins le diagnostic nosologique. Quand il faudra rattacher ce syndrome à une cause, et établir sa nature pathogénique, la tâche deviendra plus ardue. En effet, nombreuses sont les maladies qui peuvent le présenter et qu'il faut différencier de la lymphadénie. Ce sont : la tuberculose, la syphilis, le cancer, les anémies, plus particulièrement l'anémie pernicieuse, le paludisme; de plus, certains symptômes, tel la leucocytose, sont rencontrés après de grosses hémorragies, des infections. Sur quels éléments le clinicien fondera-t-il son diagnostic?

1° L'examen du sang, son étude à l'aide des réactifs permettra de résoudre d'importantes questions et, dans tous les cas, il s'impose.

Si, d'une part, le microscope décèle plus de 80000 leucocytes par millimètre cube, c'est bien qu'il y a leucocythémie; si, d'autre part, les éléments constitutifs du sang donnent les réactions histo-chimiques que nous avons longuement énumérées plus haut, c'est qu'elle est fonction de la diathèse lymphogène et non pas des hémorragies, non pas d'une infection, non d'un cancer. La leucocytose simple qui s'observe fréquemment chez l'enfant dans diverses maladies s'accompagnant de tuméfactions ganglionnaires (scrofule, prurigo, syphilis, catarrhe gastro-intestinal chronique) et qui se rencontre au cours des processus normaux de la digestion, se distingue de celle de la leucémie en ce qu'elle n'est ni si permanente, ni si progressive que dans cette dernière (Audéoud).

2° Mais l'examen du sang ne donne pas de résultats et l'on est en présence d'adénopathies colossales et généralisées. Le cancer, la syphilis, la tuberculose, une infection microbienne généralisée et suraiguë peuvent les réaliser sous la même forme que la lymphadénie. Oui, sans doute, mais le cancer est rarement primitif dans les ganglions. Il est toujours secondaire, indique une localisation d'un processus siégeant au niveau d'un viscère ou d'un organe quelconque, une propagation des éléments néoplasiques.

Mais la syphilis se localise en des ganglions préférés et ne réalise jamais la généralisation colossale de la lymphadénie. Puis les antécédents des malades, la recherche de cicatrices suspectes, l'aveu d'un chancre antérieurement contracté, seront des éléments précis de distinction.

La tuberculose localisée aux ganglions est monnaie courante. L'aspect du tuberculeux n'est pas celui de l'adénique. L'aspect des masses ganglionnaires n'est pas celui qu'on rencontre dans l'adénie. Le ganglion tuberculeux se caséifie et devient fluctuant et purulent : il renferme le bacille de Koch. Le ganglion adénique est dur, résistant, ne fluctue pas, ne devient pas purulent s'il n'est pas traumatisé, souillé, infecté, ensemencé par un microbe exogène : il renferme le microbe importé de l'extérieur.

3° Une infection microbienne généralisée peut retentir sur l'organisme, sur le sang et le système ganglionnaire et simuler le type clinique aigu et suraigu. Ce sera la *fièvre ganglionnaire*.

Dans la fièvre ganglionnaire nous avons une adénopathie aiguë limitée qui, après avoir atteint rapidement son acmé, décroit avec une certaine lenteur, mais finit par se résoudre complètement dans un temps relativement court (quelques semaines).

4° Le rachitisme, le paludisme, la syphilis peuvent, soit chez l'adulte, soit chez l'homme, être confondus avec la diathèse lymphogène, non seulement parce que ces maladies retentissent sur le sang, mais qu'elles donnent très fréquemment la spléno-mégalie.

Devons-nous faire le diagnostic de la lymphadénie d'avec l'anémie simple et l'anémie pernicieuse?

D'aucuns l'ont tenté, se fondant sur l'examen du sang, l'état général, les lésions des divers organes. C'est un diagnostic purement illusoire en vérité.

D'abord ces formes ne sont peut-être que des termes avant-coureurs de la lymphadénie, ensuite leur pathogénie est si obscure, la nature des affections qui les engendrent si disparate qu'on ne peut poser qu'un diagnostic de formes, partant incomplet, insuffisant.

VIII

Traitement. — La nature de la diathèse lymphogène nous est encore inconnue. Il ne peut donc être question d'une thérapeutique rationnelle, pathogénique.

A défaut de base scientifique, l'empirisme aurait peut-être pu nous faire découvrir une médication spécifique, comme elle l'a fait pour la syphilis et le paludisme : cette médication n'est pas trouvée.

Pour la rédaction de ce chapitre, nous avons largement mis à contribution l'excellent article de Lemoine (de Lille), du *Traité de thérapeutique* d'Albert Robin.

Indications. — En présence d'un lymphadénique il y a lieu de considérer :

1° L'état général du malade, le plus souvent anémié et asthénisé. On devra s'employer à remonter l'état physique par des toniques;

2° L'état du sang, que l'on cherchera à modifier, en facilitant l'hématose respiratoire et les échanges cutanés;

3° Les tumeurs ganglionnaires que l'on pourra traiter, s'il y a lieu, par les injections interstitielles de la liqueur arsénicale;

4° Les médications particulières à chaque cas isolé.

I. *Indications fournies par l'état général et les tumeurs ganglionnaires.* — a. *Traitement hygiénique.* — Maintenir en excellent état les fonctions digestives : donner assez souvent des laxatifs et même des purgatifs. Alimentation de choix, exercice modéré, vie au grand air, éviter les fatigues physiques et intellectuelles.

b. *Traitement médical.* — Il comprend :

1° La médication iodurée ;
2° La médication mercurielle ;
3° La médication phosphorée ;
4° La médication arsénicale.

1° *Médication iodurée.* — Les iodures sont des résolutifs. A ce titre, il est logique de les employer pour faire résoudre les lymphadénies.

Bennett, Wunderlich expérimentent l'iodure de fer, Grisolle, Vigié, Potain l'iodure de potassium.

Ces auteurs ont constaté sous l'influence des iodures, surtout de l'iodure de potassium, une diminution notable de l'engorgement ganglionnaire. Cette diminution est malheureusement obtenue au prix d'une aggravation de l'état général. Le malade, en effet, maigrit, se cachectise plus vite et voit souvent apparaître des épistaxis ou des accidents cérébraux. Le professeur Lemoine cite un cas personnel, dans lequel il dut cesser la médication iodurée, médication qu'il rejette absolument.

2° *Médication mercurielle ou de Zittmann.* — Elle eut son heure de célébrité, fut préconisée par Niemeyer, à qui elle réussit, mais échoua entre les mains de Vidal.

3° *Médication phosphorée.* — En 1876, Broadbent, Wilson Fox, à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, rapportèrent des cas de guérison par la médication phosphorée. De même, Moxon et Genner, Verneuil en France obtinrent une atténuation du volume des ganglions. « Malheureusement de nombreux insuccès eurent lieu et cette méthode est aujourd'hui complètement mise de côté, tant pour son peu de fidélité que pour les dangers auxquels elle expose les malades. »

4° *Médication arsénicale.* — A l'heure actuelle il semble bien démontré, que, de tous les traitements qui ont été successivement préconisés contre les diverses manifestations de la lymphadénie, celui par l'arsénic doit être choisi de préférence aux autres. On peut employer l'arsénic à l'intérieur, en injections intraganglionnaires.

a. *A l'intérieur :*

Liqueur de Fowler. . . .	} *ââ*	5 grammes.
Teinture de malate de fer.		

Commencer par X gouttes, augmenter graduellement (Billroth).

Liqueur arsénicale de Fowler. .	5 grammes.
Teinture de rhubarbe	2 —

(*Formule allemande.*)

Liqueur arsénicale de Fowler.	X gouttes.
Laudanum de Sydenham . .	X —
Julep gommeux	100 grammes.

F. S. A. Potion (LEMOINE).

b. *Injections interstitielles dans les ganglions hypertrophiés :*

Cette médication rappelle les noms de Luton, Billroth, Czerny, Israël, Esmarch, Küster, Terrillon, Reclus, Barth, Drew.

On se servira d'une solution faite avec moitié liqueur de Fowler et moitié eau, dont on injectera tous les deux jours une dose variable suivant l'état du malade. On commencera par II gouttes et l'on augmentera peu à peu, en se tenant sur la limite des phénomènes d'intoxication.

On peut commencer par V gouttes et augmenter plus ou moins vite, jusqu'à L gouttes et au delà par jour.

Ces injections interstitielles ont des suites variables : ou bien on constate une atténuation dans le volume des tumeurs, ou bien celui-ci ne régressant pas, l'état général s'altère, le malade se cachectise et aux troubles causés par la diathèse lymphogène s'ajoutent ceux de l'empoisonnement par l'arsenic, ou bien encore des exanthèmes se montrent, nodosiformes, brillants, d'un rouge cuivreux, siégeant aux extrémités du côté des extenseurs (Karewski), des démangeaisons, des pustules, de l'ecthyma.

Médication tonique. — Elle se réalise par l'emploi des ferrugineux et du sulfate de quinine.

1° Les ferrugineux furent préconisés par Trousseau, Isambert et Vidal. Le perchlorure de fer est indiqué dans les formes hémorragiques et doit être prescrit à l'intérieur à la dose de XV à XXX gouttes par jour.

2° Le sulfate de quinine, recommandé par Mosler et Vidal, a donné quelques bons résultats. Lemoine le dit infidèle.

II. *Indications fournies par l'état du sang.* — Nous savons combien variées et profondes sont les lésions du sang chez les lymphadéniques. Le sang pauvre en globules rouges s'oxygène insuffisamment et, par suite, les échanges nutritifs de toute l'économie en souffrent. Il y a donc lieu de chercher à activer la circulation du sang et à faciliter son contact avec l'oxygène.

Dans ce but, on peut se servir des inhalations d'oxygène qui seront répétées chaque jour, aussi fréquemment qu'il sera possible au malade.

Le premier effet de cette médication est de diminuer la dyspnée, parfois si pénible, qui peut se manifester, même pendant le repas, chez les sujets dont la leucémie est très développée (Lemoine).

La transfusion du sang a donné des résultats variables entre les mains de divers auteurs.

Les fonctions de la peau doivent être surveillées de très près; car on sait de quelle importance elles sont, quand il s'agit de faciliter la respiration cutanée. *Douche* très courte, froide ou tiède, selon les cas, suivie d'une forte *friction*, ou même d'un peu de *massage*. Douches locales froides sur l'hypocondre gauche (Mosler).

III. *Thérapie chirurgicale.* — Elle vise les ganglions et la rate.

Les ganglions, tout à fait au début de la maladie, pourront être extirpés. La rate a été enlevée.

Dans l'un et l'autre cas, les succès sont l'exception et la chirurgie ne paraît pas devoir intervenir fructueusement.

IV. *Indications tirées de chaque cas particulier.* — D'après les formes cliniques, les complications, localisées plus particulièrement sur tel ou tel appareil ou tel ou tel organe, on fera varier la thérapeutique qui s'adressera aux symptômes ou au signe, suivant sa gravité et son importance.

Je dois enfin dire un mot du traitement hydrominéral et de l'organo-thérapie.

1° On a conseillé, contre la diathèse lymphogène, les eaux chlorurées arsénicales de la Bourboule, les eaux iodurées et bromurées de Saxon, de Kreuznach, Salins, La Mouillère-Besançon, Salies-de-Béarn, Biarritz. On pourra choisir suivant les accidents présentés par le malade des eaux arsénicales, bromo-iodurées, ferrugineuses.

2° On a employé la moelle osseuse prise à l'intérieur et le suc splénique (rate broyée et réduite en extrait glycériné).

Fraser, Drummond (en Angleterre), Combe (à Lausanne), Bigger, de Feodosia, Whait citent des cas d'amélioration forte et rapide obtenus par la moelle osseuse prise à l'intérieur.

On prend une moelle osseuse fraîche de veau. On la triture simplement à froid, une cuillerée à soupe pour trois cuillerées d'eau, le tout est filtré et mélangé au lait des vingt-quatre heures.

La rate peut être employée sous forme de poudre de rate desséchée (de Céreville, Lausanne), ou sous forme d'extrait aqueux de rate évaporé, à consistance sirupeuse et additionné de chlorure de sodium. On en donne 1 à 5 grammes dans le bouillon (Cohnstein, à Berlin).

L'avenir seul nous fixera sur la valeur de ces médications nées des découvertes de Brown-Séquard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 décembre 1897. — Présidence de M. Delens.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

M. Lejars fait observer que, parmi les cas qui ont été présentés dans cette discussion, il en est qui ne rentrent pas dans le cadre des abcès sous-phréniques gazeux, les seuls que l'on doive avoir en vue. La présence des gaz dans ces abcès est, en effet, de la plus haute importance puisqu'elle indique une perforation du tube digestif. C'est là précisément ce qui constitue la gravité de ces abcès gazeux.

M. Lejars rapporte l'observation d'une femme de trente-deux ans qui avait un passé gastrique, et qui fut prise de phénomènes plus aigus que ceux qu'elle présentait habituellement et qui rappelaient ceux de l'obstruction intestinale. Elle avait du météorisme, de la douleur, des vomissements. M. Lejars fit la laparotomie médiane; il se produisit une véritable explosion gazeuse et du pus jaunâtre, fétide, s'écoula au dehors. Il y avait une grande cavité dans l'hypocondre droit. On lava et on draina. Quelques jours après cette femme succomba à la septicémie. A l'autopsie, on trouva que cette vaste poche aboutissait à une perforation communiquant avec la face antérieure de l'estomac. Puis on trouva une seconde poche, qui avait passé inaperçue au cours de l'opération, et qui communiquait avec une perforation de la face postérieure de l'estomac. Il y avait donc deux perforations stomacales, ayant donné lieu chacune à un abcès gazeux.

M. Monod communique deux observations analogues à celle que vient de rapporter M. Lejars et qui sont de vrais types d'abcès sous-phréniques. Dans le premier, il s'agissait d'une femme de vingt-sept ans qui souffrait de l'estomac depuis deux ans. Le 29 novembre 1894, elle entre à l'hôpital, dans le service de M. Monod, avec le diagnostic d'infection d'origine utérine. Or, l'utérus n'était pour rien dans les accidents qu'elle présentait. Au niveau du creux épigastrique, on sentait une saillie avec météorisme. En arrière, du côté gauche, existaient des signes de pleurésie et de pneumothorax. M. Monod eut quelques hésitations sur la voie à choisir. Il se décida à faire une large incision en arrière, qui le conduisit sous le diaphragme et lui fit voir qu'il s'agissait d'un abcès sous-phrénique. Il fit un lavage et un drainage. La malade a bien guéri.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'un vieil alcoolique qui souffrait de crises gastriques depuis l'âge de treize ans. On reconnut chez lui tous les signes d'une collection sous-phrénique. M. Monod fit une résection costale et pénétra dans une cavité gazeuse qu'il prit d'abord pour le poumon. Il ne sortit d'abord que des gaz et du liquide, mais pas de pus. Pénétrant plus avant, il arriva sur une partie dure qu'il ponctionna et d'où il sortit du pus. Il s'agissait, dans ce cas, d'une perforation du poumon à la suite d'un abcès sous-phrénique. Le malade succomba le soir même.

M. Monod fait suivre ces deux observations de quelques remarques générales sur les abcès sous-phréniques. Il insiste d'abord sur les différentes désignations par lesquelles on a proposé d'appeler ces abcès; M. Monod propose le nom de pyo-thorax sous-phréniques. Il résulte de l'étude des faits publiés que, dans la grande majorité des cas, ce sont des perforations de l'estomac qui sont le point de départ de ces abcès. Cependant, on observe encore une certaine multiplicité d'origine; l'appendicite, comme dans le cas de M. Jalaguier, peut aussi être la cause de la formation d'un de ces abcès.

M. Monod étudie ensuite par quelle voie il semble préférable d'aborder ces abcès : vaut-il mieux choisir la voie thoracique? vaut-il mieux recourir à la voie abdominale? Quand les phénomènes pulmonaires prédominent, il vaut mieux évidemment recourir à la voie thoracique.

Si l'on consulte les statistiques au point de vue de la mortalité après ou sans intervention, on voit qu'on obtient 47 p. 100 de guérisons après l'intervention, tandis qu'on n'en compte que 12 p. 100 sans intervention.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

M. Ricard. Dans la discussion qui s'est engagée sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes, deux côtés me semblent devoir être envisagés : l'un ayant trait aux méthodes opératoires elles-mêmes, l'autre aux détails de leur technique.

Je serais mal venu à prendre à nouveau la défense de l'hystérectomie abdominale totale, puisque je l'ai déjà fait il y a deux ans à l'occasion d'une première communication de M. Richelot sur un procédé qu'il avait trop hâtivement baptisé *définitif*. A cette époque, quelques rares collègues, MM. Schwartz, Routier, Tuffier, Quénu et moi avions été, devant cette société, les seuls défenseurs de l'hystérectomie franchement abdominale. L'année suivante, au Congrès annuel de chirurgie, le nouveau procédé était préconisé par MM. Terrier, Poirier, Pozzi, Delbet, et depuis il a été progressivement adopté par un grand nombre de nos collègues, ainsi qu'en témoigne la dernière session du Congrès qui vient de finir. J'étais donc dans le vrai, lorsque je disais : « Cette opération, qui a conquis dès aujourd'hui son droit de cité, est, pour les fibromes, l'opération que l'avenir rendra classique. » Aujourd'hui nous enregistrons la tardive mais précieuse conversion de M. Richelot, qui a définitivement abandonné son procédé définitif.

Ce qui ressort donc nettement de la discussion en cours, c'est que l'hystérectomie abdominale totale est devenue le procédé de choix dans la cure chirurgicale des fibromes et que tous les procédés à pédicule rentré ou à pédicule sorti ne sont plus que des procédés d'exception ou de nécessité imposés par des circonstances anormales et imprévues.

Le deuxième point qui se dégage de la communication de notre collègue porte sur des détails de technique.

J'ai déjà une assez grande expérience de l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes; le procédé que je continue à employer et que j'ai décrit tout au long au Congrès de chirurgie de 1896, est loin de m'être personnel; il est, comme je l'ai dit, « fait d'emprunts aux uns et autres » et il appartient à cette grande catégorie de procédés utilisant l'hémostase préalable avant l'extirpation même de l'utérus.

C'est qu'à vrai dire il n'y a que deux procédés d'hystérectomie abdominale totale : l'un sans hémostase préalable; l'autre avec hémostase comme premier temps opératoire.

Dans le premier de ces procédés, le chirurgien va droit à

l'utérus sans s'inquiéter des artères, et le ventre ouvert, le vagin incisé, l'utérus est saisi, attiré, décollé de son péritoine, comme un animal qu'on dépouille de sa peau. L'hémostase se fait ensuite.

Ce procédé appartient en propre au docteur Doyen. Il est rapide. brillant, mais s'adresse surtout fibromes simples, mobiles, sans enclavement, sans complication, à ceux, en un mot, qu'on aime à enlever en public.

L'autre catégorie comprend tous les procédés où le chirurgien a recours préalablement à l'hémostase avant de procéder à l'extirpation de l'utérus. Qu'on attaque l'utérine en avant, comme M. Richelot le propose ; en arrière, comme le veulent quelques chirurgiens; sur les côtés, d'après la méthode américaine; peu importe. Ce ne sont là que des sous-procédés sans importance aucune ; chaque chirurgien arrivant à avoir sa technique un peu particulière dès qu'il a pratiqué, un certain nombre de fois, une même opération. Aussi j'attache peu d'intérêt aux détails que nous a communiqués notre collègue, je les accepte comme excellents; mais il ne constituent qu'une des mille manières de faire particulières à chacun de nous.

Je note seulement, avec satisfaction, que notre collègue, M. Richelot, est aujourd'hui plus familiarisé avec l'artère utérine qu'il ne l'était il y a deux ans. A cette époque, il n'était pas très persuadé que je connusse l'artère utérine et se demandait si j'avais bien eu affaire à elle dans mes hystérectomies. « Bien qu'il ne *soit pas facile* de prendre l'utérine, disait M. Richelot (page 460 de nos *Bulletins*, année 1895), M. Ricard ne craint pas trop cette artère qu'il a vue saigner avec modestie et qui lui a laissé le temps d'agir pour le mieux. Je pense qu'il a eu affaire à une branche de l'utérine plutôt qu'à l'artère elle-même et je l'engage à ne pas trop s'y fier. »

Je n'ai pas oublié ces bienveillants conseils d'un ancien à un nouveau-venu dans la Société : je dois avouer cependant qu'ils m'avaient laissé quelque peu perplexe, me demandant comment j'avais pu enlever l'utérus sans couper l'utérine. Aujourd'hui, notre collègue voit plus facilement cette artère. « Le doigt, dit-il, en décollant le péritoine, met à nu le tissu paramétritique au milieu duquel *on voit par transparence* l'artère utérine... Une première pince saisit le bord supérieur du ligament (large), la dernière saisit l'utérine. »

Notre collègue admet donc, et il est inutile de dire combien je suis de son avis, qu'on reconnaît, saisit et lie l'artère utérine avec une certaine facilité. L'explication de ses deux opinions si divergentes est facile à fournir. Les conseils que M. Richelot me prodiguait étaient des meilleurs, s'adressant à un chirurgien qui, attaquant l'utérus par la voie vaginale, a laissé échapper l'artère au fond d'un vagin, étroit, encombré et profond. Mais il n'en est pas de même — M. Richelot le reconnaît maintenant — quand, méthodiquement et de parti pris, on va droit à l'utérine dans une région visible et avec un champ opératoire largement ouvert comme celui que fournit la laparotomie.

Ceci dit, le procédé qu'est venu nous faire connaître notre collègue est excellent par lui-même, mais a besoin d'être à chaque instant modifié suivant les variétés de forme, de volume et de siège des fibromes. S'adressant aux fibromes schématiquement simples, il ne vaut pas mieux que les autres procédés d'hystérectomie avec hémostase préalable à la suite desquels il vient se classer, en son temps.

La dernière partie de la communication de notre collègue vise l'hystérectomie appliquée à la cure des annexites graves. L'expérience de chacun de nous est encore bien minime pour qu'une discussion approfondie puisse naître sur ce sujet. Nous en sommes encore réduits à échanger nos manières de voir à cet égard.

Je n'ai pratiqué qu'une seule fois l'hystérectomie pour un cas des plus complexes de suppuration pelvienne. Mon plan opératoire a été dominé par cette règle générale qui, hors les cas simples, doit guider tout hystérectomiste abdominal : faire d'abord l'hémostase, attaquer ensuite le vagin et l'utérus.

Or faire l'hémostase dans ces cas complexes et graves — les seuls suivant moi auxquels doit s'adresser l'hystérectomie abdominale — me semble d'une exécution bien différente du procédé réglé et séduisant que nous ont montré les dessins, trop schématiques, de notre collègue.

Ce temps préalable, qui consiste à assurer l'hémostase, est quelquefois, souvent même, le plus délicat et le plus long de l'opération : il faut dégager des adhérences, disséquer l'intestin, ponctionner, évacuer et même extirper des poches purulentes ou hématiques, morceler et enlever des fibromes enclavés, en un mot faire sa route plus ou moins péniblement vers l'artère utérine. C'est quelquefois à travers l'utérus lui-même qu'il faut tailler pour aller à l'artère et notre collègue, M. Picqué, doit se rappeler d'un cas complexe où j'ai dû suivre cette pratique pour mener à bien une opération difficile.

C'est un procédé analogue que notre distingué collègue, M. Faure, dans une publication récente, vient de décrire quand il recommande l'hémisection utérine, comme premier temps de l'hystérectomie abdominale pour annexite suppurée.

Si donc l'on réserve l'hystérectomie pour annexites aux cas graves, qu'on ne juge pas justiciables de l'hystérectomie vaginale, ou de la simple salpingectomie, je ne vois encore pour l'exécution de l'opération que des règles générales; les petits détails devant être à chaque instant modifiés suivant l'infinie variété des lésions. Et, jusqu'à plus ample imformé, ma conduite sera la suivante :

Le ventre ouvert, aller à l'utérine, *du côté le moins atteint*, par la voie la plus rapide et la plus sûre, quelle qu'elle soit. L'utérine liée, ouvrir le vagin, faire basculer l'utérus latéralement, prendre l'autre utérine par en dessous et ensuite décortiquer de bas en haut; l'utérus entrainant les lésions annexielles et rendant, comme M. Richelot l'a fort bien vu, la décortication beaucoup plus facile.

C'est dire que ce procédé américain doit nous servir de guide, quitte à nous en écarter plus ou moins suivant les cas particuliers. Il est incontestable, d'ailleurs, que la technique actuelle n'en est qu'à ses premiers essais, et qu'il appartient à l'avenir de la perfectionner.

M. PEYROT, depuis mars 1892, emploie un procédé qui se rapproche, par quelques côtés, de celui de M. Richelot. S'il passe en revue tous les cas d'hystérectomies totale ou partielle qu'il a pratiquées depuis cette époque, il voit que dans deux cas il a laissé un pédicule extra-péritonéal. Dans ces deux cas, il a eu une mort et une guérison. Il compte 11 cas avec pédicule perdu dans la cavité abdominale. Sur ces 11 cas, il y a eu 2 décès. Dans 2 cas, il a fait l'hystérectomie totale par les deux voies vaginale et abdominale. Parmi ces observations, il en est quelques-unes en effet dans lesquelles il a fait l'hystérectomie abdominale totale accidentellement.

Pour la première fois, en novembre 1895, il a fait, de propos délibéré, l'hystérectomie abdominale totale par un procédé qu'il a toujours employé depuis. Il y a 23 observations, dont 7 appartiennent à M. Guinard et 16 à lui-même. Voici comment procède M. Peyrot : il ouvre le ventre, attire le fibrome au dehors et s'attaque directement aux ligaments larges sur lesquels il pose une première ligature aussi près que possible de l'utérus, puis il traverse ensuite chaque ligament large par un fil double, à l'aide duquel il fait une seconde ligature. Il décolle ensuite la vessie, incise le vagin en s'aidant sur un manche d'écarteur introduit par la cavité vaginale, puis sectionne et pince à mesure les vaisseaux en avant et en arrière du col de l'utérus. Il ne recher-

che pas d'une façon spéciale l'utérine, il se contente de la lier en masse avec le ligament large. M. Peyrot fait connaître en détail ce procédé qui lui a donné le plus souvent de bons résultats.

COMMUNICATIONS

Ablation d'une tumeur du foie. — M. TERRIER communique une observation dans laquelle il s'agit d'un carcinome du foie qu'il a enlevé récemment. Il rappelle à ce sujet les expériences de laboratoire de M. Auvray. Après ces expériences, M. Terrier a cru pouvoir recourir à l'opération dans le cas suivant : il s'agissait d'une tumeur du foie ayant contracté des adhérences avec l'épiploon. Il détacha cet épiploon et le réséqua. Cela fait, il se trouva en présence d'une tumeur assez grosse, qui, une fois enlevée, pesait 270 grammes, et qui offrait le volume du poing d'un enfant. Pour enlever cette tumeur, il plaça un fil en chaîne, à l'aide duquel il fit une ligature qu'il serra très fortement, de façon à obtenir une pédiculisation de la tumeur, qu'il sectionna au thermocautère. Il y avait seulement un point qui saignait, sur lequel M. Terrier mit une pince. Il n'osa pas fermer le ventre, dans la crainte d'une hémorragie secondaire. Il n'y eut pas d'hémorragie et les suites de l'opération furent des plus simples. Le malade fut très amélioré. Dans un autre cas semblable, M. Terrier n'hésiterait plus à fermer le ventre, bien sûr maintenant de la valeur hémostatique de cette ligature en chaîne.

M. POIRIER, en 1892, s'est trouvé, avec son ami Chaput, en présence d'une tumeur du foie qu'il croyait siéger dans l'estomac. L'estomac ouvert, il ne trouva rien qu'un peu de constriction du pylore qu'il dilata. Il allait refermer le ventre, quand, faisant une dernière exploration, il sentit un corps dur sur le foie. Il y trouva, en effet, une tumeur qu'il enleva comme il put, en plaçant des fils en plusieurs sens, pour arrêter une hémorragie qui s'arrêtait difficilement. Ce malade guérit bien de son opération. Il mourut six mois après de cancer généralisé du foie.

PRÉSENTATIONS

Trépanation. — M. PEUGNIEZ (d'Amiens) présente un malade qui, à la suite d'un violent coup de bâton sur la tête, présenta des troubles cérébraux graves qui nécessitèrent son internement dans une maison d'aliénés. Il trépana ce malade et la guérison s'ensuivit.

Gastro-entérostomie. — M. TUFFIER présente une jeune femme à laquelle il a fait une laparotomie, croyant avoir affaire à une péritonite par perforation d'un ulcère de l'estomac. Il s'agissait simplement d'une péritonite par propagation. L'estomac était adhérent. M. Tuffier fit la gastro-entérostomie et la malade guérit de tous ses accidents.

Luxation du semi-lunaire. — M. BERGER présente un malade qui était atteint d'une luxation du semi-lunaire avec compression et paralysie du nerf cubital.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'hérédité normale et pathologique (1) [n° 4 de l' « Œuvre médico-chirurgicale »], par le docteur Ch. DEBIERRE, proferseur d'anatomie à l'Université de Lille.

L' « Œuvre médico-chirurgicale » publie le quatrième numéro de sa très intéressante collection. Cette monographie est consacrée à l'hérédité normale et pathologique. C'est une des questions les plus difficiles et qui a suscité, dans ces derniers temps surtout, un nombre considérable de travaux. Le fascicule que nous avons sous les yeux passe méthodiquement en revue, dans ses quarante pages, tous les facteurs de cet important problème biologique. Le travail est divisé en trois parties. La première traite de l'hérédité normale et sert de préface raisonnée à la seconde partie entièrement dédiée à l'hérédité pathologique. Toutes les maladies, dites héréditaires, y sont passées au crible. Le lecteur y trouvera des renseignements précis, des explications très claires et très nettes. Le dernier chapitre s'occupe de l'histo-physiologie de l'hérédité. Celle-ci est mise lumineusement en relief par le rôle des noyaux ovulaires. M. Debierre donne à cette partie ardue de son sujet la merveilleuse clarté qui est la caractéristique de son talent d'exposition.

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 8 décembre :

Anatomie. — MM. Chevalier, Nicaise et Ribierre, 12. — Sikora, 11. — Bellin, Legroux et Robert, 10. — Poirier de Clisson, 3. — Matsoukis, 2.

Pathologie. — MM. Poulain, 14. — Durand-Viel et Huguier, 13. — Jeannin, 12. — Levesque, 11. — Gasne, Goubeau, Mlle Parizelle et M. Roglet, 9. — Gottschalk, Millon et Traverse, 7.

— L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 14 décembre 1897, à trois heures, rue des Saints-Pères, 49, sous la présidence de M. Caventou.

Ordre des lectures : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1897, par M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel; — 2° Prix proposés pour 1898, 1899 et 1900; — 3° Éloge de M. Caventou (Joseph), par M. J. Bergeron, secrétaire perpétuel.

— Un de nos confrères, le docteur Duquesnel, avait été appelé, il y a huit ans, auprès d'une jeune femme âgée de vingt-huit ans, dont l'accouchement difficile avait exigé la craniotomie. La femme mourut le lendemain. Le mari, à la suite de l'affaire Laporte, eut l'étrange idée de réclamer au docteur Duquesnel une somme de 10 000 fr. de dommages-intérêts. Le docteur avait, disait-il, fait mourir sa femme et son enfant pour complaire à sa belle-mère. Il avait dû rembourser la dot de sa femme, et la mort de son enfant l'empêchait de recueillir la succession de sa belle-mère. Le tribunal d'Amiens a condamné l'ingénieux mari à quinze jours de prison.

— Le IXe Congrès international d'hygiène et de démographie se tiendra à Madrid du 10 au 17 avril 1898.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion en Algérie et en Tunisie*, organisée avec le concours de l'agence des « Voyages économiques ». — Départ de Paris le 18 janvier 1898; retour le 18 février. — Itinéraire : Paris, Marseille, Alger, Blidah, Bougie, Sétif, Constantine, Biskra, Batna, Timgad et Lambessa, Hammam-Meskoutine, Bône, Tunis, Sousse, Kairouan, Bizerte, Tunis, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, 1 080 fr.; 2e classe, 980 fr.

Ces prix comprennent les billets de chemins de fer; les transports en bateaux et en voitures, le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 10, rue Auber et rue du Faubourg-Montmartre, 17, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 12 décembre 1897.

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris vient de déposer son rapport au conseil de l'Université, pour l'année scolaire 1896-1897.

Le nombre des étudiants en médecine, élèves docteurs ou officiers de santé, est actuellement de 4837.

Élèves docteurs	ancien régime. .	4067
	nouveau régime.	491
Élèves officiers de santé.		279

En 1895-1896, il était de 4940.

La population scolaire a donc diminué de 103.

Il faut attribuer cette faible diminution dans le nombre des étudiants à la non-admission des étrangers dirigés cette année-là dans les Facultés des départements en raison de l'encombrement de la Faculté. Le nouveau régime d'études, mis en vigueur depuis trois ans, présenterait aussi, à l'entrée des Facultés de médecine, quelques difficultés inhérentes au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Le nombre des élèves nouveaux, entrés à la Faculté, s'est élevé pour les élèves médecins à 726, dont 2 pour l'officiat de santé.

Voici comment ces élèves nouveaux ont été répartis :

Régime de 1893 (nouveau).	332 français.
	22 étrangers.
Régime de 1878.	348 français.
	22 étrangers.

Il est curieux de savoir ce que les Facultés et Écoles de province ont fourni à la Faculté de Paris. Le relevé nous montre que 347 élèves ont commencé leurs études en province, c'est-à-dire juste la moitié des élèves nouveaux, c'est là un fait bon à noter. Il faut encourager les élèves à commencer leurs études en province, mais non pas seulement pendant la première année d'études, qui se passe en réalité à la Faculté des sciences, mais jusqu'après les études anatomiques, qui, comme nous le verrons ultérieurement, deviennent de plus en plus difficiles à la Faculté de Paris.

Les Facultés de province ont donné à la Faculté de Paris 153 élèves.

Bordeaux.	46
Toulouse	37
Lille (libre).	27
Lille (État).	16
Montpellier.	12
Lyon.	9
Nancy	6

Les Écoles de plein exercice ont donné 97 élèves :

Nantes	53
Rennes.	32
Marseille	9
Alger.	3

97 étudiants sont venus des écoles préparatoires :

Besançon	16
Rouen	15
Limoges	14
Angers.	11
Caen.	10
Reims	9
Dijon.	7
Clermont.	7
Poitiers	6
Tours	2
Amiens.	»

Par contre 81 élèves ont quitté la Faculté de Paris pour passer dans une Faculté de province.

Tels sont les chiffres officiels que nous pouvons donner dans ce premier article.

La dernière communication de M. Widal, à la Société médicale des hôpitaux, sur un cas de pleurésie putride sans gangrène du poumon ni de la plèvre, a amené une fort intéressante discussion dans laquelle ont été produites quelques observations analogues. Dans un cas, rapporté par M. Courtois-Suffit, il s'agit d'un malade de vingt-trois ans, entrant à l'hôpital avec les signes ordinaires d'une pleurésie aiguë droite avec épanchement moyen. Rien dans l'ensemble des symptômes observés ne pouvait un seul instant faire songer à l'existence d'un épanchement purulent.

Après une dizaine de jours, le liquide ayant une tendance

manifeste à augmenter et les signes généraux paraissant devenir plus graves, la thoracentèse fut pratiquée et donna issue à un liquide purulent d'une extrême fétidité.

Le surlendemain de la ponction, on vit se développer, du côté de l'épanchement, un vaste gonflement rougeâtre de la peau, commençant environ à 1 centimètre au-dessous du point d'entrée du trocart et produit par une infiltration de gaz et de pus dans le tissu cellulaire sous-cutané du thorax. L'opération de l'empyème fut pratiquée, la plèvre lavée avec une solution de permanganate de potasse. La mort survint quelques jours après.

A l'autopsie, on put s'assurer qu'il n'existait aucune trace de gangrène ni sur le poumon, ni sur la plèvre, et les recherches bactériologiques démontrèrent l'existence, à l'examen lamellaire, d'une très grande quantité de germes, en même temps que la stérilité absolue de tous les milieux de culture ensemencés directement avec le pus.

M. Achard rappelle, en quelques mots, une observation analogue, dans laquelle encore on vit se développer un abcès gazeux sur le thorax au niveau des ponctions.

On voit se constituer de la sorte un ensemble de signes tout à fait caractéristique, un syndrome morbide sur lequel il était bon d'attirer l'attention, d'autant que ces trois dernières observations semblent en quelque sorte calquées les unes sur les autres jusque dans leurs plus petits détails.

MM. Gilles de La Tourette et Gasne communiquent quelques observations d'incontinence d'urine et des matières fécales au cours de la paraplégie liée aux névrites alcooliques. Ces faits sont intéressants, car, jusqu'alors, la constatation de ces phénomènes chez les paraplégiques pouvait être considérée comme une des meilleures preuves de la localisation médullaire de la maladie.

Dans les trois cas que citent ces auteurs, les malades ont guéri et force fut bien de substituer le diagnostic de névrite périphérique à celui de myélite.

A l'appui de ce dire, MM. Babinski, Achard et Ballet apportent des preuves personnelles.

L'influence de la ménopause sur la fonction rénale est étudiée par M. Le Gendre dans un travail très documenté, d'où il ressort que la suspension des règles a quelquefois pour effet d'entraver l'excrétion urinaire, soit en provoquant une congestion rénale et par suite une diminution de la quantité des urines, soit en privant l'organisme d'une voie d'émonction et en créant, par rétention de poisons, un certain degré d'auto-intoxication.

Ces phénomènes semblent s'observer surtout chez les femmes qui présentent les stigmates ordinaires du neuro-arthritisme et l'on voit la congestion rénale s'accompagner d'un cortège d'accidents qui se caractérisent par : l'oligurie, une albuminurie passagère ou une hématurie de courte durée, des nausées, des douleurs lombaires, etc. Ces phénomènes pénibles sont avantageusement combattus par une médication diurétique (lait, théobromine) aidée par l'action des agents révulsifs appliqués soit sur la région lombaire, soit sur le col utérin.

M. Louis Guinon attire l'attention de la Société sur quelques cas de contagion hospitalière de la fièvre typhoïde, cas dont l'authenticité ne peut être niée, en dépit de l'opinion de certains auteurs qui affirment que ces cas intérieurs sont provoqués, comme ailleurs, par l'ingestion d'eau contaminée.

M. L. Galliard lit une courte note sur l'emphysème sous-cutané consécutif à la ponction du pneumothorax.

ÉTUDE COMPARÉE DES CIRRHOSES DU FOIE

Par E. Lancereaux,
Membre de l'Académie de médecine.

I

Tout corps étranger au foie détermine, au sein de son parenchyme, une réaction de défense en vertu de laquelle les éléments du tissu conjonctif se multiplient et tendent à former un tissu scléreux, en tout semblable à un tissu de cicatrice. Ainsi agissent les calculs biliaires, les parasites du foie : kystes hydatiques, actinomycose, etc., et même certains microbes, lorsqu'ils ne produisent pas de suppuration. Ces lésions, semblables à celles que déterminent partout ailleurs les corps étrangers de l'organisme, méritent le nom de sclérose ou cirrhose secondaire, sous lequel nous les avons décrites autrefois (1) ; car, intimement liées à la maladie qui leur a donné naissance, elles ne peuvent en être séparées. Il en est de même d'un autre type cirrhotique, résultant d'un obstacle à l'écoulement de la bile, et qui, selon le siège de cet obstacle, est tantôt circonscrit, tantôt généralisé : c'est la *cirrhose biliaire*, dont l'étude s'associe naturellement à celle des altérations des canaux hépatiques.

A côté de ces cirrhoses secondaires se placent des affections ayant même composition anatomique, et qui résultent de l'action sur le foie d'un agent, chimique ou animé, apporté par le sang ou par la lymphe, et que, par comparaison, nous appelons *cirrhoses primitives*. Si, comme nous l'avons fait autrefois (*Atlas d'anat. pathol.*, Paris, 1871, p. 62), nous soumettons ces dernières à une étude comparée, nous arrivons à des données générales du plus haut intérêt, tant au point de vue de la localisation de la lésion anatomique que de la spécificité d'action des causes. Le désordre anatomique, dans chacun de ces types, demeure limité au tissu conjonctif, et si les éléments glandulaires viennent à s'altérer, c'est secondairement, ou en vertu d'une condition pathogénique différente de celle qui a amené la lésion conjonctive ; en conséquence, il n'y a pas de cirrhose mixte. La localisation, variable suivant la nature et le mode d'action de l'agent pathogène, s'adresse ainsi, tantôt au système veineux, tantôt au système lymphatique, tantôt au système artériel, et les différences symptomatiques, provenant de ces variétés de siège, mettent le médecin à même de remonter à la source de l'affection hépatique.

Par leur passage à travers la veine porte et ses divisions, les boissons alcooliques, le vin en particulier, engendrent une cirrhose qualifiée à juste titre de cirrhose bi-veineuse, en raison de sa localisation spéciale aux extrémités terminales de ce vaisseau. L'agent du paludisme, ne subissant pas, comme une substance inanimée, l'impulsion du courant sanguin, choisit son milieu qui est la lymphe, aussi le voit-on localiser ses effets au système lymphatique abdominal, altérer la rate, les ganglions lymphatiques de l'abdomen, et le système lymphatique du foie. De même que l'agent paludique, le microbe, jusqu'ici inconnu de la

(1) E. Lancereaux. Des cirrhoses du foie ou hépatites prolifératives, *Rev. de méd.*, Paris 1882, t. II, p. 862-885.

syphilis, trouve son milieu d'existence dans le système de la lymphe, de préférence dans les gaines ou manchons lymphatiques des artères du foie, qui sont le siège spécial de sa localisation, remarquable par ses grandes traînées conjonctives. Effet d'un obstacle à l'écoulement de la bile, la cirrhose dite biliaire a pour point de départ les canaux hépatiques, en sorte que chacune de nos cirrhoses, en raison de la différence de sa cause, a un siège initial particulier, d'où une physionomie et une évolution spéciales.

Effectivement, le foie du buveur, altéré dans toute son étendue, parvient à se rétracter de façon à présenter à sa surface des saillies miliaires ou pisiformes, à peu près régulières, qui lui donnent un aspect plus ou moins fortement granulé, tandis que le foie paludique, ne pouvant revenir de la même façon sur lui-même, demeure lisse ou à peine déprimé, sur quelques points, et le foie syphilitique, en raison du retrait des bandes fibreuses développées sur le trajet des artères ou des cloisons qui émanent de la capsule de Glisson, donne naissance à des sillons profonds, séparés par de larges îlots de substance saine. Quant au foie de la cirrhose biliaire, il est infiltré de pigment biliaire, et non de pigment sanguin, comme le foie paludique; mais, de même que ce dernier, il se rétracte fort peu et conserve assez bien sa forme et son état lisse. En conséquence, un clinicien exercé saura, la plupart du temps, distinguer exactement chacun de ces types, même en l'absence des antécédents pathologiques du malade, à la condition de savoir tenir compte tout à la fois des caractères macroscopiques et histologiques du foie altéré. Il doit en être ainsi, sans quoi la médecine ne serait pas une science, attendu que dans toute science il faut savoir remonter de l'effet à la cause, et inversement. Par malheur, l'axiome si vrai et si fondamental de la spécificité des causes en pathologie est loin d'être accepté, malgré les preuves accumulées autrefois par nous pour le mettre en évidence (voir *Atlas d'anat. pathol.*, Paris, 1871).

A ces états macroscopiques correspondent, en effet, des différences histologiques et des différences symptomatiques d'un haut intérêt séméiologique. La cirrhose bi-veineuse, par exemple, ou cirrhose alcoolique est, pour ainsi dire, forcément suivie d'ascite, lorsque le tissu embryonnaire de nouvelle formation vient à se rétracter, tandis que la cirrhose artérielle ou cirrhose syphilitique, n'apportant aucun obstacle sérieux à la circulation veineuse, évolue sans produire ce symptôme, à moins d'une périhépatite membraneuse ou de gommes rétractées comprimant la veine porte. L'ascite, de même, est rare dans la cirrhose paludique, tandis que l'ictère y est presque constant. Ce dernier phénomène, exceptionnel dans la cirrhose d'origine artérielle ou syphilitique, est relativement rare dans la cirrhose bi-veineuse ou alcoolique, et se manifeste à peu près uniquement lorsque les cellules du foie viennent à s'altérer.

L'inappétence existe dans chacun de ces types, mais le dépérissement est très variable. La maigreur, toujours prompte au moment de la phase rétractile de la cirrhose du buveur, à cause de l'obstacle apporté au passage des substances alibiles jusque dans le sang artériel, n'est pas beaucoup moins rapide dans la cirrhose biliaire, mais elle est plus lente et moins intense dans les cirrhoses paludique et syphilitique. Nous passons sous silence l'examen des urines et des autres organes, à part la rate, dont l'augmentation de volume diffère, avec chacune de ces affections : extrêmement volumineuse dans le paludisme, elle l'est beaucoup moins dans la syphilis, encore moins dans l'œnolisme, et peu ou pas dans la rétention biliaire.

Toutes ces affections se font remarquer par une marche lente et chronique, et par une longue durée, mais elles n'offrent pas moins des différences sensibles. Tandis que les cirrhoses syphilitique et hépatique ont un début insidieux, et une durée de plusieurs années, les cirrhoses biliaire et œnolique peuvent à la rigueur évoluer en quelques mois; ces dernières tuent d'une façon presque constante, les premières beaucoup plus rarement. En dépit de toutes ces distinctions, il est à remarquer que les phénomènes terminaux ne diffèrent pas sensiblement dans chacune de ces affections, et que la mort survient, en général, au milieu de l'insuffisance hépatique, de même que la plupart des lésions rénales finissent par l'urémie, et les désordres circulatoires par l'asystolie.

Fort de la connaissance de ces caractères distinctifs, un médecin instruit parvient facilement à diagnostiquer au lit du malade chacun de ces types cirrhotiques, et, par l'analyse clinique, à déterminer la part d'altération de chacun des éléments du foie, et à se faire ainsi une juste idée du pronostic et des indications thérapeutiques. Ces dernières varient avec chacun d'eux : l'iodure de potassium et les mercuriaux ont les plus grands avantages dans la syphilis hépatique, non pas, comme on le croit aujourd'hui, en s'adressant à l'agent pathogène de la syphilis, mais à sa seule manifestation locale, dont ils activent la résorption. Les cirrhoses alcoolique et paludique, constituées à leur début, comme la cirrhose syphilitique, par un tissu conjonctif embryonnaire, se trouvent également bien de l'emploi de l'iodure de potassium et du calomel, agents qui, s'ils n'arrêtent la formation de ce tissu, aident au moins à sa transformation. Les effets plus certains de ces médicaments, dans les cas de syphilis, tiennent à la nature même des lésions de cette maladie, constituées par des éléments dont la tendance à la mortification et à la guérison spontanée est plus grande que celle des lésions paludique et alcoolique. La quinine, du reste, si efficace dans le paludisme aigu, devient d'une impuissance absolue dans la cirrhose qui est la manifestation du paludisme chronique; l'hydrothérapie, par contre, a de grands avantages.

Les malades, en tout cas, doivent être mis à l'abri de la cause qui a amené leur affection, et soumis à un régime convenable, d'autant mieux que le foie, plus que tout autre organe, subit l'influence de l'alimentation. Le lait, aliment complet, facile à digérer, est le régime qui convient à ces états pathologiques. Après avoir constaté ses bons effets dans la cirrhose du buveur, nous l'avons conseillé dans l'hépatite paludique, et il nous a été démontré que, pris à l'exclusion de tout autre aliment, il avait de grands avantages, attendu qu'il nous a permis d'obtenir des guérisons radicales qui, sans lui, n'auraient pas eu lieu.

(*A suivre.*)

DES ABCÈS DYSENTÉRIQUES TARDIFS DU FOIE

Par le docteur Étienne Josserand,
Médecin des hôpitaux de Lyon.

Conclusions. — 1° Les abcès dysentériques du foie peuvent être tardifs dans des limites capables d'étonner, et qui ne sont pas établies par les auteurs; ils peuvent évoluer jusqu'à dix ans après la guérison, réelle ou apparente, de l'entérite. Si bien que, chez un malade soupçonné de suppu-

ration hépatique, les antécédents dysentériques doivent être recherchés très loin dans le passé, presque aussi loin que le chancre induré dans un cas de syphilis cérébrale, par exemple.

2° Ces abcès sont généralement consécutifs à des dysenteries de forme sévère et prolongée. En outre, la période de santé apparente, souvent très longue, qui sépare la dysenterie initiale de l'éclosion de l'abcès, est souvent émaillée, si l'on y prend garde, de troubles intestinaux plus ou moins légers. Il en résulte pour nous que c'est vraisemblablement dans l'intestin que subsistent les germes infectieux destinés à provoquer l'hépatite; d'autant mieux qu'on peut, comme dans notre observation, constater à l'autopsie ces résidus dysentériques dans des cas où aucun symptôme intestinal ne pouvait les faire soupçonner. Si bien que les abcès tardifs du foie sont, relativement aux ulcérations dysentériques, probablement moins tardifs qu'il ne semble.

3° Ces abcès ont deux caractères cliniques principaux : une marche lente et torpide. Il en résulte deux caractères secondaires, leur ouverture fréquente dans les bronches et la stérilité du pus. Ils sont souvent méconnus et simulent des accès paludéens, des angiocholites calculeuses, des kystes hydatiques, des cirrhoses, des cancers, mais surtout de la tuberculose pulmonaire.

4° Les moindres troubles intestinaux, chez les anciens dysentériques, doivent être attentivement surveillés, l'ancienneté de l'entérite primitive n'étant pas, au point de vue intestinal, et même au point de vue hépatique, un gage absolu de sécurité pour l'avenir. (*Lyon médical.*)

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de l'ichthyol dans le traitement des affections des voies respiratoires.

Par le docteur Le Tanneur, médecin en chef des dispensaires de l'Œuvre des tuberculeux adultes.

Depuis deux ans que nous avons étudié l'ichthyol dans le traitement des affections des voies respiratoires, nos différentes expériences et publications ont porté, par ordre chronologique : 1° sur la tuberculose pulmonaire; 2° sur le catarrhe sec; 3° sur le catarrhe purulent; 4° sur la dilatation bronchique avec expectoration fétide ; 5° sur les bronchites aiguës.

Dans ces divers ordres d'affections, nous avons constaté les meilleurs effets de l'emploi de ce médicament; les nombreuses observations cliniques, prises dans notre service de tuberculeux de Belleville, en ont attesté l'efficacité.

1° *L'ichthyol dans les affections chroniques et la tuberculose des bronches.* — Dans les nombreux cas de *tuberculose* que nous avons traités, tant à l'hôpital — dispensaire de Belleville — que dans notre clientèle privée, nous avons fait alterner depuis plusieurs mois le gaïacol ou la créosote avec l'ichthyol et nous en avons obtenu les meilleurs résultats.

L'espace nous manque pour faire connaître les détails relatifs à la préparation et à la composition chimique de l'ichthyol. Il importe cependant de savoir que ce médicament contient une proportion *considérable de soufre*, et que ce soufre lui est si intimement uni qu'il ne peut en être extrait que par une décomposition complète. Cette propriété le différencie d'une façon essentielle des autres préparations sulfureuses en usage.

2° *Mode d'administration de l'ichthyol.* — Nous avons employé l'ichthyol sous la seule forme qui soit acceptable par l'organisme : en capsules préparées avec le plus grand soin à la dose de 25 centigrammes chacune et avec une enveloppe permettant au médicament de passer indemne à travers l'estomac, pour ne s'ouvrir que dans l'intestin.

Nos malades ont donc pris de quatre à huit capsules par jour, au moment du repas. Malgré le soin mis par nous à surveiller le tube digestif, nous n'y avons jamais constaté le moindre trouble.

Chez plusieurs même, ayant des *signes de fermentation gastrique ou de la diarrhée, nous avons vu ces phénomènes s'amender par l'emploi de l'ichthyol.*

3° *Nos observations personnelles sur l'emploi de l'ichthyol dans la tuberculose.* — A l'hôpital-dispensaire de tuberculeux de Belleville, nous avons pris 50 malades, choisis au hasard, et appartenant, par conséquent, à toutes les formes et à tous les degrés de la tuberculose.

L'amélioration a été manifeste dans 42 cas; dans 2 cas, la guérison a été complète; 6 malades seulement n'ont obtenu aucun bénéfice de la médication.

4° *De l'ichthyol dans le catarrhe bronchique.* — Dans le *catarrhe sec*, deux phénomènes sont dominants :

1° L'obstruction des petites bronches par des mucosités collantes, qui, difficiles à expulser, provoquent la toux et gênent la respiration;

2° L'épaississement de la muqueuse des bronches, diminuant la lumière des canaux aériens, et, partant, gênant aussi la respiration.

L'ichthyol, médicament éminemment sulfureux, *agit sur la muqueuse comme révulsif*, *la dégage* et la dégonfle peu à peu. Les crachats se fluidifient et leur expulsion devient plus facile. Cette double constatation nous suffit pour penser que ce médicament devait donner de bons résultats chez les malades atteints de catarrhe sec. La pratique n'est pas restée au-dessous des conceptions de la théorie, et aujourd'hui nous possédons plus de 50 observations de catarrhe sec, soignés par l'ichthyol avec un véritable succès.

Dans le catarrhe purulent et dans la dilatation bronchique (avec expectoration fétide et vomique). — La maladie traitée par l'*ichthyol* évolue vers la guérison, comme dans les cas heureux de tuberculose que nous avons signalés; l'expectoration, de verdâtre, devient jaune, puis simplement muqueuse; la toux, n'étant plus provoquée par la présence des mucosités, diminue, et la maladie marche peu à peu vers la guérison.

Nous citerons à ce propos deux cas fort remarquables de dilatation bronchique très localisée, venue à la suite de pleurésies et donnant lieu à des expectorations fétides, qui furent très rapidement améliorées par l'ichthyol. Un des malades est même revenu complètement débarrassé de son expectoration fétide après l'emploi, pendant deux mois consécutifs, de *capsules d'ichthyol* à la dose de huit par jour.

5° *De l'ichthyol dans les affections aiguës des bronches.* — Comme nous l'avons dit précédemment, « c'est dans les formes quinteuses de la toux, que l'ichthyol a le mieux agi. » Dans cette constatation, nous avons trouvé la première base de notre croyance en l'efficacité de l'ichthyol dans les maladies aiguës des bronches.

En effet, ce calme presque immédiat (en moins de soixante-douze heures en général), obtenu dans la toux, indique chez ce médicament une action sédative très nette sur les réflexes bronchiques.

Nous considérons la bronchite aiguë dans ses deux phases: *Période de crudité*, *période de coction*. — *Dans la période de crudité*, au moment où la toux est rude et quinteuse, nous avons vu une diminution notable des phénomènes objectifs avec l'administration de *six capsules d'ichthyol* par jour.

Dans la période de coction, ces modifications dans la nature des crachats ont été aussi rapides que manifestes.

De vertes, les expectorations sont devenues jaunes, puis blanches, en deux à quatre jours au plus; enfin leur quantité a diminué rapidement.

6° *Symptômes généraux.* — L'action de l'ichthyol sur l'état général du malade présente, on le conçoit, un intérêt considérable; aussi avons-nous été bien heureux, dès le début de nos essais, de constater un amendement notable de ce côté.

Nous avons vu des tuberculeux ou des catarrheux, dont l'état général s'était altéré, *augmenter de 7 à 8 livres dans le premier mois de traitement*, d'autres de 4 livres seulement, mais dans les deux tiers des cas, il y a eu engraissement.

Tout ceci constitue, il nous semble, largement de quoi donner à l'ichthyol droit de cité dans le domaine des anticatarrheux et des antituberculeux. Mais nous insistons sur ce point pour le succès de notre méthode que l'ichthyol doit être prescrit sous la forme capsulaire qui est indispensable (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 DÉCEMBRE 1897)

Examens de doctorat.

LUNDI 20 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Sebileau et Letulle; — (2e partie, 1re série) : MM. Ch. Richet, Blanchard et André; — (2e série) : MM. Reynier, Retterer et Weiss.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Segond, Delbet et Varnier; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Kirmisson, Tuffier et Walther; — (2e partie) : MM. Déjerine, Brissaud et Widal; — M. Gaucher, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Marchand et Broca; — (2e série) : MM. Terrier, Ricard et Lejars; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

MARDI 21 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Campenon, Quénu et Thiéry.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Chassevant.

3e examen (2e partie) : MM. Raymond, Roger et Marfan.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilbert et Thoinot; — M. Letulle, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Panas et Nélaton; — (2e série) : MM. Le Dentu, Berger et Hartmann; — (2e partie) : MM. Debove, Hutinel et Charrin; — M. Rémy, suppléant.

5e examen (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Achard; — (2e série) : MM. Chantemesse, Marie et Ménétrier; — M. Albarran, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Bar, Ballet et Maygrier; — M. Troisier, suppléant.

MERCREDI 22 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Tuffier et Walther.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Reynier et Retterer; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Blanchard et Weiss.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Segond, Sébileau et Bonnaire.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Fournier, Pouchet et Netter; — M. André, suppléant.

JEUDI 23 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Gley.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Bar et Rémy; — (2e série) : MM. Maygrier, Quenu et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Gilbert et Achard; — (2e série) : MM. Chantemesse, Marie et Letulle; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 24 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e examen (2e partie), *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Ch. Richet, Blanchard et Weiss.

4e examen : MM. Pouchet, Netter et Thoinot; — M. Henriot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Marchand, Segond et Lejars; — (2e série) : MM. Reynier, Sébileau et Walther; — M. Tuffier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Rémy et Ricard; — (2e partie) : MM. Hayem, Gaucher et Widal; — M. Letulle, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. Chassevant, suppléant.

Thèses de doctorat.

MERCREDI 22 DÉCEMBRE, à une heure. — M. VAUQUELIN. Sur une épidémie circonscrite de fièvre typhoïde à Tilly-sur-Seulle; — M. PELLERIN. Contribution à l'étude de quelques hémorragies chez le vieillard; — M. GARIN. Contribution à l'étude des complications de la lithiase biliaire (MM. Potain, président; Joffroy, Brissaud et Gaucher). — M. MATHIEU. De la gangrène diabétique (MM. Hayem, président; Terrier, Gilles de La Tourette et Broca). — M. LANGLOIS. Réflexions sur 27 observations d'arthrotomie (MM. Terrier, président; Hayem, Gilles de La Tourette et Broca). — M. TROUVÉ. De l'invagination intestinale chez l'enfant; — M. FLEURY. Contribution à l'étude des hernies épigastriques; — M. SEGELMAN. Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléo-cæcal; — M. GOBERT. Des sutures continues en chirurgie (MM. Tillaux, président; Marchand, Ricard et Lejars). — M. VALLECASTILLO. De la colpo-cæcotomie dans l'extirpation des lésions utéro-annexielles; — M. KRAVERZ. La vie, la mort du nourrisson. Etude sociale, hygiénique et thérapeutique; — M. GALGA. De la délivrance dans l'accouchement à terme ou près du terme avec enfant vivant; — M. CAILLARD. Du pronostic de l'albuminurie survenant pour la première fois chez une multipare (MM. Pinard, président; Kirmisson, Déjerine et Varnier).

JEUDI 23 DÉCEMBRE, à une heure. — M. PERRÉE. Rayons de Röntgen appliqués aux expertises médico-légales; — M. LECLERC. La fièvre typhoïde à Rennes, 1875 à 1896 (MM. Brouardel, président; Panas, Thoinot et Thiéry). — M. LIAMBEY. Traitement des sinusites maxillaires (méthode Luc); — M. HALLOT. L'extrait de capsules surrénales (MM. Panas, président; Brouardel, Thoinot et Thiéry); — M. VANVERTS. De la splénectomie (MM. Guyon, président; Berger, Troisier et Nélaton). — M. CABOCHE. Hystérectomie abdominale totale [procédé de M. Doyen] (MM. Berger, président; Guyon, Troisier et Nélaton). — M. MARTIN. Production de la toxine diphtérique (MM. Jaccoud, président; Hutinel, Charrin et Marfan). — M. VALLAT. Contribution à l'étude du traitement de la rougeole. Prophylaxie des complications (MM. Hutinel, président; Jaccoud, Charrin et Marfan). — M. BRENUGAT. Étude historique de l'enseignement obstétrical en Bretagne et principalement à Rennes; — M. ROBERT. Contribution à l'étude des manifestations pleurétiques au cours des maladies du cœur et de l'aorte) MM. Laboulbène, président; Pouchet, Netter et André). — M. BOURGAIN. La digitale dans les infections en général (MM. Pouchet, président; Laboulbène, Netter et André). — M. BORDET. Des modifications du sang après la splénectomie; — M. CORNEILLE. De l'aphasie dans le diabète (MM. Dieulafoy, président; Debove, Widal et Hartmann). — M. RODIET. L'alcoolisme chez l'enfant; — M. BARGY. De l'alcoolisme au point de vue de la prophylaxie et du traitement (MM. Joffroy, président; Raymond, Ménétrier et Roger). — M. MACHTOU. Sur la nature de la sclérodermie (MM. Raymond, président; Joffroy, Ménétrier et Roger).

VENDREDI 24 DÉCEMBRE, à une heure. — M. BOUCHARD. Étude sur les bourdonnements et bruits d'oreille (MM. Tillaux, président; Landouzy, Delbet et Gilles de La Tourette). — M. BLOCH.

(1) Les *capsules d'ichthyol de Chiron* ont servi à toutes les expériences mentionnées précédemment.

Contribution à l'étude de la syringomyélie, à type de scapulo-huméral; — M. Bosquier. La nouvelle tuberculine R et son emploi, en particulier, dans la tuberculose pulmonaire (MM. Landouzy, président; Tillaux, Delbet et Gilles de La Tourette).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous recevons la communication suivante :

« Les anciens internes et les anciens chefs de clinique de M. Tarnier désirent lui élever, à Paris, un monument qui perpétuera sa mémoire.

Le doyen de la Faculté de médecine, le président et le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, le président de la Société de chirurgie, le président de la Société obstétricale de France et le directeur général de l'Assistance publique vous demandent avec eux, de vouloir bien assister à une réunion générale qui aura lieu à la Faculté de médecine, le mardi 14 décembre 1897, à 8 heures 1/2 du soir, réunion dans laquelle sera constitué un Comité d'exécution.

Permettez-leur de compter sur votre présence.

Signé : MM. Budin, Pinard, Ribemont-Dessaigne, Champetier de Ribes, Maygrier, Labat, Bar, Bonnaire, Potocki, Berthod, Létienne, Chavanne, Tissier, Démelin, Dubrisay. »

— *Concours de l'internat.* — Séances du 10 décembre :

Anatomie. — MM. Netter (G.), 13. — Heitz, 11. — Hanotte, Katz et Robert, 10. — Pamard, 8. — Le Lorier et Moret, 7. — Crosse et Hayem, 6. — Jakoswki, 3

Pathologie. — MM. Ferouelle et Guisez, 13. — Germet, Monsseaux et Nollet, 11. — Froin, Godineaux, Guiserne et Silhol, 10. — Rellay, 9. — Birman, 8. — François-Dainville, 3.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par les nominations suivantes :

1. MM. Piquand, Menet, Roland, Mathieu, Braunberger, Osty, Stepinski, Berruyer, Thaon, Bauer.

11. Dromard, Camus (M.), Roux (M.), Le Play, Demarque, Lacombe, Devé, Saint-Cyr, Durand-Viel, Dehau.

21. Gourmaud, Bacaresse, Dehérain, Delaunay, Duval, Courtois, Denis, Goudeau, Papillon, Vitry.

31. Géraudel, Maury, Patto, Barnsby, Roche, Camus (J.), Deschamps, Léo, Auburtin, Bourgeois.

41. Mlle Gorovitz, MM. Besson, de Saint-Mathieu, André, Brizard, Morel, Le Sourd (F.), Silhol, Souilhé, Jacquemin.

51. Morieralski, Dalimier, Berthier, Laubry, Lippmann, Cuqu, Monod, Toupart, Bouny, Vicq.

61. Rouault, Griffond, Coutelas, Fabre, Garrigues, Raynaud, Deglos, Digne, Lardennois, Huguier.

71. Lacapère, Mettey, Polle, Netter, Kahn, Barbarin, Baudoin, Vrain, Grosset, Roger.

81. Hautant, Arloing, Bisch, Ripault, Sée, Weill, Galezowski, Debets de Lacrouzille, Rollin-Durozoy.

91. Aubertin, Auffret, Lœn, Quiserne, Rochet, Vialard, Baudelot, Forné, Goupardin, Mlle Thyss.

101. MM. Brécy, Chardin, Chevé, Jacowski, Latteux d'Espagne, Lefas, Le Sourd (L.), Ducoudray, Goyard, Caillau.

111. Bibet, Lafoy, Liné, Boileau, Croizet, Damotte, de Cisternes, Sambon, Cathala, Chapotin.

121. Cornélius, Grivot, Audistère, Ball, Cheruy, Chifoliau, Girod, Goubeau, Housquins, Lelong.

131. Lortat (Jacob), Mircouch, Mutzner, Prat, Hamard, Ponroy, Béclard, de La Volpilière, Patry, Lemonnier.

141. Nattan, Rambeau, Rondeau, Rabourdin, Aribat, Baron, Bricet, Dauzats, du Pasquier.

151. Ertzbischoff, Gosselin, Godineau, Halberchtadt, Housselot, Hulieu, Lévy-Valleney, Morichau-Beauchant, Pamard, Baup, Cantonnet.

161. Darré, de Ribier, Cucherousset, Papin, Bréal, Athanasiu, Chevalier, Demerson, Turet, Fouquet.

171. Girard, Lenoble, Meuriot, Pestemalzoglu, Ranson, Milanoff, Viard, Villaret, Belatre, Bougenot.

181. Laurent, Metoz, Mlle Majerczac, MM. Debidour, Giroux, Lemarchand, Renault, Roustan, Bidel, Lebreton de La Perrière.

191. Mlle Maugeret, MM. Rottenstein, Savornin, Arnoux, Bentz, Coudert, Dufour-Labastide, Prudhomme, Berthe, Paris.

201. Trémolières, Deputre, Cauzard, Duparc, Sagot, Sueur, Baudrand, Bourg, Bué, Jouon.

211. Corlieu, Damage, Longin, Menuisier, Roche (Ch.), Demaldent, Rabant, Lemaire, Renou, Zarzycky.

221. Choutet, Houzel, Marsoo, Thomin, Beguinot, Bourguignon, d'Abbadie, Grabié, Mage, Ricou, Testivint.

231. David, Nivet, Chevalier (Ch.), Ermenge, Grassot, Mirande, Ecoffet, Ignard, Sentex.

241. Sicard, Laborde, Rouet, Bernheim, Blanchet, Courgeon, Fagon, Giffard, Gillot, Lombard.

251. Durieux. Fumouze, Hermet, de Clérambault, Loustau, Traverse, Barre, Mouchotte, Rey, Rivet.

261. Aries, Privat de Fortunié, Boirivaut, Boucher, Brouillaud, Pater, Pignaud, Boyer, Brestel, Delaage.

271. Duclos, Diard, Moret (Arm.), Coutenau, Druelle, Leclerc, Monier, Montais, Patresco, Thiollier.

281. Lejeune, Lutaud, Chevallier (H.), Cailleton, Flourens, Zuibel, Paugam, Savoye, Navarre, Asselineau.

291. Férouelle, Legros, Tesson, Zacchiri, Dabasse, Bordenave, Trolley, Claude, Crepin, Crouzet.

301. Ferrand, Leduc, Ayrignac, Cattier, Fessard, Cernez, Levassort, Mlle Pissareff, MM. Rabant, Simon.

311. Préciado, Segallas, Silvie, Stroheker, Tabary, Mathieu, Petit (André), Roux (R.), Rodocanachi, Tissot.

321. Murer, Wicard, Feuillet, Forestier, Bondréaux, Maillard, Reniac, Compain, Guichard, Lorot.

331. Aboulker, Cochet, Omdy, Rumpelmayer, Vergnaud, Wormser, Perrody, Samsignon, Toupet, Deshayes.

341. Larré, Levy (Léon), Muret, Dalmas, Pillet, Dauban, Barré, Cottard, Lévy (F.), Molinsky.

351. Valentin, Morchoisne, Lavenant, Appert, de Fumerie, Pfister, Blanquinque, Taguet, David (Ch.), Jamart.

361. Chaix, Chazet, Gounay, Klein, Tansard, Astengo, Boulommier, Boutin, Arnault, Cauton.

371. Quillon, Bonamy, Delom, Amieux, Felizet, Martin, Guérin, Sampé, Perrin, Prou.

381. Durey, Friedel, Lhuillier, Sevray, Metzger, Francoz, Sautelet, Glin, Barré, Hubert.

391. Mazeyrie, Bour, Dausset, Guichard, Herbout, Podevin, Troller, Drainard, Hahn, Paulouch.

401. Chateau, Kauffmann, Monnamy, Dreyfus, Gerboud.

— Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Lille (Etat) se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Jouvenel, Chatelin, Lamote, Verhæghe, Hèze et Vandeputte.

Internes provisoires : MM. Breton, Drucbert et Lemaire.

Externes : MM. 1. Lesne, Maes, Colle, Pauco, Carpentier, Sonneville, Leroy, Valentin, Marlier, Felhoen.

11. Bourneville, Vraes, Lejeune, Thobois, Derycker, Galimant, Caudron, Kisselkoff et Durandar.

— La Société locale de médecine de la Somme, agrégée à l'Association générale de France, a, dans son assemblée du 1er décembre courant, voté une adresse au docteur Laporte pour lui exprimer les sympathies et les sentiments de bonne confraternité de la Société, et une lettre au professeur Pinard pour le féliciter de son énergie à défendre le docteur Laporte.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 15 décembre 1897.

L'Académie de médecine a tenu hier, sous la présidence de M. Caventou, sa séance solennelle. M. le docteur Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel, lit son rapport général sur les prix décernés en 1897. Nos lecteurs trouveront plus loin les noms des lauréats; puis la parole est donnée à M. Bergeron, secrétaire annuel, pour prononcer l'éloge de M. Caventou (Joseph).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 14 décembre 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

RAPPORT

M. CADET DE GASSICOURT, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1897.

PRIX DE 1897

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : *Du rapport étiologique entre le choléra dit Nostras et le choléra dit Indien.* — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encouragements suivants : 1° 700 francs à M. le docteur L. Rénon (de Paris); 2° 300 francs à MM. les docteurs Arnaud, médecin-major de deuxième classe à la direction du service de santé à Limoges, et Lafeuille, médecin aide-major au 63e régiment d'infanterie, à Limoges.

PRIX ALVARENGA (800 francs). — Le prix est partagé entre M. le docteur Carrière, chef de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux, et M. le docteur Henri Moreigne (de Paris).

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (Un titre de 24000 francs de rente). — Les travaux sur ce sujet, présentés à l'Académie, ne sont pas récompensés.

PRIX BARBIER (2000 francs). — L'Académie décerne : 1° un prix de 1200 francs à M. le docteur A. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille; 2° une mention honorable avec une somme de 800 francs à M. le docteur Paul Ducor (de Paris).

PRIX MATHIEU BOURCERET (1200 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs (L.) Hallion, chef des travaux au laboratoire de physiologie pathologique des Hautes-Études, et Ch. Comte, préparateur au même laboratoire. — Elle accorde en outre : Des mentions très honorables à M. le docteur Léon Germe (d'Arras) et MM. les docteurs F. Jolyet, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et H. Viallanes, ancien directeur de la station zoologie d'Arcachon. — Des mentions honorables à MM. les docteurs L. Bérard, E. Destot et Siraud (de Lyon).

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Georges Denigès, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Marage (de Paris).

PRIX CAPURON (1400 francs). — Question : *De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies du système artériel et veineux* — Un prix de 1000 francs est décerné à M. le docteur Censier, médecin de l'établissement thermal de Bagnoles-de-l'Orne. Une récompense de 400 francs est accordée à M. le docteur Héraud (de Paris).

PRIX MARIE CHEVALLIER (6000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur F. Lalesque (d'Arcachon). Des mentions honorables sont en outre accordées à MM. les docteurs S. Artault (de Vevey), Adolphe Leray, et Émile Sergent (de Paris).

PRIX CHEVILLON (1500 francs). — Le prix n'est pas décerné. — Un encouragement de 500 francs est accordé à M. le docteur G. Livet (de Paris).

PRIX CIVRIEUX (1000 francs). — Question : *Valeur séméiologique des délires systématisés.* — Le prix est décerné à M. le docteur Pécharman, médecin-adjoint à l'Asile d'aliénés de Clermont (Oise). — Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Aug. Vigouroux, à Dun-sur-Auron (Cher), et M. M. Ducasse, professeur de philosophie au lycée d'Évreux.

PRIX DAUDET (1200 francs). — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.* — Le prix n'est pas décerné, mais une somme de 500 francs est accordée à titre d'encouragement à M. le docteur Émile Lairé, à Carignan (Ardennes).

PRIX DESPORTES (1300 francs). — L'Académie décerne un prix de 700 francs à M. le docteur A. Berthier, médecin-major, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon. Elle accorde en outre des mentions honorables avec une somme de 300 francs à MM. les docteurs J. Comby (de Paris), et René Petit (de Tours).

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a versé les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 1500 francs à M. Page, pour sa mission à Luxeuil, en 1897; 2° 1700 francs à M. Griner, pour son rapport sur Luchon, en 1896, et pour sa mission au Mont-Dore, La Bourboule et Royat, en 1897.

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — L'Académie décerne : un prix de 700 francs à M. André Lapointe, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris; un prix de 300 francs à M. le docteur J. Huguet, médecin-chef de l'hôpital militaire de Ghardaïa.

Prix Théodore Herpin (3000 francs). — L'Académie décerne un prix de 2000 francs à M. le docteur J. Voisin (de Paris). — Des mentions honorables avec une somme de 500 francs à MM. les docteurs Maurice Auvray et Chipault (de Paris). — Des mentions honorables à MM. les docteurs Clozier (de Beauvais); Ernest de Massary (de Paris); et Charles Mirallié (de Nantes).

Prix Itard (2400 francs). — Un prix de 1200 francs est décerné à M. le docteur J. Grasset, professeur à la Faculté de Montpellier, et M. le docteur G. Rauzier, professeur agrégé à la même Faculté. — L'Académie accorde en outre des mentions honorables avec une somme de 600 francs à MM. les docteurs Gaston Lyon et A.-B. Marfan (de Paris).

Prix Laborie (5000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement, 1000 francs à MM. les docteurs Maurice Auvray, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris; Léon Bérard, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon; Pierre Delbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Claude Martin (de Lyon); Tuffier et Hallion (de Paris). — Des mentions très honorables sont en outre accordées à MM. les docteurs L. Cahier, médecin-major de première classe, hôpital militaire de Bayonne; R. Larger (de Maisons-Laffitte), et Marcel Lermoyez (de Paris).

Prix du baron Larrey (500 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre de récompense, 200 francs à MM. les docteurs F. Burot, médecin principal, et L. Vincent, médecin en chef de la marine, à Rochefort; 150 francs à MM. les docteurs G. Lepage (de Paris); et A. Marvaud, médecin principal de première classe, Directeur du service de santé du 17e corps d'armée à Toulouse. — Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs A. Cassedebat, médecin-major de premième classe, au 2e régiment de zouaves, à Oran; et Roure, de Valence (Drôme).

Prix Laval (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Vaslet de Fontaubert, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2600 francs). — L'Académie décerne : 1° un prix de 1600 francs à M. le docteur E. Hocquard, médecin chef de l'École spéciale militaire de Saint-Cyr; 2° une mention honorable avec une somme de 1000 francs à M. A.-E. Stadfeldt (de Copenhague); 3° une mention honorable à M. le docteur V. Morax (de Paris).

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — Aucun travail n'a été adressé à l'Académie pour ce prix.

Prix Nativelle (300 francs). — Le prix est décerné à M. Macquaire, pharmacien à Paris.

Prix Oulmont (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Henri Claude, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique de la péritonite dite tuberculeuse.* — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : Des mentions honorables à M. le docteur A.-F. Plicque, chef de laboratoire à l'hôpital Lariboisière, et à M. Charles Lévi, interne à l'hôpital Laënnec.

Prix Pourat (1000 francs). — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.* — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Philippe Ricord (600 francs). — L'Académie décerne un prix de 400 francs à M. le docteur Marcel Sée (de Paris). — Elle accorde, en outre, des mentions très honorables avec une somme de 100 francs à : MM. les docteurs J. Huguet, médecin-chef de l'hôpital militaire de Ghardaïa (Algérie), et Henri Lamy (de Paris).

Prix Vernois (700 francs). — L'Académie décerne : Un prix de 500 francs à M. le docteur Castaing, médecin principal de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital mixte de Poitiers; un prix de 200 francs à M. le docteur Bordas, sous-directeur du laboratoire municipal de la ville de Paris. — Des mentions honorables sont accordées à : MM. les docteurs François Arnaud (de Marseille); Henry Thierry (de Paris); et J.-J. Matignon, médecin aide-major de première classe, attaché à la légation de la République française, à Pékin.

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France pendant l'année 1895 :

1° *Rappels de médaille d'or à :* MM. les docteurs Willm, professeur à la Faculté des sciences de Lille (médaille d'or 1881), et E. Philibert, médecin consultant à Brides-les-Bains (médaille d'or 1886).

2° *Médaille de vermeil à :* M. le docteur E. Garrigou, chargé du cours d'hydrologie à la Faculté de médecine de Toulouse.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Dresch, médecin à Ax; J. Félix, professeur à l'Université nouvelle de Bruxelles (médaille de bronze 1896); G. Morice, médecin à Néris-les-Bains (médaille de bronze 1890); F. Roland, médecin de l'Établissement hydrothérapique de Divonne-les-Bains (médaille de bronze 1894); et Verdenal, médecin de l'Établissement thermal d'Eaux-Chaudes (médaille de bronze 1895).

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs A. Belugou, médecin à Lamalou-les-Bains (médaille de bronze 1884, médaille d'argent 1891); M. Cazaux, médecin aux Eaux-Bonnes (médaille de bronze 1877, médaille d'argent 1885); Censier, médecin à Bagnoles-de-l'Orne (médaille de bronze 1894, médaille d'argent 1895); F. Chiaïs, médecin à Évian-les-Bains (médaille de bronze 1886, médaille d'argent 1890, rappels de médailles d'argent 1891, 1892, 1896); et A. Laissus, médecin à Salins-Moutiers (médaille de bronze 1875, médaille d'argent 1876, rappels de médailles d'argent 1885-1896).

5° *Médailles de bronze à :* MM. le docteur F. Bernard, médecin à Plombières; Beyne (de Bordeaux); L. Guillot, pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Djelfa; le docteur Niepce, médecin à Allevard; le professeur Podwyssotsky (de Kieff); et le docteur E. Poulain, médecin à Bagnoles-de-l'Orne.

Service des Épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1896 :

1° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Blanquinque (de Laon); Lallemant (de Dieppe); Le Roy des Barres (de Saint-Denis); et Georges Pennetier (de Rouen).

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Balestre (de Nice); L. Bard (de Lyon); et Vergely (de Bordeaux).

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Jules Bauzon (de Chalon-sur-Saône); Albert Domergue, professeur à l'École de médecine de Marseille; Alexandre Faidherbe (de Roubaix); Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy; et Martial Hublé, médecin-major de deuxième classe à la Direction du service de santé à Nantes.

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse; E.-L. André, médecin-major de première classe, à Angers; Anfrun (de Saint-Pierre-d'Oléron); Bardy (de Belfort); François Bassères, médecin-major de deuxième classe, attaché à la Direction du service de santé de la division d'Alger; Bastiou (de Lannion); Cavaillon (de Carpentras); Henri Favier, médecin-major de première classe au 145e régiment d'infanterie, à Maubeuge; Geschwind, médecin principal de première classe, à Bayonne; Gorez (de Lille); J. Lenoël (d'Amiens); Lesueur (de Bernay); Paul Mantel (de Saint-Omer); Mathieu (de Vassy); H. Pauthier (de Senlis); Pujos (d'Auch); L. Raynaud (d'Alger); et Rousseaux (de Vouziers).

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs H. Blaise, professeur à l'École de médecine d'Alger; Henry Duchenne (de Sainte-Anne-d'Auray); Gèghre (de Mascara); A. Goumy, médecin-major au 9e régiment de cuirassiers, et M. Cozette, vétérinaire à Noyon (Oise); MM. les docteurs Adrien Loir, directeur de l'Institut Pasteur, à Tunis; Louis Martin (de Privas); Marty, médecin-major de première classe, à l'hôpital militaire de Belfort; L.-J. Millet, médecin principal de deuxième classe, à Reims; J. Poujol, médecin-major de deuxième classe, à El-Goléa; Regimbart (d'Évreux); et Tarrieux, médecin-major de première classe, au 17e régiment d'infanterie, à Rodez.

6° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs A. Baratier, à Jeugny (Aube); Boquin (d'Autun); Albert Boyer (de Commercy); A. Cassedebat, médecin-major de première classe au 2e régiment de zouaves, à Oran; Cerf-Mayer (de Brest); Henri Comte, médecin-major de première classe au 28e régiment d'infanterie, à Paris; Ernest-Jean Cordillot, médecin aide-major de première classe au 5e régiment de chasseurs d'Afrique, à Orléansville; de La Croix (de Lisieux); L.-E. Dupuy, médecin de l'hôpital de Saint-Denis; de Font-Réaulx (de Saint-Junien); Foucault (de Fontainebleau); Grizou (de Châlons-sur-Marne); Guiol, médecin en chef des hospices de Toulon; Hoël (de Reims); Legros (de Rochefort); Lévêque (de Montdidier); Georges-Hermann Merz, médecin-major de première classe au 96e régiment d'infanterie, à Gap; Renard, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, à Lille; et Henri Toussaint, médecin-major de première classe au 26e régiment d'infanterie, à Nancy.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement, à la disposition de l'Académie de médecine, une somme de 12000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge, et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or à :* M. Delage (A.), inspecteur départemental du service des enfants assistés de la Gironde, à Bordeaux.

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les médecins de la protection de l'enfance Augé, à Reuilly; Dumée, à Nemours; Grosjean, à Montmirail; MM. les docteurs Dufour, à Fécamp, et Gauchas, à Paris.

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les inspecteurs départementaux Berthès, à Chartres; Serrès, à Nevers; MM. les médecins de la protection de l'enfance, Delobel, à Noyon; Doumic, à Poissy; Durand, à Saint-Martin-d'Auxigny; Gaudefroy, à Vatan; Picard, à Selles-sur-Cher; Regnoul, à Villeneuve-la-Guyard; Sutils, à La Chapelle-la-Reine; M. Fonné, sous-inspecteur départemental de Saint-Brieuc; Mme Hervieu, à Sedan.

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Auger, à Ballue; Carron de La Carrière, Defert, Monfet, à Paris; Combe, à Lausanne; MM. les inspecteurs départementaux Bec, à Avignon; Boucoiran, à Saint-Brieuc; Féraudi, à Nice; Martin-Dupont, à Montpellier; MM. les médecins de la protection de l'enfance Dermigny, à Saint-Simon; Dupont, à Nogent-sur-Vernisson; Girat fils, à Neuvy-Saint-Sépulcre; Lauth, à Saint-Germain-en-Laye; Lebautl, à Saint-Vit; Pelvet, à Vire; Villard, à Verdun; MM. H. de Rotschild, étudiant en médecine, à Paris; d'Eichtal, maire de Sainte-Geneviève-des-Bois; Laviale, instituteur à Condat.

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Baratier, à Jeugny; MM. les inspecteurs départementaux Burlet, à Valence; Durand-Desmons, à Melun; Tourneur, à Saint-Etienne; MM. les médecins de la protection de l'enfance Bauzon, à Chalon-sur-Saône; Joly, à Fauquembergues; M. Toussaint, médecin-major de première classe, à Nancy.

6° *Médailles de bronze à :* MM. les inspecteurs départementaux Bouju, à Orléans; Chavanon, à La Rochelle; Gailhard, à Tours; Longueville, à Lons-le-Saunier; Pirodon, à Saint-Lô; MM. les médecins de la protection de l'enfance Boutet, à Orgerus; Chabenat, à La Châtre; Frémicourt, à Jaulgonné; Laurent, à Saint-Saulge; M. Roche, sous-inspecteur départemental, à Epinal.

Service de la vaccine. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service de la vaccine en 1895 :

I. *Un prix de* 1000 *francs*, à partager entre MM. les docteurs dont les noms suivent : 1° 400 francs à M. le docteur Goumy, médecin-major au 9e régiment de cuirassiers, et M. P. Cozette, médecin-vétérinaire, à Noyon (Oise); 2° 300 francs à MM. les docteurs Judet de La Combe, médecin de deuxième classe des colonies à Thiès (Sénégal), et Jules Rouget, médecin-major de première classe, à Alger.

II. *Des médailles d'or à :* MM. les docteurs P.-A. Cassedebat, médecin-major de première classe à Oran (Algérie); Pierre-Lucien Joly, médecin-major de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Teniet-El-Hâad (Algérie).

III. *Des médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Béchir Dinguizli, à Tunis; Duvernet, à Paris; Gèghre, à Mascara; Léon Schwartz, à Affreville; de Welling, à Rouen.

MM. les médecins militaires Moinet, à Sidi-Aïssa; Mougeot, à Saïgon; J. Poujol, à El Goléa; Ramailly, à Aflou.

Mlle Millet, présidente de l'Union des femmes de France, à Tunis.

IV. *Des médailles d'argent à :* MM. les docteurs A. Baratier, à Jeugny; P. Bascou, à Bouisse; Beltrud, au Mans; V. Biat, à Liévin; Chabaud, à Nieigles; Chalvet, à Lavigerie; Chonnaux-Dubisson, à Villers-Bocage; H. Dauchez, à Paris; Donaux-Dubisson, à Villers-Bocage; H. Dauchez, à Paris; Dourain, à Nantes; Frémicourt, à Joulgonné; Fuzet du Pouget, à Casteljau; Grasset, à Riom; Hellet, à Clichy; Jack, à Guivapas; Lagarde, à Montauban; Le Guével, à Pont-l'Abbé; Marty, à Larruéjouls; Morvan, à Pleyben; Queirel, à Marseille; Ramadier, à Rodez; Sanquer, à Morlaix; Seguy, à Miliana; R. Sicard, à Saint-Pierre-de-Lombers; Trotard, à Alger, et Vivier, à Angoulême.

M. Raynaud, médecin principal des colonies; MM. Ricoux, interne à l'asile de Maréville, et Pascalon-Ting, premier assistant à l'hôpital français du Nan-Tang, à Pékin.

MM. les médecins militaires A. Berthoux, à Dijon; Famechon, à Angoulême; J. Gassert, à Marseille; P. Maffre, à Poitiers; G. Martin, à Angers; G.-H. Merz, à Gap; L. Ohier, à Dinan; G. Olivier et Althoffer, à Saint-Étienne; Pillet, au Havre; Tersen, à Souk-el-Arba.

Mmes les sages-femmes J. Benne, à Bordeaux; M.-A. Bisson, à Lisieux; Le Bloaz, à Rostronen; Louis, à Ploëmeur.

V. *Des médailles de bronze à :* MM. les docteurs Amiaud, à Champagne-Mouton; Besson, à Montluçon; Bindé, à Ancenis; Bouzol, au Cheylard; Boyt, à Lamastre; Caron, au Havre; Colin, à Quimper; Durand, à Arcueil-Cachan; Edelmann, à Pantin; Gagnières, à Chateauvillain; Gaillardon, à Aubeterre; Geffroy, à Carhaix; A. Gournand, à Besançon; Guézennec, à Tréguier; Isnard, à Malaucène; de Lavergne, à Confolens; Luquet, à Toulon-sur-Avroux; Mesguen, à Lesneven; Michaux, à Aubervilliers; Monnier, à Nozay; Pethiot, au Conquet; C.-A.-L. Piquard, à Chalèze; Tanguy, à Plouescat; Tariote, à Levallois-Perret; Vallat, à Vincennes; Vidaillet, à Duperré, et Vivent, à Beaumont.

M. le médecin militaire J. Breuil, à Dinan.

MM. les officiers de santé Bichon, à Blain; Ciais, à Menton.

MM. les internes Gugelot, à Lille; Küsse, Labbé et Lévy, à Paris; M. A Chaumier, étudiant en médecine, à Tours.

Mmes les sages-femmes Burelier, à Roanne; Carré, à Châteaulin; Chauffour, à Miramont; Debord, à Bourges; Delannoy, à Lille; Escudé, à Mont-de-Marsan; Laborde, à

Bergerac; Lasbats, à Mont-de-Marsan; J. Martin, à Halluin; Parrot, à Miramont; Peyroudet, à Labouhère; Ramon, au Havre; Roux, à La Feuillée; Thierry, à Rouen.

Un grand nombre de médailles ont été de plus accordées à MM. les instituteurs et institutrices publics et privés qui ont contribué le plus activement à propager les vaccinations et les revaccinations dans les écoles.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1898

(Les Concours seront clos fin février 1898.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Aubert. — 500 francs. — M. le docteur Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 francs de rente. — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Baillarger. — 2000 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés, consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix Barbier. — 2000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. — 1200 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson. — 10500 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1400 francs. (Annuel.) — Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

Prix Chevillon. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

Prix Clarens. — 400 francs. (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des sarcomes.*

Prix Desportes. — 1300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. — 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Les somnambulistes.*

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz). — 1200 francs. (Quadriennal.) — Question : *Du traitement abortif de la blennorragie.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Huguier. — 3000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Laborie. — 5000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laennec. — 500 francs. — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*

Prix du baron Larrey. — 500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Louis. — 4000 francs. (Triennal.) — Question : *De la sérothérapie.*

Prix Mège. — 900 francs. (Triennal.) — Question : *De l'asthme des foins.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 3000 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ».

Prix Nativelle. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera

décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Nivet. — 3000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, sur l'assainissement des casernes, hôpitaux, hospices, écoles, crèches, asiles et lycées.

Prix Orfila. — 2000 francs. (Bisannuel.) — Question : *De la coque du levant et de la picrotoxine. — Thérapeutique et toxicologie.*

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Des lésions des centres nerveux et des reins, causées par la toxine du tétanos et par celle de la diphtérie.*

Prix Pourat. — 1000 francs. (Annuel.) — Question . *La circulation du sang dans le poumon.*

Prix Henri Roger. — 2500 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène et thérapeutique). [Il faut que les ouvrages aient deux ans de publication.]

Prix Saint-Lager. — 1500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Saintour. — 4400 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. — 1800 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Tremblay. — 7200 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : catarrhe, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Prix Vernois. — 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1899

(Les Concours seront clos fin février 1899.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Physiologie et pathologie de la glande thyroïde.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Prix Amussat. — 1000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis au concours pour les prix de chirurgie expérimentale, les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix d'Argenteuil. — 6800 francs. (Sexennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Barbier. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Prix Capuron. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des modifications du placenta et des membranes de l'œuf retenues dans l'utérus.*

Prix Chevillon. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Du nervosisme.*

Prix Clarens. — 400 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du lymphadénome.*

Prix Desportes. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine.

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Prix Laborie. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Prix du baron Larrey. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Prix Laval. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Prix Lefèvre. — 1800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

Prix Henri Lorquet. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Prix Nativelle. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Étudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.*

Prix Pourat. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1397.)

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement interne du prurit. (Brocq et Jacquet).

Valérianate d'ammoniaque. . . 1 gramme.
Sirop de menthe. . . . . 20 grammes.
Eau de tilleul. . . . . 125 grammes.

2 à 4 cuillerées par jour.

ou encore :

Extrait de valériane. 0gr05
Poudre de valériane. . . . . Q. s.

Pour une pilule : de 2 à 8 par jour.

Ou encore :

Teinture de valériane II à XV gouttes par jour.

ou :

Acide phénique. 0gr05
Réglisse pulvérisée et gomme arabique. . . . . Q. s.

Pour une pilule : de 4 à 8 par jour à la fin des repas.

Ou encore :

Teinture de belladone V à VI gouttes par jour.

Contre la spermatorrhée (Meisels).

Citrate de cornutine. 0gr15
Argile. . . . . 7 grammes.
Mucilage de gomme adragante. Q. s. p. 50 pilules.

Contre les vomissements (Pick.)

Menthol. 0gr 05
Cognac. . . . . 40 grammes.
Teinture simple d'opium. . . . 10 grammes.

De X à XX gouttes plusieurs fois par jour. (*Gaz. hebd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation. — Mardi, à cinq heures du soir, a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, la première épreuve (leçon de trois quarts d'heure). Les 43 candidats avaient été tirés au sort pour passer trois par séance, dans l'ordre suivant :

1. MM. Paviot, Chatin et Vaquez. — 4. Claisse, du Pasquier et Cabanne. — 7. Lion, Teissier et Courmont. — 10. Thiroloix, Hobbs et Raymond. — 13. Gouget, Nicolas et Papillon. — 16. Mosny, Sergent et Lamach. — 19. Dupré, Vedel et Renault. — 22. Boulloche, Jeanselme et Pic. — 25. Daumic, Barbier et Péron. — 28. Méry, Baylac et Lesage. — 31. Deléarde, Vires et Carrière. — 34. Patoir, Lyonnet et Robinovitch. — 37. Aviragnet, Parmentier et de Grandmaison. — 40. Roux, Renon et Gastou. — 43. Frenkel.

Les trois premiers candidats ont eu à traiter les questions suivantes : M. Paviot (Lyon) : Abcès du foie. — M. Vaquez (Paris) : Causes et diagnostic des néphrites aiguës. — M. Chatin (Lyon) : La coqueluche.

— *Concours de l'internat.* — Il n'y a pas eu de séance d'anatomie le 13 décembre.

Pathologie. — MM. Chifoliau, 14. — Maubert, 13. — Balthazard, Bourgeois et Crauzon, 12. — Boricaud, 11. — Aguinet, 9. — Ball, Cahen et Fernique, 8. — Spindler, 5. — Baup, 4.

— *Concours de l'externat.* — Questions données :

Anatomie. — Surfaces articulaires et ligaments de l'épaule. — Maxillaire inférieur. — Muscle psoas-iliaque. — Articulation tibio-tarsienne. — Nerf cubital. — Parois osseuses des fosses nasales. — Muscles masticateurs. — Artère poplitée et ses branches. — Péroniers latéraux. — Tronc cœliaque et ses branches. — Veines jugulaires. — Nerf radial. — Ligaments et synoviale de l'articulation du genou. — Nerf médian. — Configuration extérieure et rapports de l'œsophage. — Muscles de la main. — Muscles de la région antéro-latérale de l'abdomen. — Artère fémorale et ses branches. — Os iliaque. — Artères de la jambe et du pied. — Sciatique poplité externe et sciatique poplité interne. — Parois osseuses de l'orbite. — Calcanéum et astragale. — Articulation temporo-maxillaire. — Vulve et vagin. — Articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne. — Oreillette et ventricule droit. — Région anale.

Pathologie. — Le pansement aseptique et antiseptique. — Causes et symptômes de la péritonite aiguë. — Symptômes et marche de la pneumonie franche. — Panaris. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Manière de faire une autopsie. — Ascite. — Symptômes, complications et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu. — Symptômes de la tuberculose pulmonaire chronique. — Fractures de côtes. — Signes et complications de l'érysipèle. — Des différents modes d'anesthésie générale et locale. — Causes et signes de la fièvre typhoïde. — Examen clinique des urines. — Fractures de la rotule. — Hydarthrose. — Epistaxis. — Cathétérisme évacuateur de l'urèthre. — Hydrocèle. — Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique. — Varices. — Saignée (indications et manuel opératoire). — Fractures de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe. — Les lavements. — Fistules à l'anus. — Toucher rectal. — Délivrance.

— Par décret, en date du 9 décembre 1897, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. Reech, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Labrevoit, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. Le Renard, médecin aide-major de première classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Pain, Guizol, Garde, Harlez, Thelliez, Walch, Paul Boncour, Verliac, Bussière, Dantan, Deleneuville, Trajit, Coulouma, Girard, Steeg, Clerc, Pitot, Beaussenat, Durand, Ysambert, Campistron, Dupuis, Jeannin, Marie, Pellerin, Lefebvre, Juvanon, Monscourt, Gouin, Couette, Barraud, Gauthier, Yardin, Chavin, Buisson, Martinais, Dupont, Laissus, Magne, Gannat, Rochebois, Goupil, Dumas, Lesage, Legrand, Drouet, Regaud, Bize, Dumarest, Palas, Coulmont, Loubat, Dezon, Piard, Farret, Macrez, Guiart, Goudard, Ovize, Brousse, Pourtier, Cournol, Hennecart, Granval, Jocet, Briançon, Vergely, Daubois, Mimin, Picard, Guy, Meynard, Terson, Pelon, Richard, Philouze, Lajugie, Christiaens, Fabre, Planche, Audouin, Braun et Rinuy.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Salles, Ferroud, Arthus, Sorel, Cros, Martin et Gastou.

— Le concours pour une place de médecin-adjoint à l'infirmerie de Saint-Lazare vient de se terminer par la nomination de M. le docteur L. Wickham, ancien chef de clinique de la Faculté.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Guiart (Pierre-Louis-Jules-Abel), docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Mairet, doyen, est nommé doyen honoraire.

M. Valleton, professeur d'histologie, est nommé doyen de ladite Faculté.

— *Ecole de médecine d'Amiens.* — M. Decamps, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé d'un cours de pathologie médicale.

— *École de médecine de Reims.* — M. le docteur Simon est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Jeanne est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— La Société de médecine de Paris vient de renouveler son bureau pour l'année 1898. Ont été nommés : président : M. A. Voisin; vice-président : M. L. Julien; secrétaire général : M. Martin-Durr; secrétaires annuels : MM. Mouzon et Sibut.

— MM. les docteurs dont les noms suivent sont nommés membres des Comités d'inspection et d'achats de livres des bibliothèques des villes ci-après désignées :

Aix-les-Bains : MM. J. Guillaud et Maximin Legrand ; Épernay: M. Évrard, adjoint au maire; Gap : M. Coronat, père ; Nantes : M. le professeur Fleury; Perpignan : MM. Coiffier et Vibert, conseillers municipaux; Reims : M. Guelliot; Saint-Nazaire : M. Griffon du Bellay ; Vitry-le-François : MM. Mougin et Vast.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bellangé (de Paris) et Doumic (de Poissy).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fêtes de Noël et du Jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du Jour de l'An, les billets d'aller et retour, délivrés du 24 décembre 1897 au 3 janvier 1898, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 5 janvier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

composés de deux pièces, comme les pinces et les ciseaux, pourront avoir une articulation démontable. Celle de Collin est de beaucoup la meilleure : si on ne désirait pas avoir cette dernière, il faudrait se pourvoir d'instruments à articulation fixe à vis. Ce dernier modèle, non démontable, est tout aussi bon que le précédent, quand on fait usage de l'ébullition pour stériliser les instruments.

Le praticien devra également avoir :

Quelques sondes uréthrales ;
1 sonde de femme ;
Quelques sondes molles de Nélaton ;
Quelques sondes coniques en gomme ;
Quelques bougies exploratrices ;
Quelques bougies filiformes.

PRÉPARATIFS POUR OPÉRATIONS A DOMICILE. — a. *Table d'opération :* une table de 80 centimètres de haut, de 50 centimètres de large, de 1 m. 80 de long. A son défaut, une porte étroite ou une rallonge de table posée sur des tréteaux. Sur cette table, on disposera une couverture pliée, puis quelques journaux et une toile cirée, le tout recouvert d'un drap propre.

En cas d'opération gynécologique, une table de 1 mètre suffit ; on devra ajouter à son extrémité deux porte-jambes qu'on peut remplacer par deux aides.

b. *Local.* — Choisir la pièce la plus éclairée et la plus aérée, la chauffer à une température de 22 à 23 degrés, couvrir le parquet de journaux, puis de vieux draps, enlever les meubles, les objets inutiles, de façon à n'avoir que la table d'opération en pleine lumière, trois tables légères recouvertes d'une serviette, ainsi que quelques tabourets. Ces divers meubles servent à poser les cuvettes, plateaux, etc. Un seau de toilette sera disposé au-dessous de la table d'opération.

c. *Linge et menus objets.* — Quelques serviettes, mouchoirs, draps, tabliers nouvellement lessivés, quelques brosses de chiendent à dos de bois, des épingles anglaises. Pour bandage, on pourra avoir des bandes de tarlatane de 10 centimètres de large ou bien des bandes de toile coupées dans un vieux drap. Ces bandes seront roulées d'avance et très serrées. S'il s'agit d'un pansement sur le tronc, on choisira une serviette pliée en deux ou une large bande de flanelle.

Comme les éponges doivent être proscrites, on préparera les tampons de la façon suivante : on prend une masse peu tassée d'ouate hydrophile, du volume d'un œuf de dinde environ, puis on l'enveloppe d'un petit carré de tartalane dont on rapproche les bouts en les nouant en bourse à l'aide d'un fil.

d. *Vaisselle.* — Quelques cuvettes de toilette pouvant être remplacées par des soupières, saladiers, etc. Quelques plats creux pour les instruments ; des marmites ou bouilloires contenant plusieurs litres et destinées à bouillir l'eau, les tampons, etc. On aura également une louche pour transvaser les liquides.

On devra laver ces objets à l'eau chaude carbonatée ou à la brosse et au savon.

e. *Stérilisation.* — On enveloppe dans une grande serviette quelques mouchoirs, brosses à ongles, tampons, serviettes, tubes de caoutchouc, etc. Cette serviette est fermée en bourse avec une ficelle et plongée dans une marmite d'eau. On mettra dans cette eau autant de poignées de sel marin qu'il y a de litres, en ayant soin préalablement d'envelopper ce sel dans un mouchoir fermé ; on portera à l'ébullition pendant une demi-heure.

On remplira d'eau deux autres marmites, l'une sera portée à l'ébullition pendant trois quarts d'heure, l'autre sera chauffée de la même façon, quelques instants seulement avant l'opération, de façon à avoir une marmite d'eau bouillie chaude et une marmite d'eau bouillie froide. Chaque pièce de vaisselle sera flambée à l'aide de quelques gouttes d'alcool.

f. *Le lit du malade* sera placé dans une pièce voisine, et bassiné pendant l'opération avant de recevoir le patient.

g. *Pansements et médicaments.* — On devra se procurer :

Anesthésiques : chloroforme, cocaïne, éther ;
Antiseptiques : acide phénique, sublimé ;
Alcool : pour dégraisser la peau et flamber les cuvettes ;
Bandes de gaze ;
Ouate ordinaire ;
Ouate hydrophile ;
Gaze plâtrée.

On peut faire usage de ces derniers objets fournis par le commerce, ou bien de lamelles d'ouate et de gaze plâtrée disposée sous forme de bandes roulées extrêmement tassées et occupant peu de place.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1900

(Les concours seront clos fin février 1900.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la médication par les sucs organiques.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX BAILLARGER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX BARBIER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX CAPURON. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du traitement hydrominéral des albuminuries.*

PRIX MARIE CHEVALIER. — 6000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Les délires dans la paralysie générale.*

PRIX CLARENS. — 400 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Résultats du traitement chirurgical du cancer des ovaires.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX FALRET. — 700 francs. (Bisannuel.) — Question : *Les formes cliniques de la neurasthénie. — Leur traitement.*

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX ITARD. — 2400 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou

de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX LAVAL. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1397.)

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1396.)

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PERRON. — 3800 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.*

PRIX POURAT. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

PRIX SAINTOUR. — 4400 francs. — (Voir plus haut, p. 1397.)

PRIX STANSKI. — 1400 francs. — (Voir plus haut, p. 1397.)

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1397.)

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier et Roger.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Amussat, d'Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Th. Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Laborie, baron Larrey, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Nativelle, Nivet, Perron, Ricord, Roger, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre 1897. — Présidence de M. DELENS.

FIN DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

M. Richelot répond à MM. Segond, Reclus, Pozzi et Reynier. (Sera publié.)

RAPPORTS

M. PICQUÉ fait plusieurs rapports sur des travaux adressés à la Société.

Cure radicale de hernie. — C'est d'abord une observation de M. Giles (de Montpellier), sur un cas de cure radicale d'une grosse hernie inguinale par accolement sur parois du sac.

Péritonite herniaire. — M. Lemonier (de Rennes) a adressé une observation intéressante de péritonite herniaire. Il s'agit d'un malade étant amené à l'hôpital à pieds et présentant tous les signes locaux d'un étranglement herniaire. M. Lemonier pratique l'opération, ouvre le sac, ne trouve que des adhérences qu'il détache et un peu de péritonite; il se contente de réintégrer l'intestin dans la cavité abdominale. Le malade a bien guéri. M. le rapporteur fait ressortir l'intérêt de cette péritonite herniaire.

Guérison d'un anus contre nature. — M. Granda (de Nice) a envoyé une observation dans laquelle il s'agit d'un malade chez lequel il a libéré un anus contre nature, fixé les deux anses ainsi libérées sur un bouton de Murphy et obtenu ainsi la guérison.

Ostéome du coude. — M. Brault (d'Alger) a communiqué une observation d'ostéome du coude. A la suite d'un violent coup de pied de cheval sur le coude, le malade a vu se développer dans cette région une tumeur assez volumineuse que l'opération a montré être un ostéome, une myosite ossifiante. Ces cas sont assez rares et l'observation de M. Brault présente un réel intérêt.

Ablation d'un polype naso-pharyngien par la voie nasale. — Enfin M. Gaudier a communiqué une observation de fibrosarcome de l'arrière-cavité des fosses nasales dont il a fait l'ablation par la voie nasale. M. Picqué, en rendant compte de cette observation, déclare que, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels, c'est à la voie palatine et non à la voie nasale qu'il faut recourir pour l'ablation de ces tumeurs. En effet, presque tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui sur les avantages de la voie palatine pour aborder et extirper ces tumeurs.

LECTURE

Rate accessoire. — M. TÉMOIN donne lecture d'une observation dans laquelle il s'agissait d'une petite tumeur qu'il a extraite de la cavité abdominale et que l'examen histologique aurait montré être une rate accessoire.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Corps étranger de l'œsophage. — M. JALAGUIER présente un sou qu'il a extrait à l'aide du panier de Græfe et qui avait séjourné dix-sept jours dans la portion cervicale de l'œsophage d'un enfant de quatre ans et demi.

C'est à l'aide de la radiographie que le siège exact de ce corps étranger avait pu être déterminé.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séances du 15 décembre :

Anatomie. — MM. Lance, 12. — Keudirdjy et Mauté, 11. — Polle, 10. — Mesley, 9. — Foulon et Mutzner, 8. — Leduc, 6. — Marmasse, 5. — Sée, 3.

Pathologie. — MM. Milhiet, 13. — Caubet et Lacapère, 12. — Coudert, Girod, Lévy et Mircouch, 10. — Chéruy, Leh et Mautoux, 9. — Lortat-Jacob, 8. — Sentex, 7.

— Par arrêté ministériel, en date du 14 décembre 1897, sont admis à concourir, pour les bourses du doctorat en médecine

de quatrième année, les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note bien le deuxième examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° en une composition de physiologie; 2° en une composition de chirurgie.

— *Hôpitaux de Poitiers.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : Internes, MM. Fradin et Rivaud; interne provisoire, M. Mesmin.

— *École de médecine de Poitiers.* — Le concours pour une place d'aide d'anatomie s'est terminé par la nomination de M. Rivaud.

— Dans sa séance du 9 décembre, la Société médicale du IXe arrondissement a ainsi renouvelé son bureau pour 1898 :

Président : M. P. Garnier; vice-président : M. R. Jamin; secrétaire général : M. Ozenne; secrétaire-adjoint : M. Dagron; trésorier : M. Duboys de Lavigerie; secrétaires des séances : MM. Davau et Millon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ribard (de Pontoise).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Neurosine Prunier — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 146. — MARDI 21 DÉCEMBRE 1897. 70e ANNÉE. MARDI 21 DÉCEMBRE 1897. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 20 décembre 1897.

La lecture du rapport au Conseil de l'Université de Paris est toujours intéressante et instructive.

On peut y lire les renseignements suivants :

Ont pris la première inscription :

Du 15 octobre au 6 novembre. .	256	étudiants.
Du 6 novembre au 15 novembre. .	46	—
Du 15 — au 30 — . .	13	—
Du 1er décembre au 30 décembre. .	11	—
Du 1er janvier au 15 janvier . .	5	—

C'est-à-dire que, sur 331 nouveaux élèves, 256 se sont régulièrement inscrits et 75 ont pu se faire ouvrir les portes, alors qu'elles étaient régulièrement fermées. En chiffres ronds, les deux tiers des inscriptions se font d'après les règlements et un tiers sont anormalement autorisées. Pourquoi? Le rapport est muet sur cette question et nous ne saurions être plus documenté que lui. Mais glissons sur les influences mystérieuses et indépendantes de la Faculté qui vicient l'origine même des études. Contentons-nous d'examiner les résultats qui peuvent s'ensuivre.

Lorsqu'une école ouvre ses cours et qu'elle a reçu ses élèves nouveaux, la liste est close définitivement et l'enseignement une fois commencé suit son cours régulier. Il devrait en être ainsi à la Faculté de médecine. Lorsque les élèves de première année sont répartis dans les pavillons, les amphithéâtres ou les laboratoires, ceux qui viennent tardivement prendre leurs inscriptions trouvent tout encombré devant eux. Les séries d'élèves sont complètes, les laboratoires regorgent, les salles de dissection sont combles. Aussi ces nouveaux venus, illégalement admis, ne dissèquent pas, ne suivent pas les travaux pratiques. Ce n'est pas leur faute, ils ne le peuvent pas; on leur a ouvert le registre des inscriptions, ils sont étudiants, mais ne peuvent étudier. Nous nous demandons comment ces élèves prendront leurs autres inscriptions. Pourront-ils produire les certificats d'assiduité nécessaires? Évidemment non, et cependant on ne leur refusera pas leur inscription ultérieure et on ne saurait la leur refuser. Leurs études commencées illégalement se continuent de même.

Puisque nous avons, à Paris, pléthore d'étudiants, pourquoi ouvrir le registre d'inscriptions, alors qu'il est fermé? N'y aurait-il pas là un remède, bien faible, il est vrai, mais enfin efficace, contre cet encombrement dont on parle toujours, mais contre lequel on ne réagit jamais ?

La semaine dernière, au concours de la médaille d'or de chirurgie, les candidats les plus en vue se sont retirés après la première épreuve, laissant seul, devant le jury, le candidat qu'ils considéraient, à tort ou à raison, comme le favori.

En même temps, au concours d'agrégation en médecine, qui se tient en ce moment à la Faculté de Paris, 12 des candidats parisiens se sont retirés, et non ceux de moindre valeur, laissant le jury en face de candidats qui passent pour devoir être écoutés d'une oreille plus favorable.

Nous nous bornons, en ce moment, à signaler ces deux faits qui se sont déroulés simultanément devant deux jurys différents.

Cette grève de candidats qui jugent d'avance leurs juges, est un signe des temps. Nous l'avions prévue et annoncée il y a déjà six ans, lors d'un concours d'agrégation resté fameux. Nous nous réservons, s'il y a lieu, de revenir sur ces incidents.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Approche des vacances du jour de l'an, trêve des confiseurs?... les communications se raréfient au sein des sociétés savantes, et en particulier au sein de la Société médicale des hôpitaux.

Les travaux originaux sont remplacés par des débats — parfois orageux — sur les réformes à apporter au concours des hôpitaux, mais... il faut se taire, car ces discussions ont lieu à huis clos, ce qui, on le pouvait prévoir, ne contribue pas à les rendre plus lumineuses.

M. Troisier, à l'appui de la dernière communication de M. Guinon, sur la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde, apporte un nouveau cas intéressant. Il s'agit d'une femme atteinte de pleurésie et soignée, pour cette maladie, à l'hôpital Beaujon; quarante jours après son

entrée, elle commença une fièvre typhoïde. Or, depuis son entrée à l'hôpital, cette malade n'avait bu que du lait et des limonades faites avec l'eau de la Dhuys; par contre, cette malade couchait à côté de typhiques.

M. Netter communique quelques faits très concluants à l'appui de la même thèse, et, en particulier, des exemples de contagion dans le personnel hospitalier; et, il est à remarquer que les sujets atteints sont toujours ceux que leurs fonctions retiennent dans les salles où les typhiques sont soignés; de même, parmi les infirmières, celles du service de nuit payent, certes, un plus large tribut à la contagion.

MM. Rendu, Hayem, Galliard, Lemoine, Œttinger, Richardière, signalent tous des faits assez probants de contagion hospitalière.

M. André Petit signale *un fait* qui vient à l'appui des observations de M. Le Gendre, sur l'influence de la ménopause sur les fonctions du rein, et M. Troisier résume une observation démontrant la possibilité d'une récidive d'un hydropneumothorax tuberculeux.

HOPITAL TENON. — M. P. Le Gendre.

La ménopause et le rein (1).

L'influence exercée par la ménopause sur l'appareil circulatoire et le système nerveux est bien connue; on sait combien les troubles vaso-moteurs (bouffées de chaleur, céphalées congestives, palpitations) sont fréquents, lorsque les règles sont suspendues ou définitivement arrêtées. On connaît bien les troubles psychiques (irascibilité, hypocondrie, neurasthénie) qui peuvent se montrer d'une façon plus ou moins durable; la ménopause peut créer des névroses ou aggraver les névroses préexistantes.

On a moins étudié, à ce qu'il me semble, le retentissement de la ménopause sur la fonction rénale. Et cependant plusieurs faits dont j'ai été le témoin me font penser que la suspension des règles a quelquefois pour effet d'entraver l'excrétion urinaire — soit en provoquant une congestion rénale et, par suite, une diminution de la quantité des urines — soit en privant l'organisme d'une voie d'émonction et en créant par rétention de poisons, que d'ordinaire peut entraîner le sang menstruel, un certain degré d'auto-intoxication, hypothèse en harmonie avec celle qui a été avancée par les partisans d'une théorie pathogénique de la chlorose par auto-intoxication.

C'est surtout chez des femmes présentant à un haut degré les attributs du neuro-arthritisme que l'interruption ou la suppression des règles retentit d'une façon fâcheuse sur l'appareil urinaire.

J'ai soigné pendant plusieurs années une dame qui avait au plus haut point le tempérament arthritique : sanguine, avec des réflexes vaso-moteurs d'une violence excessive, elle avait eu plusieurs fois des hémoptysies ou des épistaxis, des congestions hémorroïdales, quand ses règles, d'ordinaire abondantes, manquaient ou étaient retardées. Au moment où les irrégularités menstruelles, devenant plus accentuées, préludaient à la ménopause, j'ai constaté plusieurs fois chez elle, les mois où les règles ne paraissaient pas, un ensemble de phénomènes qui consistait en des douleurs lombaires, une céphalée violente, des nausées ou des vomissements. Ayant alors fait recueillir méthodiquement les urines, je constatai que l'excrétion quotidienne était considérablement diminuée; une fois, j'y trouvai du sang, plusieurs fois de petites quantités d'albumine. Ce syndrome disparaissait après l'application de sangsues sur le col utérin, de ventouses scarifiées sur la région lombaire, de lavements multipliés et autres moyens propres à activer la diurèse.

Quand il existe un rein ectopié, la congestion de cet organe est facile à constater chez les femmes maigres, puisqu'on peut le saisir, pour ainsi dire, entre les deux mains, pour en apprécier le volume, la consistance et la sensibilité. Or, j'ai plusieurs fois fait, chez des femmes dont les règles étaient retardées ou suspendues, cette constatation que le rein flottant était, à ce moment, douloureux, turgescent, moins mobile.

J'ai même, dans un cas récent, soigné avec mon très distingué confrère, le docteur Margery (de Sannois), une dame arthritique et névropathe, atteinte de rein mobile, dont la ménopause est en train de s'effectuer, et qui, sous l'influence de la disparition de ses règles, présenta une céphalée très pénible, un état nauséeux, un certain degré d'anasarque, une augmentation très notable du volume et de la sensibilité du rein ectopié, en même temps que le taux des urines tombait à 300 grammes et même 250 grammes par jour. Le régime lacté et la théobromine amenèrent en peu de jours les urines à un taux suffisant; en même temps, disparaissaient l'œdème avec les autres symptômes d'insuffisance rénale. Le mois suivant, les règles parurent à l'époque habituelle; le syndrome urémique ne se montra pas. Un mois après, les urines diminuèrent de nouveau, au moment où les règles auraient dû venir et ne vinrent pas; le rein se tuméfia, l'œdème s'esquissa; mais le lait et la théobromine coupèrent court à ce cortège de l'ischurie.

Mais c'est surtout lorsqu'il existe une affection chronique du rein que la connaissance du retentissement possible de la ménopause sur la fonction rénale est importante au point de vue du pronostic et du traitement.

L'exemple suivant montre une néphrite interstitielle, à évolution lente et bien supportée jusque-là, brusquement aggravée par l'apparition d'une poussée congestive à chaque époque menstruelle, quand les règles étaient trop peu abondantes ou en retard.

Une dame de quarante-neuf ans, fille de rhumatisant et de goutteux, avait eu, dans sa vie, de nombreuses manifestations arthritiques et nerveuses (migraines, bronchites sibilantes à répétition, emphysème, spasmes glottiques d'origine nasale); après avoir été maigre pendant sa jeunesse, elle était devenue obèse vers la quarantaine. Elle me consulta pour la gêne considérable que lui causait l'essoufflement. Je constatai un visage violacé, un bruit de galop, un forte tension artérielle, de la pollakiurie et de la polyurie, mais sans albuminurie. Je la soumis à un régime d'amaigrissement graduel, et, au bout de quelques mois, elle se trouvait débarrassée de tous ses malaises. Les règles étaient jusqu'alors venues chaque mois, à époque fixe. La seule fois de sa vie qu'elles avaient manqué, quelques années auparavant, cette dame avait eu, me dit-elle, une apoplexie pulmonaire.

Un jour je fus prié, par le confrère très instruit qui suivait la malade, M. le docteur Vinache, de venir constater son état; car elle venait d'avoir, m'écrivait-il, « après des

---

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

vomissements verdâtres peu abondants et glaireux, des accidents convulsifs suivis d'hémiplégie gauche transitoire et d'un sommeil plus ou moins comateux, interrompu par moments par une excitation particulière. » L'urine, d'ordinaire abondante, et qui, cinq ou six jours auparavant, ne présentait pas d'albumine, ainsi que je m'en étais assuré, était devenue rare, foncée, et contenait environ 1 gramme d'albumine. Les règles avaient quelques jours de retard. La malade conserva deux ou trois jours un peu de paraphasie et d'hébétude; puis, les règles venues, l'albumine disparut brusquement, les urines furent de nouveau abondantes et notre cliente reprit sa vie ordinaire.

A quelque temps de là, également à une époque menstruelle, réapparition de signes de congestion rénale et d'urémie (urines diminuées, foncées, albumineuses, accès éclamptique). Saignée. Disparition des accidents nerveux et de l'albuminurie.

Une troisième fois, malheureusement, et dans les mêmes conditions de coïncidence avec l'époque menstruelle, une nouvelle crise d'urémie cérébrale apoplectiforme et convulsive emporta notre malade.

Nous fûmes très frappés, mon confrère et moi, de la régularité presque mathématique avec laquelle, à l'époque menstruelle, reparaissait la poussée congestive du rein, avec son cortège d'accidents urémiques, sans qu'aucune imprudence eût été faite, malgré un régime convenable, tandis que, l'époque menstruelle passée, tout rentrait dans l'ordre et il n'existait plus que les signes d'artério-sclérose avec lesquels la malade vivait depuis des années. Il nous a semblé manifeste, dans ce cas, que les retards et la diminution des règles étaient la cause provocatrice de la congestion intense du rein qui, se produisant sur un organe dont la circulation était d'ordinaire défectueuse, le rendaient subitement assez inférieur à sa tâche d'émonctoire pour faire éclater l'urémie.

Il m'a paru utile d'attirer l'attention sur les faits de ce genre, que je crois peu connus, et je termine cette courte note par les conclusions suivantes.

Conclusions. — Chez certaines femmes, au moment de la ménopause, la diminution, les retards, et la suppression de l'écoulement sanguin menstruel peuvent provoquer une congestion rénale d'intensité variable avec un cortège d'accidents qu'il est utile de savoir rapporter à leur véritable cause pour les prévenir ou les faire disparaître.

Ces accidents sont la diminution de la sécrétion urinaire, quelquefois une légère albuminurie, ou une hématurie passagère, souvent des douleurs lombaires, des nausées et vomiturítions, une céphalalgie intense.

Ils peuvent être prévenus, atténués, ou supprimés par une émission sanguine (ventouses scarifiées ou sangsues sur la région rénale, sangsues sur le col utérin ou saignée générale) et par une médication diurétique (lait, théobromine).

Quand il existe un rein flottant, ces accidents congestifs sont peut-être plus accentués, et, en tout cas, il est plus facile de vérifier par le palper l'état congestif du rein, qui devient turgescent, douloureux et moins mobile.

Ces accidents se produisent surtout chez les femmes ayant à un haut degré les attributs du neuro-arthritisme.

Lorsqu'il existe une affection chronique du rein, l'arrivée de la ménopause devient une circonstance aggravante, par suite des poussées congestives que chaque époque menstruelle provoque du côté de l'organe déjà malade, si l'écoulement sanguin est retardé ou insuffisant.

DÉTERMINATIONS HÉPATIQUES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE EN ALGÉRIE

Par M. Crespin, médecin de l'hôpital de Mustapha (Alger).

Les affections du foie sont très fréquentes dans les pays prétropicaux, en Algérie particulièrement : c'est une constatation faite depuis longtemps par les médecins civils ou militaires qui ont exercé dans ces pays.

Il était donc rationnel de rechercher si, dans une grande maladie générale, comme la fièvre typhoïde, le foie était touché plus profondément en Algérie que dans les pays tempérés.

Mais, pour résoudre cette question, et donner à cette solution un peu d'intérêt, il fallait nécessairement opérer une sélection sévère parmi les nombreuses observations que nous avons pu recueillir en deux ans.

En effet, beaucoup de nos typhiques étaient des jeunes gens nouvellement arrivés de France : il est clair que ceux-ci, n'ayant pas eu le temps d'être influencés par le climat de la colonie, ne pouvaient nous être d'aucune utilité au point de vue où nous nous plaçions.

En outre, d'anciens habitants du pays avaient été atteints antérieurement de suppurations hépatiques, de kystes hydatiques, de malaria ou d'autres affections susceptibles d'intéresser plus ou moins directement le parenchyme hépatique, ceux-là devaient être également éliminés de notre champ d'observations, parce que ces lésions importantes, constatées antérieurement, devaient être une cause d'appel pour le bacille d'Éberth ou les agents l'accompagnant; il n'y avait dès lors rien d'intéressant à constater qu'au cours d'une fièvre typhoïde, le foie de ces malades était touché profondément et d'une manière constante. Il est évident que, dans ces cas, le climat constituait un facteur de gravité dans le cours de la dothiénentérie, mais le climat n'agissait là que médiatement, par l'intermédiaire d'une lésion antérieure, relevant celle-là directement de son influence (et par climat nous entendons, non seulement l'ensemble des conditions cosmiques d'un pays, mais aussi la flore microbienne régnante).

Bien plus intéressante devait être l'étude des modifications du foie, survenant du fait de la fièvre typhoïde, chez des gens indemnes, en apparence, de toute tare hépatique antérieure, séjournant en Algérie depuis un an au moins.

Aussi, après cette double élimination, sur un total de 80 observations, nous n'en retiendrons guère que 20, et sur ces 20, il en est 2 qui se rapportent à des alcooliques, légers il est vrai, mais susceptibles néanmoins d'introduire un élément d'erreur dans la comparaison de ces divers cas.

Voici d'ailleurs ces 20 observations résumées autant que possible.

Observation I. — Jean C..., quinze ans, italien, né en Algérie; fièvre typhoïde ataxo-adynamique des plus graves; la défervescence ne commence guère qu'au trente-cinquième jour.

Le cinquième jour, vive douleur dans l'hypocondre droit; le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt, et est douloureux à la palpation. Teinte subictérique des conjonctives.

Le petit malade eut le foie tuméfié et douloureux pendant

toute sa maladie, et conserva, pendant longtemps après la guérison (deux mois), un point sensible à la pression dans l'hypocondre droit.

La convalescence fut très longue; les fonctions digestives ne se rétablirent que tardivement.

Les urines, toujours très rares (250 à 450 grammes), augmentèrent un peu de quantité, quelques jours après la chute de la température, mais la véritable crise polyurique ne se produisit que vers le quarantième jour.

L'urobiline, très abondante dès le premier jour de la maladie, ne disparut qu'une fois la convalescence définitivement installée : l'urée qui était excrétée pendant tout le cours de la fièvre typhoïde, à la dose de 5 à 9 grammes par vingt-quatre heures, n'atteignit les chiffres de 20, 21 grammes, qu'avec la reprise de l'alimentation ordinaire.

Obs. II. — Th. C..., vingt-cinq ans, entre à l'hôpital de Mustapha le 15 octobre 1895, pour une fièvre typhoïde datant de trois jours. Vers le vingt-huitième jour, après une évolution absolument normale de tous les phénomènes habituels de la maladie, la guérison semblait assurée, en raison de la chute de la température depuis trois jours, du bon fonctionnement du cœur, et en dépit de la crise polyurique absente encore, quand la malade se plaignit des gencives, qui furent le siège d'une hémorragie en nappe peu considérable. Le lendemain, l'état général devint mauvais, des douleurs dans l'hypocondre droit se déclarèrent assez violentes, le thermomètre marqua 40 degrés, en même temps qu'un ictère assez léger, sans décoloration des selles, devenait évident. Les urines, presque supprimées (150 grammes à peine), donnaient la réaction de Gmelin. Après deux jours de fièvre intense, de délire violent, la malade succombait.

A l'autopsie, on trouve, outre les lésions intestinales cicatrisées, une légère inflammation des gros tissus biliaires, un foie tuméfié présentant de nombreuses taches blanches, dites taches de Hanot, et, en certains points, des portions ayant subi un commencement de ramollissement.

Obs. III et IV. — Deux fièvres typhoïdes fort bénignes chez deux jeunes gens : le foie dépasse cependant légèrement les fausses côtes chez tous deux, et dans leurs urines, on décèle de l'urobiline en grande abondance.

La convalescence fut très longue chez tous deux, et fut marquée par des troubles digestifs assez tenaces.

Obs. V. — D. C..., portefaix, depuis dix ans en Algérie; alcoolique léger (âgé de trente et un ans). Fièvre typhoïde avec diarrhée intense et vomissements; teinte subictérique des conjonctives, foie légèrement tuméfié et douloureux; la défervescence se fait après de grandes oscillations thermiques le vingt-huitième jour.

Les urines, rares (500 grammes), sédimenteuses, ont contenu, pendant quatre jours, 1 gramme d'albumine par litre, albumine qui disparut subitement sans entraîner de complications rénales immédiates.

L'urobiline et son chromogène ont été rencontrés en abondance pendant tout le cours de cette dothiénentérie. L'urée ne dépassa jamais 12 grammes et s'abaissa peu après à 6 grammes par vingt-quatre heures; sa courbe ne remonta, et très lentement, qu'après l'établissement de la convalescence.

Apparition, au cours de cette convalescence, d'un prurit tenace, sans éruption, sans ictère.

Obs. VI. — L. M..., cuisinière, quarante-deux ans. Fièvre typhoïde très grave, ataxie adynamique; délire furieux; subictère; hémorragie intestinale au vingtième jour, et mort le lendemain dans l'hypothermie.

Urobiline en grande quantité dans l'urine; urée, 10 grammes en vingt-quatre heures (quantité d'urine, 500 grammes). A partir du troisième jour, impossibilité absolue de recueillir les urines qui étaient émises, d'ailleurs, en quantité absolument minime.

Obs. VIII. — Athan J..., trente ans; un peu d'alcoolisme. Fièvre typhoïde à courbe thermique peu élevée, mais très tenace. Vomissements dès le début de la maladie, persistant trois jours et cédant aux moyens ordinaires.

Le quinzième jour, au moment de l'acmé, douleur légère dans l'hypocondre droit; le foie est augmenté de volume, dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt et est sensible à la palpation.

La fièvre persiste jusqu'au quarantième jour, la douleur dans l'hypocondre droit ne disparaît qu'en pleine convalescence, convalescence marquée par de fréquentes indigestions.

L'urobiline et son chromogène ont été trouvés en abondance pendant toute la durée de la maladie, et pendant les premiers jours de la convalescence. L'urée est restée constamment au-dessous de 15 grammes et au-dessus de 10 grammes.

Obs. VIII. — F... N..., jardinier, vingt-cinq ans. Fièvre typhoïde accompagnée d'une stupeur profonde et de délire calme. Le foie a été trouvé augmenté de volume, dès les premiers jours, et douloureux à la pression. Hémorragies nasale et intestinale le vingt-deuxième jour; défervescence tardive (trente-cinquième jour). Convalescence longue, interrompue par des malaises avec fièvre, courbature, vomissements. Le foie ne reprit ses dimensions que trois mois après le début de la maladie.

Urobiline en quantité notable dans les urines, urée constamment au-dessous de 18 grammes et au-dessus de 15 grammes.

Obs. IX. — J. R..., cultivateur, vingt-huit ans. Fièvre typhoïde très légère, défervescence complète le dix-neuvième jour. Dans l'urine, on n'a trouvé qu'une quantité insignifiante d'urobiline pendant les premiers jours, et l'urée a atteint les chiffres de 20, de 25 grammes.

Obs. X. — B. P..., couturière, trente-deux ans. Fièvre typhoïde intense, ayant duré quarante-cinq jours. Foie gros et douloureux pendant toute la durée de la maladie; diarrhée très tenace. Convalescence longue; sensations de froid très fréquentes et très pénibles, survenant vers le soir.

Urobiline en grande abondance dans l'urine pendant la maladie et ayant persisté longtemps pendant la convalescence. L'urée atteignit un jour 20 grammes, mais resta les autres jours constamment au-dessous de 16 grammes et au-dessus de 12 grammes.

Obs. XI. — J. L..., manœuvre, vingt-six ans. Fièvre typhoïde dont le début fut marqué par des épistaxis très violentes, très tenaces. Phénomènes ataxo-adynamiques très marqués; résistance aux bains; hémorragie intestinale le quinzième jour; mort d'insuffisance cardiaque le trentième jour.

Urobiline en quantité notable dans l'urine : urée n'ayant jamais dépassé 12 grammes. Le foie et la rate ont été trouvés très gros à l'autopsie; sur le foie, taches blanches de Hanot, hémorragies sous-capsulaires, en petits foyers; parenchyme hépatique mollasse, décoloré.

Obs. XII. — S. C..., palefrenier. Fièvre typhoïde ayant duré soixante jours. Rechute après six jours d'apyrexie vers le quarantième jour.

Le foie a été tuméfié et douloureux pendant le cours de cette dothiénentérie; il a diminué de volume pendant les jours d'apyrexie et a de nouveau pris des proportions assez considérables au moment de la rechute.

L'urobiline, toujours en quantité notable, a suivi presque les modifications du volume du foie : elle a baissé pendant l'apyrexie, pour revenir à une quantité plus grande avec la rechute. L'urée oscilla entre 12 et 16 grammes.

La convalescence fut très longue : épistaxis fréquentes ; inappétence de longue durée.

Obs. XIII. — C. M..., dix-sept ans, entre à l'hôpital avec une température peu élevée, de la prostration et de la constipation ; elle est malade depuis cinq jours. Le lendemain de l'entrée, en raison d'une hémorragie intestinale assez importante, le diagnostic de fièvre typhoïde s'impose.

La fièvre typhoïde évolua normalement, en dépit de la faible quantité des urines, de l'urobiline qu'elles contenaient en abondance et de l'urée excrétée en quantité absolument minime (6 grammes, 8 grammes en vingt-quatre heures).

Le vingtième jour, défervescence ; le vingt-cinquième jour, reprise prudente de l'alimentation. Le trente-troisième jour, c'est-à-dire treize jours après la défervescence, la malade saigne du nez et des gencives; elle accuse une douleur vive dans l'hypocondre droit, douleur qui irradie dans l'épaule droite. Le foie dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt : la palpation provoque de la douleur à son niveau. Le lendemain, ictère généralisé, décoloration des selles et température remontant à 39 degrés le matin, 39°5 le soir.

Les urines très peu abondantes (300 grammes), sédimenteuses, sont pauvres en urée et contiennent de l'urobiline en grande quantité.

Guérison très lente. Asthénie prononcée pendant longtemps.

Obs. XIV et XV. — Deux fièvres typhoïdes graves; mais aucun symptôme hépatique digne d'attirer l'attention chez ces malades : un peu d'urobiline vers le décours de la maladie, mais l'urée se maintint toujours à un chiffre assez élevé. La gravité de ces dothiénentéries résida d'ailleurs, pour la première, dans l'intensité des phénomènes nerveux ; pour la seconde, dans l'importance des phénomènes thoraciques.

Obs. XVI. — M. D..., lingère, trente-deux ans. Fièvre typhoïde, forme hémorragique : épistaxis fréquentes et abondantes; hémorragie intestinale le seizième jour; foie très gros et très douloureux dès le sixième jour : mort le vingtième jour dans le coma, après deux jours de délire furieux.

Urobiline en abondance pendant toute la durée de la maladie : urines rares, urée ayant oscillé entre 12 et 15 grammes par vingt-quatre heures. Pas d'autopsie.

Obs. XVII. — Al. B..., étudiant, vingt-deux ans. Fièvre typhoïde longue; deux rechutes caractérisées toutes les deux par la tuméfaction du foie et de la rate, qui reprenaient leurs dimensions normales quand la fièvre et les symptômes concomitants s'atténuaient. Pas de taches rosées pendant ces rechutes.

Urobiline en grande quantité dans l'urine ; urée n'ayant pas dépassé 15 grammes en vingt-quatre heures.

Obs. XVIII. — S. B..., épicière, trente-quatre ans. Fièvre typhoïde caractérisée par des épistaxis, une hémorragie intestinale le dix-huitième jour, une fausse défervescence avec reprise des phénomènes d'acuité après quarante-huit heures d'apyrexie : mort le vingt-sixième jour, avec des phénomènes d'insuffisance cardiaque.

Large bande d'urobiline ayant persisté pendant toute la maladie : urée ayant atteint en poids le chiffre de 19 grammes en vingt-quatre heures, mais ayant oscillé le reste du temps entre 10 et 13 grammes.

L'autopsie montre un foie décoloré, gros et douloureux en certaines portions, ramollissement assez prononcé. La vésicule contient peu de bile et ses parois sont le siège d'une inflammation très vive.

Obs. XIX. — Jeune garçon de dix-sept ans, fièvre typhoïde bénigne, de courte durée (vingt-deux jours), caractérisée par de l'urobiline en abondance dans l'urine, une légère tuméfaction du foie, des épistaxis abondantes et une convalescence très longue au cours de laquelle survinrent fréquemment des troubles digestifs, de la diarrhée, de la constipation.

Obs. XX. — J. M..., journalier, trente ans. Fièvre typhoïde grave, tuméfaction du foie dès le quatrième jour, rate à peine appréciable.

La convalescence s'établit péniblement, fut marquée par des troubles digestifs et l'apparition de crises d'hystérie qui, chez ce malade, survenaient pour la première fois.

L'urobiline, abondante pendant la maladie, a pu être décelée trois mois encore après la défervescence.

Tous ces malades ont été traités par la méthode de Brand, à l'exception des nos 5 et 6.

Ces observations ne sont pas complètes, puisqu'elles ne font pas mention de recherches histologiques ou bactériologiques : elles méritent cependant, croyons-nous, d'attirer l'attention, en raison des symptômes hépatiques qu'elles relatent, au cours de fièvres typhoïdes, généralement graves.

Chez tous ces typhiques, choisis entre beaucoup d'autres, et de la manière indiquée au début de ce travail, le foie a été intéressé manifestement (à l'exception des nos 6, 9 et 15).

La tuméfaction du foie, accompagnée de douleurs spontanées ou à la pression à son niveau, a été constatée 16 fois sur 20.

L'urobiline, recherchée à l'aide du spectroscope d'Yvon, a été rencontrée en abondance dans les urines des 16 malades précédents et, chez ces mêmes malades, l'urée s'est maintenue à un taux presque toujours très bas.

L'épreuve de la glycosurie digestive, tentée plusieurs fois, n'a pas révélé de trouble de la fonction glycogénique du foie.

D'une façon générale, ces fièvres typhoïdes ont été de longue durée : la convalescence s'est signalée par des troubles digestifs souvent très prononcés et aussi par une asthénie profonde.

Mais ce qui frappe le plus, à la lecture de ces observations, c'est la fréquence des hémorragies intestinales : sur 20 typhiques, il y eut 8 hémorragies intestinales; or la proportion ordinaire de ces hémorragies est de 6 sur 100 fièvres typhoïdes : nous voilà bien loin de cette proportion ! Il faut évidemment tenir compte du hasard des séries, mais le fait n'en est pas moins intéressant! La fréquence de ces hémorragies est-elle due à l'adultération hépatique, si évidente dans tous ces cas? Le peu de documents dont nous disposons, en ce moment, ne nous permet pas de répondre à cette question, ce qui ne serait cependant pas dépourvu d'intérêt.

L'ictère n'a été noté bien nettement que deux fois et dans deux rechutes. Un de ces cas se termina par la mort, l'autre par la guérison, après une convalescence très longue et mar-

quée par des troubles digestifs assez prononcés. Il convient de dire que ces deux cas étaient non des rechutes vraies, mais des pseudo-rechutes : les caractéristiques de la vraie rechute manquaient, c'est-à-dire d'une part l'éruption de taches rosées, d'autre part l'apparition de nouvelles plaques de Peyer tuméfiées ou ulcérées : il s'agissait, dans ces cas, d'une nouvelle infection éberthienne portant sur le foie presque exclusivement ou d'une infection secondaire : la bactériologie éclaircira certainement un jour l'histoire de ces fausses rechutes du type hépatique, dont le pronostic n'est pas univoque, comme l'indiquent nos deux observations.

Si l'on réfléchit que nos observations ne visent que des malades, indemnes en apparence de toute tare hépatique antérieure, si l'on veut considérer que les déterminations hépatiques de la fièvre typhoïde chez d'anciens « hépatiques » (et ceux-ci sont légion en Algérie) doivent naturellement être plus marquées, ces conclusions générales s'imposeront :

La fièvre typhoïde semble se jeter avec prédilection sur le foie, dans les pays prétropicaux, en Algérie notamment.

Chez ceux dont le foie n'a pas été touché antérieurement par une des affections climatériques nombreuses, susceptibles de l'intéresser, chez ceux-là, l'insuffisance hépatique n'est pas absolue et ne se révèle guère que par l'urobiline, la baisse de l'urée, peut-être par les hémorragies intestinales, nasales, gingivales, et par des troubles digestifs survenant d'ordinaire pendant la convalescence.

Dans ces cas, des phénomènes d'ictère grave n'ont pas été observés par nous, et à l'autopsie, nous n'avons pas rencontré l'atrophie de l'organe, mais bien plutôt la tuméfaction et un léger degré de ramollissement.

Cette prédilection de la fièvre typhoïde pour le foie en Algérie, une fois bien démontrée, expliquerait-elle la gravité de cette maladie, constatée dans ce pays, il y a longtemps, par M. Kelsch, qui s'appuyait surtout sur des statistiques militaires? En un mot, serait-ce l'adultération hépatique qui imprimerait à la fièvre typhoïde une marche plus sévère qu'en France ? Il serait imprudent de répondrecatégoriquement à semblable interrogation, car il faut tenir compte, dans l'évaluation des facteurs de gravité de la fièvre typhoïde en Algérie, de l'association fréquente de cette maladie avec la malaria, de la fièvre typho-palustre en un mot, entité morbide bien mal définie encore et d'un pronostic si sérieux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes 27 décembre 1897 au 1er janvier 1898)

Examens de doctorat.

Lundi 27 décembre, à une heure. — 2e examen (2e partie, 1re série) : MM. Ch. Richet, Weiss et André; — (2e série) : MM. Blanchard, Chassevant et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Delbet, Lejars et Varnier; — M. Hanriot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Walther; — (2e série) : MM. Marchand, Segond et Ricard; — (2e partie) : MM. Hayem, Déjerine et Widal; — M. Gaucher, suppléant.

Mardi 28 décembre, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Campenon, Quénu et Rémy.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Hallopeau et Albarran; — (2e série) : MM. Berger, Letulle et Gley.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Charrin et Thoinot; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Le Dentu et Nélaton; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Marfan et Ménétrier; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Troisier et Achard; — M. Marie, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier et Thiéry; — M. Roger, suppléant.

Mercredi 29 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Sebileau et Walther.

3e examen (nouveau régime) : MM. Gariel, Ch. Richet et Rémy.

2e examen (2e partie) : MM. Reynier, Retterer et Weiss; — (oral, 1re partie) : MM. Marchand, Tuffier et Lejars.

3e examen (2e partie) : MM. Brissaud, Gilles de La Tourette et Widal; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

Thèses de doctorat.

Mercredi 27 décembre, à une heure. — M. Nurdin. Tuberculose herniaire; — M. Guinebault. Contribution à l'étude de la rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren); — M. Pion. Contribution à l'étude de l'imperforation de l'hymen (MM. Tillaux, président; Reynier, Rémy et Sebileau).

Mardi 28 décembre, à une heure. — M. Hauser. Pathogénie du varicocèle symptomatique des tumeurs malignes du rein (MM. Guyon, président; Debove, Charrin et Hartmann). — M. Rosain. Abcès gazeux sous-diaphragmatiques (MM. Debove, président; Guyon, Charrin et Hartmann).

Mercredi 29 décembre, à une heure. — Mlle Levin. La syphilis ignorée (MM. Fournier, président; Landouzy, Déjerine et Gaucher). — M. Perret. De l'albuminurie des nouveau-nés. Rapports avec l'albumine et l'éclampsie maternelles; — M. Moulin. Contribution à l'histoire de l'érysipèle au point de vue thérapeutique. Traitement des streptococcies médicales (MM. Landouzy, président; Fournier, Déjerine et Gaucher). — M. Esnault. Contribution à l'étude de l'appendicite et particulièrement du siège pelvien; — M. Cornu. A l'hôpital il y a deux siècles; l'Hôtel-Dieu; les compagnons chirurgiens et externes; — M. Yordanoff. Recherches cliniques et bactériologiques des salpingo-ovarites (MM. Tillaux, président; Kirmisson, Delbet et Netter).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour la médaille d'or (médecine), s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Labbé; mention honorable : M. Ramond.

— *Concours de l'internat.* — Séances du 17 décembre :

Anatomie. — MM. Lefas, 11. — Housselot, 10. — Halberchtadt, Loizel et Meuriot, 9. — Housquains, Kermektchief et Mahar, 8. — Leclerc, 7. — Néret, 5. — Javal, 3.

Pathologie. — MM. Toupart, 13. — Guillain, 12. — Vaillant et Voisin (H.), 11. — Gougis et Mettey, 10. — Druelle et Hallopeau, 9. — Robillard, 8. — Rey, 7. — Benoît, 6.

La liste des candidats admis à subir les épreuves orales, ainsi que la date et l'heure à laquelle commenceront ces épreuves, seront affichées après la derniere séance d'anatomie à l'Administration centrale et à la Charité.

— La Faculté de médecine de Lyon a décerné les récompenses suivantes aux meilleures thèses soutenues pendant l'année scolaire 1896-1897 :

Médailles d'argent : MM. Bérard, Ch. Bonne et Courmont; —

Médailles de bronze : MM. Barjon, Dumarest, Gayet, Langlois, Regaud, Theaulon et Vanthey ; — Mentions honorables : MM. Bec, A. Bonne, Bonnifay, Danis, Déjouany, Dupuis, Jardon, Perrin, Pinet, Sacquepée et Tasti.

— L'Académie de médecine de Columbus (Ohio) n'a pas craint d'infliger un blâme à un de ses membres pour avoir autorisé dans un journal quotidien la publication d'une opération pratiquée par lui. La publication était accompagnée du portrait de l'opérateur.

Les griefs relevés contre le chirurgien sont au nombre de trois :

1° Il a permis à un profane d'assister à l'opération et à la leçon faite à ce sujet ;

2° Il n'a pas empêché la publication de l'article après en avoir pris connaissance ;

3° Il a même revisé le manuscrit de l'article publié.

Et l'on dit que l'Amérique est le pays de la réclame ! Si l'on censurait, en France, tous les opérateurs qui usent et abusent du procédé blâmé, avec raison, par nos confrères du Nouveau Monde, il faudrait instituer un ministère spécial de la censure.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boh (de Paris) ; L. Charlot (de Caudrot) ; Gellie, médecin en chef des prisons de Bordeaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lucas-Championnière a présenté un malade, en s'excusant de la banalité de son affection, qui n'a nécessité ni l'ouverture du ventre, ni celle de la tête. Ce malade n'en est pas moins intéressant : il était atteint d'une fracture grave de l'extrémité inférieure de l'humérus. M. Lucas-Championnière ne lui a appliqué aucun appareil. Il s'est contenté du massage et de la mobilisation. Cet homme jouit aujourd'hui de tous les mouvements de son bras, quarante jours après son accident. L'opinion, si ardemment soutenue par M. Lucas-Championnière en matière de traitement des fractures, est en telle contradiction avec l'enseignement classique de tous les traités de chirurgie, qu'on a quelque peine à s'y faire. Il faut pourtant bien se rendre à l'évidence des faits, et les cas présentés déjà à plusieurs reprises par l'éminent chirurgien, soit à l'Académie, soit à la Société de chirurgie, sont bien faits pour troubler les partisans les plus convaincus des appareils plâtrés ou autres. C'est, croyons-nous, surtout une question d'indication, et nous pensons, comme l'a justement fait observer M. Péan, qu'il faut savoir être éclectique. Un peu d'immobilisation d'abord, puis un peu de massage, valent peut-être mieux qu'une immobilisation trop prolongée ou qu'une mobilisation trop précoce. La question mérite qu'on s'y arrête et, comme nous ne doutons pas que M. Lucas-Championnière n'entraîne après lui de nombreux partisans, les faits ne manqueront pas qui permettront de la juger.

M. Kelsch a fait une lecture sur le diagnostic des phases initiales de la tuberculose pulmonaire par la radiographie. Les recherches de M. Kelsch démontrent que la radiographie décèle des tuberculoses latentes que, jusqu'ici, aucun signe ne permettait de reconnaître.

Deux communications intéressantes ont été faites à l'Académie, l'une par M. Chipault, l'autre par M. Montprofit (d'Angers). M. Chipault a présenté un malade qui était atteint d'ostéomyélite vertébrale, qu'il a opéré et qui est resté complètement guéri depuis sept ans.

M. Montprofit a communiqué une observation de résection du pylore pour une sténose cicatricielle. Sa malade a parfaitement guéri de cette résection suivie de l'anastomose du duodénum avec l'estomac.

L'Académie a renouvelé son bureau pour l'année 1898 : M. Jaccoud, vice-président, passe, de droit, président. M. Panas a été élu vice-président; M. Cadet de Gassicourt, qui emporte dans sa retraite de secrétaire annuel les regrets de toute l'Académie et de toute la presse, est remplacé par M. Vallin. MM. Mathias-Duval et Gautier sont nommés membres du Conseil.

ÉTUDE COMPARÉE DES CIRRHOSES DU FOIE (1)

Par E. LANCEREAUX,
Membre de l'Académie de médecine.

II

Dans cette étude comparée des cirrhoses il n'a pas été question, à cause de sa rareté et de sa faible importance, de la cirrhose anthracosique, ou cirrhose par poussières insolubles ; mais, diront quelques auteurs, il y a bien d'autres cirrhoses dont il n'est fait aucune mention, par exemple, la *cirrhose diabétique*, la *cirrhose saturnine*, la *cirrhose résultant de l'action de toxines*, etc. Loin de moi l'idée de nier qu'il n'y ait d'autres cirrhoses que celles dont il vient d'être parlé. Je suis même disposé à admettre que, d'un jour à l'autre, l'emploi de substances nouvelles dans l'alimentation, dans les boissons, pourrait bien engendrer des hépatites scléreuses non encore décrites. Toutefois, pour l'instant, il me faut avouer qu'il n'en est pas d'autres qu'il soit possible d'accepter définitivement.

Qu'est-ce, en effet, que la cirrhose diabétique? une conséquence de la glycosurie, comme semble l'indiquer son titre et comme le pensent quelques auteurs (2)? Nullement,

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1386.

(2) HANOT et CHAUFFARD. Cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré, *Rev. de méd.*, Paris 1882, p. 386. — M. LETULLE. Deux cas de cirrhose pigmentée du foie dans le diabète sucré, *Bull. et Mém.*

et les preuves en sont dans sa rareté et dans le fait de son absence au cours du diabète pancréatique où la glycosurie est des plus abondantes, et de son existence indépendamment de cette maladie, comme nous l'avons vu autrefois (1) et comme Letulle l'indiquait tout dernièrement encore. Si, en réalité, une relation étiologique a lieu entre la cirrhose et la glycosurie, c'est cette dernière qui est l'effet plutôt que la cause. La démonstration certaine est sans doute difficile à donner avec les cas connus de cirrhose diabétique, où trop souvent les auteurs ont négligé l'étude du pancréas, toujours si importante dans le diabète. Pourtant, il nous faut reconnaître que cet organe est fréquemment altéré, sclérosé, pigmenté, et que même ses acini sont parfois atrophiés, ainsi qu'il résulte d'un passage de la thèse du docteur Dutournier (2) : « Dans les cas où il a été examiné, écrit cet auteur, le pancréas, pigmenté dans sa totalité, revêt une teinte rousse plus ou moins foncée, comparée à la rouille ou à la chair musculaire. Sur une section, on trouve les acini colorés en brun et paraissant diminués de volume par suite du développement du tissu conjonctif interlobulaire; sa consistance est très dure, tellement dure parfois que l'ongle ne peut l'entamer. Comme volume, il est plutôt atrophié, avec des canaux perméables. » En présence de cette description et de la connaissance du rôle joué par les altérations du pancréas sur le diabète, il y a lieu de croire que la glycosurie, dans la cirrhose bronzée, est l'effet d'une lésion concomitante de cet organe; aussi devrait-on examiner, avec grand soin, le pancréas dans tous les cas de ce genre.

La cirrhose pigmentaire, d'ailleurs, ne peut constituer une espèce à part, car il suffit d'interroger les malades, atteints de cette affection, pour reconnaître qu'ils sont les uns alcooliques, les autres paludéens, et l'examen macroscopique et histologique du foie est entièrement conforme à ces données, en ce sens que cet organe présente les caractères tantôt de la cirrhose du buveur, tantôt de la cirrhose paludique. Sur 4 cas de cirrhose pigmentaire rapportés dans notre *Atlas*, 3 ont une origine paludique, le quatrième une origine alcoolique; quant à ceux qui ont été publiés depuis lors, ils sont, pour la plupart, d'origine alcoolique. Il en était ainsi dans un fait récemment observé par nous, celui d'un homme d'une cinquantaine d'années, grand buveur de vin, exerçant la profession de cuisinier, et chez lequel la glande hépatique volumineuse, peu granulée à sa surface, présentait à l'examen histologique tous les caractères de la cirrhose œnolique et, de plus, une pigmentation accentuée au pourtour et au centre des lobules. Les cellules hépatiques contenaient un certain nombre de granulations pigmentaires, mais celles-ci avaient leur siège plus spécial au sein du tissu conjonctif de nouvelle formation. On y découvre les grands caractères de la cirrhose bi-veineuse et partant de la cirrhose œnolique, car non seulement la prolifération conjonctive existe dans les espaces portes et au pourtour des lobules, mais encore au sein des parois épaissies de la veine centrale. Le pigment, dans tous ces cas, est d'origine sanguine pour ce fait qu'il renferme du fer, contrairement au pigment de provenance cellulaire, tel que celui des cellules de la couche muqueuse de Malpighi et du cancer mélanique.

En somme, la cirrhose hépatique diabétique, comme l'indiquent sa lésion, son évolution et ses manifestations cliniques, n'est qu'une cirrhose ordinaire, alcoolique ou paludique; c'est donc à tort qu'on a cherché à l'attribuer au diabète et à en faire une espèce particulière.

La cirrhose saturnine n'est pas mieux démontrée et pour qui connaît les habitudes des peintres à Paris, elle a de grandes chances d'être alcoolique. Il ne suffit pas qu'un cirrhotique soit atteint d'intoxication par le plomb, pour que sa cirrhose soit saturnine, il faut encore que celle-ci ait des caractères anatomiques, cliniques et évolutifs particuliers. C'est en m'appuyant de caractères spéciaux que je suis parvenu autrefois à faire admettre l'existence d'une névrite et d'une néphrite saturnines (1). Mais, ces caractères je ne les ai jamais constatés dans les cas relativement rares de cirrhose hépatique qu'il m'a été donné de rencontrer chez des saturnins, et, pour ce motif, je suis conduit à nier l'influence du plomb sur cette affection. A part la formule antiscientifique du *post hoc, ergo propter hoc*, aucune preuve n'est donnée, par les auteurs qui ont admis une cirrhose saturnine, de la relation étiologique de cette cirrhose avec l'intoxication par le plomb. Les observations rapportées à ce sujet par notre ancien interne, M. le docteur Laffitte (2), auquel nous avions suggéré l'idée de faire dans notre laboratoire des recherches sur la cirrhose du buveur, laissent beaucoup à désirer. L'une de ces observations, prise dans notre service même, et qui a rapport à un sellier atteint de cirrhose et de tuberculose du poumon droit, est pour le moins fort suspecte et nous paraît n'être qu'une cirrhose alcoolique, aussi l'auteur s'est-il gardé d'établir une distinction entre la cirrhose du buveur et la cirrhose saturnine. Pourtant, en pareil cas, il faut des preuves positives et non de simples négations; une observation de M. le docteur Coutenot, également attribuée au plomb, est encore l'effet de l'alcoolisme.

Plusieurs auteurs (3), français et étrangers, ont décrit des

de la Soc. méd. des hôpit., Paris 1885, série 3, p. 406-428, 2 pl. — V. Hanot et Schachmann. Sur la cirrhose pigmentaire dans le diabète sucré, *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, Paris 1886, série 3, t. VII, p. 50-87, 1 pl.

(1) Voy. notre *Atlas d'anatomie pathologique*, pl. 13, fig. 2, 2, fig. 4 et fig. 5, 5, où se trouvent rapportés quatre faits de cirrhose pigmentaire. Les cellules hépatiques sont le siège spécial du pigment dans trois de ces faits, qui reconnaissaient une origine paludique; dans le quatrième, au contraire, d'origine alcoolique, le pigment occupe le tissu conjonctif de nouvelle formation. Frerichs d'ailleurs, bien avant nous, avait parlé de cette cirrhose.

(2) A. Dutournier. *Contribution à l'étude du diabète bronzé*, Th. de Paris, 1895, avec bibliographie complète. — Comparez : H. Rendu et Massary. Cirrhose et diabète bronzé, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1897, p. 163. — E. Jeanselme. Hématologie et pathologie du diabète bronzé, *Ibid.*, p. 179. — Troisier. Un cas de diabète bronzé, *Ibid.*, p. 203. — M. Letulle. Note sur trois observations de cirrhose hypertrophique pigmentaire non diabétique, *Ibid.*, p. 205.

(1) E. Lancereaux. De l'altération des nerfs et des muscles dans l'intoxication saturnine, Soc. de biol. et *Gaz. méd.*, Paris 1862, p. 709; — *Union méd.*, Paris 1863, t. XX, p. 543; — *Atlas d'anatomie pathologique*, Paris 1871, pl. 53, fig. 2, et *Dict. encyclop. des sc. méd.*, série 3, t. III, p. 214, art. Rein (avec tableau).

(2) A. Laffitte. *Intoxication alcoolique expérimentale et cirrhose de Laënnec*, Paris 1892. — Coutenot. *Gaz. des hôpit.*, Paris 1865, p. 450.

(2) Laure. Les lésions histologiques du foie dans les maladies infectieuses, etc., *C. R. de la Soc. de biol.*, 29 mai 1886. — P. Blocq et H. Gillet. Des cirrhoses graisseuses considérées comme hépatites infectieuses, *Arch. gén. de méd.*, Paris 1888, t. I, p. 641, et t. II, p. 60, 181. — Bourdillon. Cirrhose post-typhoïdique, *Journ. des Soc. savantes*, Paris 1891, p. 419. — H. Roger. Lésions hépatiques d'origine infectieuse, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1er juillet 1893, p. 693. — Sagliosi. Le rôle de l'alcool et des maladies aiguës infectieuses dans l'étiologie de l'hépatite interstitielle, *Arch. f. Pathol. und phys.*, Berlin 17 sept. 1896, anal. dans *Arch. gén. de méd.*, janv. 1897, p. 115.

cirrhoses hépatiques d'origine infectieuse, mais lorsqu'on analyse leurs observations où les caractères anatomiques et histologiques, l'évolution de ces affections, et même, la plupart du temps, les habitudes du malade sont passés sous silence, on arrive à la conclusion que ces faits n'ont pas de valeur sérieuse. D'ailleurs, les foyers d'apparence embryonnaire, observés dans le foie des malades atteints de fièvres graves, sont, comme nous le savons, constitués par des éléments lymphatiques extravasés ou par des éléments conjonctifs développés au pourtour d'un foyer de nécrose cellulaire, et n'arrivent jamais à former une cirrhose systématisée; les recherches intéressantes de Roger, de Scagliosi, sur le lapin et sur le cobaye, nous paraissent, dans l'espèce, peu applicables à l'homme.

Le docteur Krawkoff (1), médecin russe, prétend avoir pu rendre cirrhotiques des pigeons et des poulets, soumis à l'infection chronique par le staphylocoque pyogène doré, par le bacille pyocyanique, par le bacille du choléra, et même par des bactéries de putréfaction. Se basant sur ces expériences, il pense que l'alcool et d'autres irritants provoquent une gastro-entérite chronique et que, par suite, les produits de putréfaction intestinale, absorbés d'une façon anormale, engendrent la cirrhose. Cette origine gastrique de la cirrhose du buveur, également soutenue par un de nos internes, M. le docteur Laffitte, n'est pas mieux démontrée, car si le vin et l'alcool irritent le tube digestif, ils peuvent également irriter le foie, et l'on ne voit guère la cirrhose survenir dans les cas de gastro-entérite autres que ceux où il existe des excès de boisson. Telle n'est pas toutefois la manière de voir d'un de nos élèves les plus distingués, M. le docteur Boix (2). Mettant en doute la genèse de la cirrhose par l'alcool, il tend à croire qu'en dehors de toute habitude alcoolique, on rencontre souvent, chez les dyspeptiques, un état pathologique du foie qui se traduit par l'augmentation de volume de l'organe, et qu'il nomme le foie dyspeptique. Passagère, cette augmentation de volume constitue la congestion hépatique; permanente, c'est la cirrhose dyspeptique.

L'existence de cette cirrhose repose sur deux ordres de faits, les uns cliniques, les autres expérimentaux. Parmi les premiers, il en est un qui est suivi d'autopsie et qui pourrait avoir une grande importance, si un beau dessin histologique ne démontrait, avec la plus grande netteté, qu'il s'agit d'une cirrhose diffuse, bi-veineuse, sur l'origine alcoolique de laquelle le doute n'est pas possible, bien que, dans l'observation, il soit écrit en lettres italiques que la malade n'avait jamais pris de liqueurs et n'avait jamais bu à ses repas que du vin coupé d'eau. Nous sommes fort indifférent à la question de savoir si cette malade prenait ou non des liqueurs, puisque nous savons que ces boissons n'engendrent pas la cirrhose, mais il n'en est pas de même du vin; aussi, malgré l'affirmation de l'usage de l'eau rougie, il nous reste les doutes les plus profonds en présence de l'état du foie, quand, pendant plus de trente ans, nous avons été à même de remarquer toutes les précautions prises par les malades et leur entourage pour tenir secrètes leurs habitudes. Il eût fallu, pour nous fixer sur ce point, interroger la patiente sur les phénomènes éthyliques qu'elle pouvait présenter et nous dire si, oui ou non, elle avait des pituites matinales, des crampes, des rêves, des cauchemars, etc., car l'existence ou l'absence de ces signes a toujours une valeur de beaucoup supérieure aux récits, souvent faux, des malades. C'est pourquoi, cette seule observation ne pouvant nous convaincre, il nous est difficile, en présence du grand nombre de dyspeptiques, non cirrhotiques, d'admettre que les troubles de l'estomac puissent être une cause de cirrhose. Je ne m'appesantirai pas sur la partie expérimentale de ce travail, mais il est un fait que je ne puis passer sous silence, c'est celui d'un lapin nourri de son, arrosé d'acide butyrique seul, pendant deux mois et vingt-huit jours, et dont le foie présentait une cirrhose manifeste. En admettant que cette cirrhose ne soit pas parasitaire, ce qu'on a oublié de nous dire, ce fait démontre simplement que l'acide butyrique, administré d'une certaine façon, peut produire une cirrhose hépatique; mais les conditions dans lesquelles cette expérience est réalisée sont tellement différentes de celles d'un dyspeptique qui a peu ou pas d'acide butyrique dans son estomac, qu'elle laisse persister notre doute, malgré les éminentes qualités que nous avons été à même de constater chez son auteur.

La conclusion à tirer de cette trop longue discussion est que, sans nier la possibilité d'autres cirrhoses hépatiques que celles dont il vient d'être question, il nous faut reconnaître qu'aucune autre n'a été nettement démontrée jusqu'ici, et qu'à cet égard, le mieux est de s'en tenir, chez nous du moins, aux espèces que nous avons établies autrefois dans notre *Atlas d'anatomie pathologique*, et qui nous paraissent toujours être l'expression de l'exacte vérité.

(1) Krawkoff. De la dégénérescence amyloïde et des altérations cirrhotiques du foie provoquées expérimentalement chez les animaux, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, Paris 1896, t. VIII, p. 106 et 244.

(2) E. Boix. *Le foie des dyspeptiques*, Th. de Paris, 1895.

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE

DE L'HUMÉRUS GAUCHE AVEC GRANDE MOBILITÉ; AUCUN APPAREIL IMMOBILISATEUR; MASSAGE ET MOBILISATION IMMÉDIATE; RESTITUTION DES MOUVEMENTS ET CONSOLIDATION RAPIDE EN BONNE POSITION.

Par le docteur J. Lucas-Championnière,
Chirurgien des hôpitaux.

En présentant ce malade, j'appelle l'attention sur l'ensemble des traitements par le massage et la mobilisation que j'ai appliqué aux fractures de tous ordres. Ce traitement que j'ai fondé sur des principes neufs, il y a plus de treize ans, a une importance très générale et bien autrement intéressante que les appareils de marche des fractures pour lesquels on a fait tant de bruit en Allemagne et dont une expérience intéressante vous a été communiquée par notre collègue M. Reclus.

J'ai montré que l'immobilisation n'était pas un élément indispensable ni même utile du traitement des fractures.

J'ai montré que le massage était la meilleure préparation et le meilleur complément d'une mobilisation propice à la réparation.

Les os mobilisés avec massage périphérique se réparent plus vite et plus parfaitement que ceux qui sont immobilisés.

Les membres massés sont souples et réparés dès la solidité obtenue.

J'ai apporté ici les nombreuses observations de fracture de clavicule, plus de cinquante, et montré plusieurs malades qui donnaient la preuve que, sans immobilisation, j'arrivais à un résultat supérieur à tous ceux obtenus par les appareils les plus compliqués.

Aujourd'hui, je montre un homme qui était atteint, il y a quarante jours, exactement, d'une des plus mauvaises fractures de l'humérus au-dessus de l'articulation du coude avec plusieurs fragments et mobilité en tous sens.

Cet homme souffrait cruellement et le coude paraissait devoir être déformé par le moindre mouvement. Pendant les quatre premiers jours, ce coude a été placé dans une gouttière. Au cinquième, il n'a plus été que soutenu par une écharpe simple jusqu'au dix-huitième jour, et depuis sans être fixé davantage. Le poids du membre devait suffire absolument à maintenir ce membre en bonne situation. Après dix-huit jours, il n'était plus maintenu du tout.

Dès le premier jour, ce malade a été massé et les douleurs cruelles de la fracture ont été rapidement atténuées.

Dès que le membre a eu une solidité qui paraissait devoir éviter toute déformation ultérieure, il a quitté l'hôpital le vingt-huitième jour et ce malade a continué à être traité pour cette fracture grave à la consultation externe.

Ce traitement a été fait par un des externes du service, M. Julien, qui a bien voulu le masser et le mobiliser lui-même bien régulièrement chaque jour et le traitement important a duré trois semaines.

Si je montre ce malade, ce n'est pas parce qu'il présente un cas rare, c'est parce qu'il est le type d'une série considérable. Là comme pour la fracture de la clavicule, j'ai eu des résultats constants.

Mais ici, il s'agit d'une fracture grave qui passe pour avoir une mobilité très menaçante, pour être très difficile à contenir.

Dans l'immense majorité des cas, elle laisse après elle une raideur articulaire, constituant une difformité souvent irrémédiable.

Au lieu des six semaines que l'on assigne d'ordinaire pour la solidité de l'humérus brisé, nous avions un os solide en moins de trois semaines.

Le traitement s'était fait, on peut dire, sans douleur.

Il faut insister sur ce point, car tous les opérateurs qui ne connaissent pas la question infligent des souffrances aux sujets sous prétexte de massage.

Un grand nombre de fractures de l'humérus sont justiciables du même traitement, toutes celles par exemple que l'on observe à quatre travers de doigt au-dessus du coude, comme toutes celles qui sont supérieures à l'insertion du deltoïde. Plus de 20 fractures de cette sorte ont été, depuis deux ans, traitées d'après mes succès sous la direction de M. Dagron.

Les sujets adultes et les sujets âgés, qui présentent le plus mauvaises conditions pour ces fractures, sont précisément ceux qui bénéficient le plus de mon traitement.

J'ai fait pour ces fractures de l'humérus ce que je fais pour les fractures de la clavicule, du radius, du coude, de l'omoplate et même pour bien des formes de fracture de jambe.

Non seulement ces principes sont susceptibles d'une très grande généralisation pour les fractures, mais ce sont des principes de physiologie pathologique de la plus haute importance pour la réparation de tous les tissus qui ont subi un traumatisme. *L'immobilité ne favorise point la réparation des tissus et des organes*. Ceux-ci ont besoin du mouvement pour se réparer, comme ils ont besoin de mouvement pour vivre. L'immobilisation, qui a été et est encore un procédé banal en chirurgie, doit disparaître.

Je vous montrerai les mêmes réparations faites pendant le mouvement pour les articulations comme pour les os, pour les muscles comme pour les articulations. Je l'ai montré pour bien des viscères.

Je pense donc, étant donné cette formule capitale pour l'avenir de la chirurgie, qu'il n'était pas sans intérêt de vous montrer un sujet qui, atteint d'une fracture donnant le plus de mobilité fragmentaire, guérissait sans immobilisation, en dépit de cette mobilité. Avec les idées reçues, ce type curieux de l'influence bienfaisante de la mobilité sur la réparation des tissus, représente une des manifestations les plus paradoxales de la physiologie pathologique.

PROTHÈSE BUCCALE

Par M. Heide, professeur à l'École dentaire de Paris.

L'auteur a présenté, à l'Académie de médecine, une malade chez laquelle il a obtenu, à l'aide d'un appareil prothétique inédit, un succès digne d'être signalé. Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, chez laquelle des lésions spécifiques, d'origine héréditaire, éclatèrent à l'âge de sept ans et aboutirent progressivement à une perforation très étendue du voile du palais, à la destruction du cartilage de la cloison nasale, à l'affaissement des os propres du nez et, conséquemment, à l'effondrement de la pyramide nasale.

Une tentative de staphylorraphie, faite le 10 février dernier, ayant échoué en raison de la grande étendue de la perte de substance du voile et du peu de vitalité des tissus qui en constituaient les bords, la malade fut adressée à M. Heide, qui parvint à faire avec succès la restauration prothétique de la bouche et du voile du palais.

Pour permettre une respiration, une déglutition et une phonation suffisamment parfaites, M. Heide eut recours à une pièce de caoutchouc dur faisant corps avec le reste de l'appareil et soutenu dans sa partie médiane par un fil métallique suffisamment résistant. Le résultat obtenu dans la construction et dans l'adaptation de cet appareil fut tel que la malade déclara, dès le lendemain, qu'elle le supportait avec la plus grande facilité.

Restait à remédier à la difformité nasale. Dans ce but, le 1er octobre 1897, la malade étant endormie au chloroforme, le docteur Aubeau, à l'aide d'une longue rugine à bout tranchant, introduite par la narine, décolla les parties molles du nez et le périoste, à la surface des branches montantes du maxillaire supérieur et des os propres du nez jusqu'à l'épine nasale, de façon à détruire toutes les adhérences des parties molles et de rendre la pyramide nasale mobile et souple et apte à se mouler sur le squelette métallique construit par M. Heide. Il fit ensuite, au fond du sillon gingivo-labial supérieur, sur la ligne médiane, une incision transversale pénétrant dans les narines en arrière de la sous-cloison et suffisamment large pour permettre d'introduire cette pièce métallique par la bouche dans la cavité nasale.

Cet appareil se compose de deux parties : une partie supérieure reliée à une partie inférieure par l'intermédiaire d'un écrou.

La partie supérieure, de forme pyramidale, est double, c'est-à-dire se compose de deux plaques triangulaires allongées et bouterollées pour lui donner une forme convexe. Ces deux plaques sont soudées chacune à leur face postérieure ou concave, à un angle d'environ 30 degrés, à une demi-tige taraudée à sa partie inférieure de telle façon que la réunion des deux ailes adapte les deux parties hémisphériques de la tige l'une contre l'autre et lui donne ainsi sa forme primitive cylindrique.

La partie inférieure se compose d'une tige du même diamètre que pour la partie supérieure et taraudée également à sa partie supérieure. Un écrou octogonal réunit les deux parties; le tout est en vermeil.

La hauteur totale de l'appareil est de 5 centimètres sur 1 centimètre et demi de largeur.

La tige de support dépassant dans le sillon gingivo-labial rentre exactement dans une logette pratiquée dans l'appareil buccal.

La malade porte actuellement son appareil depuis cinq semaines; elle n'en éprouve aucune incommodité.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des crevasses et des gerçures
(MOREL-LAVALLÉE.)

Le meilleur procédé est l'onction glycérinée sur les mains qu'on recouvre ensuite de gants de peau. La guérison est obtenue en deux ou trois jours, et la récidive est prévenue pour une huitaine de jours. Ce traitement a l'inconvénient de salir la literie : on peut employer le topique suivant, qui est un peu moins salissant, mais aussi moins efficace :

Lanoline	100	grammes.
Paraffine liquide	25	—
Vanille	5	—

Le plus pratique lorsque les gerçures sont récentes est, après savonnage des mains à l'eau tiède, l'application de la lotion suivante sur la face dorsale des doigts et de la main.

Alcool à 90 degrés	80	grammes.
Glycérine	35	—
Eau de roses	30	—
Salol	2	—
Teinture de musc	II	gouttes.

On peut encore user de la pâte suivante :

Oxyde de zinc	13	grammes.
Triturez avec :		
Glycérine	45	grammes.
Ajoutez :		
Lanoline	40	grammes.
Essence de néroli	Q. s.	

Il importe de savoir, surtout lorsqu'il s'agit de femmes ayant la peau délicate et sensible, que les préparations usitées produisent une cuisson, voire une douleur d'autant plus prolongée que la glycérine y figure en plus grande quantité. Pour les femmes du monde, le mieux est d'employer les onctions nocturnes, à l'aide d'un mélange de lanoline et de paraffine parfumé et amené à la consistance solide à la température ordinaire. Ce mélange doit être alors fondu légèrement devant le feu ou au bain-marie. Il forme, en se desséchant, un vernis sur la peau, et il n'est généralement pas besoin d'un nuage de poudre de riz pour préserver le linge de taches grasses. (*Gaz. hebd.*)

L'excipient le plus convenable pour les pommades à l'aristol.

Ayant eu l'occasion de préparer, à plusieurs reprises, une pommade à l'aristol en prenant comme excipient le glycérolé d'amidon, M. Fageardie a remarqué que, quelques heures après la pommade préparée, il y avait partielle décomposition de l'aristol avec mise en liberté d'une certaine proportion d'iode; le même phénomène s'est produit, avec plus de rapidité encore, en délayant l'aristol avec l'huile de ricin, avant d'ajouter le glycérolé d'amidon.

Il a alors recherché quel était l'excipient le plus convenable pour les pommades à l'aristol; de ses expériences, il résulte que, avec l'axonge benzoïnée, il y a aussi mise d'iode en liberté, bien qu'en très faible quantité.

Avec le cérat et avec la lanoline, il ne se produit aucune coloration, et la pommade est très homogène.

Avec la vaseline, pas de décomposition; mais la pommade n'est pas très homogène.

On doit donc, dans la confection des pommades à l'aristol, écarter l'axonge, les huiles grasses et le glycérolé d'amidon, pour s'en tenir exclusivement au cérat ou à la lanoline. (*Rép. de pharm.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection du bureau pour l'année 1898.

M. Jaccoud, vice-président, passe de droit président; M. Panas est élu vice-président; M. Vallin, secrétaire annuel, et MM. Mathias-Duval et Gautier, membres du Conseil.

COMMUNICATION

Traitement des fractures par le massage et la mobilisation. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1423.)

DISCUSSION

M. MARC SÉE fait observer que le massage n'a pas d'autre action, dans ces cas, que de faciliter la résorption des liquides épanchés autour du foyer de la fracture. Or il peut être remplacé avantageusement par la bande de caoutchouc qui est d'une application beaucoup plus simple et plus efficace. Le malade présenté par M. Championnière présente un cal très volumineux.

M. PÉAN félicite M. Lucas-Championnière du beau résultat qu'il a obtenu. Il avait fait quelques réserves au sujet des malades qui avaient été atteints de fractures de la clavicule et qu'il avait traités par la même méthode; mais chez ce dernier malade, qui était atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, le résultat est vraiment très satisfaisant.

M. Péan ne doute pas que M. Lucas-Championnière n'obtienne, par la méthode qu'il préconise, d'aussi bons résultats, tant qu'il soigne lui-même ou surveille les malades soumis à son observation et tant qu'il s'agit de fractures sans grands déplacements et sans grands désordres, mais lorsqu'il s'agira de certaines fractures de l'olécrâne, par exemple, avec écartement considérable, désordres graves, le massage fait par des médecins de la ville, sur les conseils de M. Lucas-Championnière, donnera-t-il les mêmes résultats?

M. Péan en doute, surtout en se rappelant les nombreux cas qu'il a observés et dans lesquels il s'agissait d'individus atteints de fractures depuis plus de trois semaines, ayant été traités par le massage ou toute autre méthode et présentant de tels désordres qu'il était obligé d'intervenir par des opérations graves, résections ou autres, pour remettre les choses en état. M. Péan reconnaît que la méthode préconisée par M. Lucas-Championnière peut donner de très bons résultats entre les mains de chirurgiens exercés; mais il

n'en sera certainement pas de même entre les mains de praticiens plus ou moins expérimentés et, pour ces derniers, les appareils et l'immobilisation seront certainement moins dangereux et plus efficaces. Aussi, d'une façon générale, M. Péan croit-il qu'il vaut encore mieux s'en tenir aux principes qui ont été si bien établis, pour le traitement des fractures, par les maîtres tels que Dupuytren, Roux, Nélaton. Il reste donc éclectique en cette matière et il cherche à associer, dans une sage mesure, le massage à l'immobilisation, pendant quelque temps, après la réduction de la fracture.

M. JAVAL signale cette tendance générale qui consiste à réagir de plus en plus contre l'immobilisation, aussi bien pour le traitement des fractures que pour le traitement consécutif à l'opération de la cataracte par exemple.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE répond à M. Péan que, chez son malade, il s'agissait d'un véritable écrasement de l'extrémité inférieure de l'humérus. M. Lucas-Championnière a été aussi, comme M. Péan, maintes fois obligé de recourir à des résections ou autres opérations pour corriger les mauvais résultats obtenus précisément par l'immobilisation mal appliquée au traitement de certaines fractures. C'est là ce qui fait le grand succès des empiriques. Il est des cas, chez les sujets fort jeunes, par exemple, où il n'est même pas nécessaire de recourir au massage et où la mobilisation seule suffit. La doctrine de l'immobilisation est une doctrine funeste, selon M. Lucas-Championnière, et c'est pourquoi depuis si longtemps déjà il la combat avec toute son énergie.

LECTURE

Tuberculose. — M. KELSCH a étudié au moyen de la radiographie les altérations peu marquées généralement latentes de la période prémonitoire de la tuberculose pulmonaire.

124 jeunes sujets entrés pour des affections diverses ont été examinés au moyen des rayons Rœntgen : chez 73 il n'y avait rien, 51 fois il existait des anomalies diverses dans l'aspect radiographique. Ces anomalies peuvent se répartir ainsi : diminution de la transparence des deux sommets 25 fois; diminution de la transparence d'un sommet 16 fois; présence d'adénopathies bronchiques doubles 18 fois ; présence d'adénopathies simples 22 fois; diminution de la transparence 13 fois; atténuation de l'excursion diaphragmatique plus ou moins marquée 10 fois ; cette particularité indiquant l'existence d'adhérences pleurales.

M. LÉON COLIN fait observer que l'importante découverte de M. Kelsch semble devoir faciliter l'élimination des rangs de l'armée des tuberculoses latentes, qui échappent à nos moyens d'investigation.

COMMUNICATION

Résection du pylore. — M. MONTPROFIT (d'Angers) rapporte une observation de *résection du pylore pour sténose cicatricielle* avec guérison. Il s'agit d'une jeune fille qui avala un liquide caustique et présenta, au bout de quelques mois, des phénomènes de rétrécissement pylorique, vomissements, dilatation stomacale, amaigrissement considérable.

Le pylore était extrêmement rétréci et la dilatation digitale fut impossible; on en pratiqua alors la résection et le duodénum fut suturé à l'estomac. La guérison eut lieu sans incidents et se fit normalement au bout de quelques jours ; la malade reprit son embonpoint et revint à la santé.

Ostéomyélite vertébrale. — M. CHIPAULT présente un malade opéré et guéri depuis sept ans. (Sera publié.)

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DU BARON LARREY

Cinquième liste.

S. A. S. la princesse Mathilde	50f
Mme Legoueix	25
Mme J. Aubry	50
M. G. Bonjean	20
M. Breton, à Carqueranne	20
M. Claudot, directeur du service de santé, au Mans	5
M. le comte de Colbert-Laplace	20
Commune de Baudéan	25
M. Delorme, médecin principal de première classe	50
Dispensaire Furtado-Heine	100
M. le docteur Duchaussoy	20
M. Durangel, ancien conseiller d'État	100
École d'application de médecine et de pharmacie militaire du Val-de-Grâce	160 50
École de médecine militaire de l'armée de Londres	125
École du service de santé militaire de Lyon (les officiers)	33
M. le docteur Fiaux	30
M. Kelsch, médecin-inspecteur	20
M. Ed. Mame	40
M. Marty, médecin-major de première classe, à Belfort	10
M. Marvaud, médecin principal de première classe, à Toulouse	20
M. Mauricet	10
M. Morisson, médecin principal de première classe, à Vincennes	10
M. Moty, médecin principal de deuxième classe, à Lille	10
M. Mutin, directeur du service de santé, à Orléans	10
M. Névière, à Sérignan	10
M. Paget, à Londres	50
M. De Ranse	5
M. le docteur Servier, à La Dargoire	10
M. Tayrer, à Londres	50
M. Tollet, président de la Société des architectes	20
Ville de Bagnères-de-Bigorre	100
M. Viry, directeur du service de santé, à Amiens	10
Zambaco pacha	20
Anonyme	50
Anonyme	5
	1293f 50
Quatrième liste	6185
Total	7478f 50

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les concours pour la médaille d'or se sont terminés par les nominations suivantes : *Médecine*, médaille d'or, M. Labbé; médaille d'argent, M. Josué; mention honorable, M. Ramond. — *Chirurgie*, médaille d'or, M. Pasteau; médaille d'argent, M. Vanverts; mention honorable, M. Batigne.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 20 décembre :

Anatomie. — MM. Pédebidou, 12. — Dambrin et Tesson, 11. — Coudert, Labbé et Legros, 10. — Edwards, Lucius et Ranson, 8. — Mouchotte, 3.

— Le concours pour l'internat de la Maison départementale de Nanterre s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes : MM. Fachatte, Cury, Willard et Hanot.

Internes provisoires : MM. Bouvet, Petit, Wildenstein et Michel.

— Les élèves et les amis de M. le professeur Gabriel Pouchet, désirant lui offrir un souvenir à l'occasion de sa nomination à l'Académie de médecine, prient les personnes qui voudraient bien s'associer à cette manifestation de sympathie, d'envoyer leur souscription à MM. Bonjean, 20, boulevard Montparnasse ; Brissemoret, 58, rue La Fontaine ; Joannin, 272, boulevard Raspail.

La remise du souvenir choisi sera faite ultérieurement, et les souscripteurs en seront avisés.

Neurosine Prunier — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 décembre 1897.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

MM. Triboulet et Coyon publient une intéressante étude sur la **bactériologie comparée des formes compliquées et des formes franches du rhumatisme articulaire aigu.**

Ayant soumis à l'étude plusieurs cas de rhumatisme pour rechercher la présence du bacille d'Achalme dans le sang du rhumatisant vivant, ces auteurs ont pu examiner successivement : un rhumatisant de cinquante-deux ans non traité ; une jeune femme de dix-neuf ans, non encore traitée ; un choréique de treize ans et demi, atteint de complications articulaires fugaces, mais avec fièvre ; un rhumatisant de trente-trois ans, gravement atteint, traité sans succès depuis trois semaines par le salicylate de soude à l'intérieur et par le salicylate de méthyle en onctions locales, dernier rhumatisme au cours duquel se sont faites des complications graves de pleurésie et de péricardite ponctionnée, avec atteinte profonde de l'état général ; et enfin, ils ont recueilli du sang chez une enfant choréique de huit ans et demi, présentant de la fièvre. Au total, ils ont fait chez des rhumatisants cinq prises de sang chez des sujets différents. Or, chez tous leurs rhumatisants, sans exception, ils ont pu isoler et cultiver un micro-organisme *spécial*, un *diplocoque*, identique dans tous les cas, et complètement différent du bacille d'Achalme.

Ce microbe s'est rencontré deux fois avec le bacille d'Achalme; il s'agissait alors de rhumatismes présentant des complications graves et multiples.

Frappés de ces résultats, les auteurs ont recherché le nouveau micro-organisme dans les cultures provenant d'un cas d'autopsie antérieure qui avait donné le bacille d'Achalme, et ils ont pu, sans peine, l'isoler de ces premières cultures.

Le microbe qu'ils décrivent est un coccus oblong, toujours réuni par paire ; se présentant quelquefois en cultures sous forme de longues chaînettes de points doubles. Les dimensions, un peu variables suivant le milieu de culture, sont de 1 μ 5 à 2 μ. C'est un anaérobie facultatif pour qui, le bouillon de viande et le sérum d'ascite en anaérobie paraissent être les meilleurs milieux de culture. Il cultive quoique plus pauvrement sur lait anaérobie. Il se colore facilement par la thionine et les autres colorants; il ne se décolore pas par la méthode de Gram.

Les auteurs pensent qu'il y a bien lieu d'attirer l'attention sur cette constatation régulière constante, dans le sang de *cinq* cas consécutifs de rhumatisme, d'un micro-organisme *spécial*, et non encore décrit.

Si l'on examine la nature des cas cliniques dans lesquels le bacille d'Achalme s'est rencontré, on remarque que tous sont des complications d'un rhumatisme franc; que ces cas sont cliniquement de *mauvais pronostic;* et qu'enfin ces cas mêmes, à côté du bacille d'Achalme, ont montré le même parasite qu'on rencontre constamment dans les cas de rhumatisme même bénin.

Le bacille d'Achalme se rencontre donc *parfois* dans le rhumatisme, mais non *toujours;* il existait seulement dans les cas de rhumatisme compliqué; on ne l'a pas retrouvé quand il s'est agi de rhumatisme simple. La culture anaérobie de ce bacille d'Achalme est cependant si rapide et si facile que les cas négatifs tendent à faire croire que, quand on ne le trouve pas à la culture, c'est qu'il n'existe pas.

Dans le rhumatisme, le bacille d'Achalme semble accompagner les formes graves, durables, souvent mortelles ; mais est-il la cause de l'entité morbide rhumatisme articulaire aigu franc? Les auteurs ne le pensent pas. Ce bacille paraît survenir plutôt comme un agent contingent, capable de surajouter des complications à un rhumatisme préexistant.

En ce qui concerne leur diplocoque, sans en faire absolument, quant à présent du moins, le *microbe du rhumatisme*, se cantonnant strictement dans l'exposé des faits expérimentaux, les auteurs affirment que, dans *cinq* cas consécutifs de rhumatisme *sur le vivant*, c'est lui qu'ils ont toujours rencontré.

MM. Caussade et Revin montrent des pièces anatomiques intéressantes.

Il s'agit d'un cancer du pylore ayant entraîné la suppression de la fonction pylorique, et s'étant accompagné d'une atrophie très manifeste de tous les organes. L'estomac avait, en effet, à peine les dimensions du côlon transverse ; l'intestin grêle avait seulement le volume du petit doigt, les reins pesaient 90 grammes, le foie 600, la rate 50, les deux poumons 500, le cœur avait l'aspect infantile. Dans tous ces organes il ne s'agissait que d'atrophie simple, nulle part il n'existait de sclérose ou de processus dégénératif.

TABLE DES REVUES GÉNÉRALES

PUBLIÉES DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX DU 16 AVRIL 1887 AU 31 DÉCEMBRE 1897

A

B

C

D

E

F

G

N

O

P

R

S

T

U

V

Z

NOMS DES AUTEURS

A

B

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1), par le professeur G. Dieulafoy.

Voici un livre du plus haut intérêt, traitant les sujets les plus passionnants et les plus modernes de la médecine, un livre rempli de travaux originaux, ou mis au point avec science et avec art, un livre écrit dans un style précis, concis, alerte, éloquent, imagé et sobre à la fois, un livre qu'on lit avec enthousiasme et qu'on relit ensuite pour le méditer, un livre qui laisse une impression profonde et durable. Ce livre réveille le souvenir d'autres cliniques professées aussi à l'Hôtel-Dieu de Paris, celles de Trousseau, qu'elles rappellent par plus d'un trait et dont elles sont, pour ainsi dire, la suite. Les nouvelles « cliniques » figureront à l'avenir dans les bibliothèques à côté de leurs sœurs aînées. Chaque leçon est présentée d'une manière originale. Voici d'abord la description du malade, du symptôme pour lequel il entre à l'hôpital, puis vient une séméiologie rigoureuse, chaque appareil est scruté minutieusement ; le diagnostic est fait précis, le tableau est posé, et, afin qu'il se grave bien dans l'esprit, d'autres observations similaires, choisies avec soin, sont groupées autour du fait clinique qui apparaît lumineux avec ses symptômes détaillés, son évolution, ses particularités, ses variétés. Pas de digression, pas de longueur. L'anatomie pathologique, la bactériologie, confirment, expliquent, complètent le mécanisme de l'affection et les détails de l'évolution. « L'œdème brightique suraigu du poumon », « L'œdème brightique du larynx », « Un cas de chorée mortelle », toutes ces leçons sont ainsi exposées. On les lira avec fruit et le plus grand intérêt. Mais voici des leçons dont les sujets sont entièrement nouveaux : « Les lésions syphilitiques de l'aorte », « Lithiase intestinale et entéro-colite sableuse », « L'angine de poitrine tabétique », « La transformation de l'ulcère de l'estomac en cancer » : que l'auteur a été un des premiers à faire connaître dans son cours à la Faculté; voici encore des leçons sur des sujets naguère encore discutés : « L'appendicite. » Travaux originaux ou questions à mettre au point, toujours la clinique est le guide certain, le fil conducteur grâce auquel les observations se groupent et s'enchaînent. On saisit aussitôt les différents aspects de la question. Ici (Appendicite) c'est un fait expérimental, là (Syphilis de l'aorte) ce sont les localisations de la syphilis sur les différents segments de l'aorte, ailleurs, (Un cas de maladie de Basedow), c'est la succession et la série graduée des observations cliniques qui font comprendre le génie de la maladie et les variétés cliniques. Enfin, détail important, des figures suivent le texte pas à pas, montrant tantôt des rapports normaux d'organe pour expliquer par exemple les symptômes de l'anévrysme « type récurrent », tantôt des préparations histologiques qui font assister à l'invasion des différentes tuniques de l'appendice par les micro-organismes.

Quelques-unes de ces cliniques constituent un faisceau et forment une véritable œuvre *médico-chirurgicale* : « l'appendicite », « la perforation de l'ulcère du duodénum », « la péritonite à pneumocoques », « la maladie de Basedow ». Apprendre à discuter les moyens thérapeutiques fournis par la chirurgie, à les rejeter comme dans la maladie de Basedow, à les accepter au contraire, à les appliquer, à les imposer au moment voulu, bien plus, à marcher de l'avant, à préconiser le premier et à réclamer l'intervention chirurgicale, voilà ce qu'a fait le professeur Dieulafoy, voilà ce qu'il a enseigné dans des pages vivantes, où on saisit toujours les raisons qui ont guidé ses études mûries depuis plusieurs années. Telle est « l'appendicite ». Là toute la gravité provient de l'oblitération du canal de l'appendice et de la formation de la cavité close. Les microbes qui y sont contenus, inoffensifs avant la formation de cette cavité close, sont devenus virulents et redoutables par leurs toxines. Cette exaltation primordiale des micro-organismes en cavité close est le fait capital d'où découleront tous les accidents ultérieurs. Les altérations de l'appendice sont consécutives, contrairement à l'opinion de M. Talamon, qui voit, dans la compression des vaisseaux, le phénomène initial, permettant aux micro-organismes, inoffensifs contre les éléments sains, de triompher, sans changer leur virulence, de ces mêmes éléments, modifiés dans leur vitalité. La théorie de la cavité close du professeur Dieulafoy est appuyée sur des observations dans lesquelles on voit l'organisme infecté sans qu'il y ait perforation ni gangrène de l'appendice. Elle est appuyée sur les expériences de Klecki, qui exalte la virulence de micro-organismes dans une anse intestinale, transformée en cavité close et sans léser les parois. Elle est encore appuyée sur les expériences personnelles de M. Dieulafoy, expériences dans lesquelles il démontre l'exaltation de la virulence des micro-organismes dans la cavité close d'une appendicite oblitérante aiguë, alors que les micro-organismes contenus dans la partie libre du canal sont inoffensifs pour les cobayes. Bien plus, les toxines des micro-organismes provenant de la cavité close tuent les cobayes en cinq et six jours ; les toxines des micro-organismes de la partie libre du canal sont sans action sur ces animaux. Voilà une expérience de l'auteur originale, nouvelle et probante qui démontre que la cavité close est une source de poisons vivants, et que l'appendicite est une maladie toxique et infectieuse à la fois !

La théorie de la cavité close repose aussi sur de nombreuses expériences. Citons celles de G. de Rouville qui, avec une laminaire introduite dans un appendice de lapin, ne provoque des accidents que lorsque la laminaire, imbibée et dilatée, a oblitéré complètement la lumière du canal.

La force d'expansion des micro-organismes, primordialement exaltée en cavité close appendiculaire, est encore démontrée par le professeur d'une manière nouvelle sur ses préparations histologiques où l'on voit les colonies microbiennes cheminer du centre de la cavité close vers le péritoine, et où on constate l'absence de micro-organismes au-

(1) Un vol. gr. in-8º avec fig. dans le texte et un planche hors texte. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

dessus de l'oblitération et à partir de ce niveau même. Nous voilà loin de la théorie de M. Talamon et bien loin de la théorie par « stagnation » de M. Reclus. Les causes habituelles de la stagnation, toutes les lésions du tractus intestinal ne figurent presque jamais dans la genèse de l'appendicite. La constipation qui accompagne l'appendicite est cause et non effet, puisqu'elle apparaît avec cette maladie et cède aussitôt après l'opération. Sur plus de 200 cas d'entéro-colite muco-membraneuse ou sableuse, affection considérée par M. Reclus comme cause de l'appendicite, M. Dieulafoy n'a relevé aucune complication appendiculaire; inversement, sur les 50 observations d'appendicites observées par lui-même, M. Dieulafoy ne relève aucune lésion antérieure du tractus intestinal. Toutes les causes de l'appendicite sont propres à cette affection. Les lésions du cæcum ne retentissent que bien rarement sur l'appendice. Le cæcum, avec ses calculs stercoraux ou organiques, ne provoque pas l'appendicite. Ces calculs ne pénètrent pas dans le canal appendiculaire; il n'y a pas de colique appendiculaire. Si on trouve dans l'appendice des calculs, ils sont autochtones, et le terme de colique appendiculaire ne répond pas à la réalité des faits. Les prétendus accidents provoqués par les coliques appendiculaires sont déjà des accidents infectieux et dont il faut se méfier : la cavité close est formée.

Cette pathogénie est univoque et explique toutes les variétés cliniques de l'appendicite : les septicémies péritonéales, les péritonites diffuses, précoces dans leur apparition, les appendicites enkystées, à rechutes, les abcès à distance (foie et poumons) analogues à ceux du cerveau, consécutifs aux otites moyennes devenues cavités closes. On lira toutes ces pages et on comprendra pourquoi l'auteur résume sa pensée, à propos de l'intervention, dans la formule : « On ne se repent jamais d'avoir opéré, on se repent de ne pas avoir opéré ou d'avoir opéré trop tard. »

Dans toutes les leçons de ce volume, il y a toujours à apprendre; ici, comment il faut discuter et reconnaître la cause de l'épilepsie jacksonnienne. « Un cas d'épilepsie jacksonienne »; là, pourquoi il faut considérer la maladie de Basedow comme une maladie de tout le système nerveux avec ses manifestations délirantes, ses troubles paralytiques, choréiques, peu connus jusqu'ici, et ses troubles vasomoteurs; ailleurs, quels sont les facteurs de gravité de la chorée « Un cas de chorée mortelle »; ailleurs encore, dans quelles conditions apparaît le sable intestinal et quelles sont les causes et les variétés (muqueuse et goutteuse) de cette affection propre. Les lésions syphilitiques de l'aorte sont tracées de main de maître. La nature de ces lésions est incontestable : elles sont segmentaires, confluentes, apparaissant sous forme d'éruption miliaire. Ici ces lésions sont anévrysmatiques et non oblitérantes comme lorsque la syphilis prend les petits vaisseaux. Il existe des aortites dites « sus-sigmoïdiennes », avec ou sans insuffisance aortique, type grave et parfois mortel, en raison de sa localisation, il existe encore des gros anévrysmes, et des anévrysmes dits « type récurrent ». C'est la localisation qui fait le symptôme; « la localisation est tout, la lésion n'est rien », disait Charcot. Cette vérité est confirmée ici. C'est la localisation sus-sigmoïdienne qui crée l'angine de poitrine. Les faits sont là, probants; la théorie de la coronarite n'a plus sa base inébranlable. L'importance de ce chapitre se comprend aisément, puisqu'il y a un traitement : le traitement spécifique, qui, mis en œuvre au moment voulu, peut amener la guérison.

On le voit, toutes les pages de ce volume, dans le détail desquelles nous regrettons de ne pouvoir entrer, sont instructives. Elles sont écrites par un clinicien, avec des quaités originales, un professeur, et, j'ajouterai, par un artiste.

G. CAUSSADE,
Médecin des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séance du 22 décembre :

Anatomie. — MM. Deschamps, 14. — Cortin et Gauchery, 13. — Guénard, Langevin et Laubry, 10. — Delherme, 9. — Géraud, 8.

Séance du 23 décembre :

Anatomie. — MM. Judet, Géraudel et Lamouroux, 12. — Neveu, 11. — Le Roy des Barres, 10. — Moret, 9. — Constantinesco, 5. — Maunoni, 4.

— Par décision ministérielle, en date du 21 décembre 1897, M. Antony, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, a été nommé professeur de médecine légale, législation, administration et service de santé militaire, à l'école d'application du service de santé militaire.

— Par décision ministérielle, en date du 22 décembre 1897, les docteurs en médecine dont les noms suivent ont été nommés, à la suite du concours ouvert le 13 décembre 1897, médecins stagiaires à l'École d'application du service de santé militaire : MM. Raymond, Letainturier de La Chapelle, Thomas et Friaque.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 décembre 1897, un concours s'ouvrira le 23 juin 1898, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

— Des médailles d'honneur ont été accordées aux personnes dont les noms suivent, en récompense de leur dévouement pendant une épidémie de typhus en Algérie :

Médailles de vermeil : MM. les docteurs Bruncher (de Batna), et Gouvert (de Jemmapes).

Médaille d'argent : M. Merle, interne en médecine à Constantine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le sujet du prix Corvisart, pour l'année scolaire 1897-1898, est : « Pneumonie des buveurs. »

Le sujet du prix Saintour, pour la même année, est : « De l'urémie lente. »

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté, avant le 15 octobre 1898, à quatre heures, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

— *École de médecine d'Angers.* — Le concours du prosectorat s'est terminé par les nominations suivantes :

Prosecteur : M. Turlais.

Aides-prosecteurs : MM. Morinière et Perros.

— *École de médecine de Marseilles.* — Les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1896-1897. — Première année : mentions honorables, MM. Audibert et Barbaroux. — Deuxième année : deuxième prix, M. Aubert. — Troisième année : premier prix, M. Raybaud; deuxième prix M. Riss; mention honorable, M. Pellissier. — Quatrième année : deuxième prix, M. Blanc.

— Sont nommés membres des comités d'inspection et d'achats de livres des villes ci-après désignées :

Bourges : MM. les docteurs Fauconneau, conseiller municipal, et Témoin, chirurgien en chef des hospices. — Montélimar : M. le docteur A. Carle. — Niort : M. le docteur Pillet, médecin-chef de l'hospice. — Troyes : M. le docteur A. Finot.

— *Infirmerie de Saint-Lazare.* — Des cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie, syphiligraphie et gynécologie sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

La premiere série commencera le jeudi 20 janvier, à dix heures et demie du matin, et se continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Ces cours seront faits : le mardi, par M. Ozenne (gynécologie); le jeudi, par M. Le Pileur (syphiligraphie); le samedi par M. L. Wickham (vénéréologie), et seront complets en dix-huit leçons.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs en médecine et les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, qui se seront fait inscrire chez M. le directeur de la maison de Saint-Lazare, qui leur remettra une carte d'entrée.

— Nous souhaitons la bienvenue aux « Archives de médecine des enfants », dont nous recevons le premier numéro. Ce journal mensuel est publié à la librairie Masson et Cie, par M. F. Comby, avec le concours de MM. Brun, Grancher, Hutinel, Lannelongue, Marfan, Moizard et Sevestre.

VALS PRÉCIEUSE — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Xéroforme

est destiné à remplacer définitivement l'iodoforme. C'est l'épidermisant par excellence. Il tarit rapidement les écoulements des plaies sanieuses et semble posséder une action spécifique dans la guérison des ulcères tuberculeux.

Littérature et échantillons gratuits: L. Barberon, 15 Place des Vosges, Paris.



Entrepôt Gal : 45, Rue Vauvilliers, Paris.
DÉPÔT DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

Anémie
Chlorose
Lymphatisme
Scrofule
Syphilis.

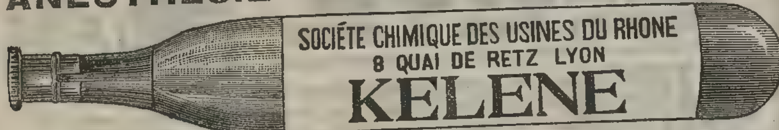
ANTIPYRINE EFFERVESCENTE
LE PERDRIEL

contre : **Douleurs, Migraines, Mal de Mer, etc.**

L'Acide carbonique qui se dégage au moment de l'effervescence supprime d'une manière absolue les crampes et nausées produites par l'Antipyrine ordinaire.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES



« Chlorure d'Éthyle pur ». — Se vend en tubes en verre et en tubes métalliques.

TRAITEMENT METHODIQUE de la
TUBERCULOSE et des Affections des **VOIES RESPIRATOIRES**
PAR LES

CAPSULES CHIRON
à l'ICHTHYOL

*C'est avec ces Capsules qu'ont été effectuées les expériences cliniques ayant démontré la valeur incontestable de l'***ICHTHYOL** *dans le traitement de la* **TUBERCULOSE**, *de l'***ASTHME**, *de la* **BRONCHITE**, *du* **CATARRHE** *et de toutes les* **AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES** *aiguës et chroniques.*

Les **CAPSULES CHIRON** détruisent le bacille de Koch et décongestionnent les bronches.

DOSE : 4 à 8 CAPSULES PAR JOUR.

Pharmacie CHIRON, 1bis, Rue du Havre et toutes Pharmacies.

SÉRUM ARTIFICIEL WUHRLIN

A L'USAGE HYPODERMIQUE

Employé dans les hôpitaux de Paris. — PRIX : 4 fr. LE FLACON

HÉMORRHAGIES — LYMPHATISME

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.
Le Flacon : 4 francs.

ANÉMIE — CHLOROSE

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VINS et SIROPS DESPINOY à l'EXTRAIT de FOIE de MORUE

SIMPLES et FERRUGINEUX

Seul expérimenté et approuvé par l'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

Efficacité démontrée, bien supérieure à l'Huile de foie de morue, goût agréable, pas d'odeur.

VIN et SIROP DESPINOY Simples et Ferrugineux contre Chlorose, Anémie, Débilité générale, Faiblesse, etc.

VIN DESPINOY CRÉOSOTÉ contre Chlorose et Maladies de Poitrine

Dépôt Général : 3, Rue des Lions-St-Paul, PARIS

MIGRAINE, NÉVRALGIES

guéries par les *DRAGÉES* et les *CACHETS* de

PHÉNÉDINE-PELISSE

Ils n'occasionnent
NI TROUBLES GASTRIQUES NI VERTIGES

Phie PENNÈS, 49, Rue des Écoles. DÉTAIL TOUTES PHies

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.



N° 149. — JEUDI 30 DÉCEMBRE 1897. 70e ANNÉE. JEUDI 30 DÉCEMBRE 1897. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le traitement des fractures par le massage, proposé par M. Lucas-Championnière, constituant, ainsi qu'il le reconnaît lui-même, une véritable révolution dans la thérapeutique des fractures, il était à prévoir que les représentants les plus anciens, mais non les moins autorisés, de la chirurgie élèveraient quelques protestations ou tout au moins feraient quelques réserves à ce sujet. C'est ainsi que M. Labbé est venu se joindre à M. Péan pour défendre dans une certaine mesure l'immobilisation si malmenée par M. Lucas-Championnière. Prenez garde aux pseudarthroses, dit M. Labbé; mais le massage et la mobilisation précoce sont les meilleurs moyens de les éviter, répond M. Lucas-Championnière. Toutefois il reconnaît qu'il est des cas qui sont justiciables d'une certaine immobilisation comme, de son côté, M. Labbé admet que, dans certaines circonstances, le massage et la mobilisation précoce peuvent rendre de grands services. Il faut conclure de tout ceci que c'est une question d'indications et de contre-indications, et il faut savoir aussi bien se défendre d'une immobilisation exagérée que d'un massage trop hâtif et d'une mobilisation trop précoce. Il est probable que nous aurons encore à revenir sur cette question, la discussion n'étant pas close.

MM. Cornil et Carnot ont fait une série d'expériences sur le chien et le lapin, dans le but d'étudier ce qui se passe lorsqu'on incise largement une cavité muqueuse en fixant les lèvres de la plaie de façon à maintenir droite cette cavité. Ces expériences les ont conduits à cette conclusion que, deux ou trois semaines après, la cavité était complètement reconstituée.

M. Renaut (de Lyon) a montré des épreuves radiographiques d'une main succulente de syringomyélique. L'intérêt de ces radiographies, c'est qu'elles permettent de distinguer nettement, à une période où on pourrait les confondre, la syringomyélie du rhumatisme chronique progressif.

M. Defontaine (du Creusot) a fait une communication intéressante sur une opération nouvelle qu'il appelle l'hystérotomie sphinctérienne. Cette opération consiste à faire une section portant sur toute l'épaisseur de la ligne médiane antérieure de l'utérus, à supprimer les fonctions du sphincter utérin et à favoriser ainsi l'écoulement facile et durable du contenu pathologique retenu dans la cavité utérine. La simplicité de cette intervention engage à la tenter.

L'Académie a procédé au renouvellement partiel des commissions permanentes et M. le président a annoncé que, dans la prochaine séance, elle se formera en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Roux sur les candidats au titre de membre associé libre.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. André PETIT.

Le rein dans la ménopause (1).

Je désire, à l'appui de l'intéressante communication de M. Le Gendre (2), citer, en quelques mots, l'observation d'une malade de mon service, chez laquelle se montrent périodiquement, de la façon la plus évidente, les fâcheux effets de la suppression menstruelle sur les diverses manifestations morbides d'un mal de Bright déjà ancien.

Cette femme, actuellement âgée de trente-neuf ans, est atteinte d'une double lésion mitrale, avec myocardite et néphrite albumineuse, paraissant remonter à une variole contractée il y a huit ans. C'est seulement depuis un an environ que se sont produits de véritables troubles asystoliques et des accidents de dyspnée paroxystique, qui ont atteint, dans ces derniers temps, une intensité extrême. Or, ces paroxysmes, en concordance manifeste avec chaque époque menstruelle, ont apparu depuis que la malade a vu ses règles diminuer d'abondance au point d'être assez souvent à peu près nulles.

S'agit-il chez elle d'une ménopause un peu hâtive, il est vrai, ou de cette aménorrhée de la période avancée des affections cardiaques sur laquelle notre collègue et ami Dalché a encore récemment insisté? Il serait, à coup sûr,

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.
(2) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1414.

difficile de se prononcer: mais le fait que nous devons retenir, c'est que chaque mois, avec une périodicité désolante, trop bien constatée par la patiente elle-même, le molimen menstruel, insuffisant à produire un flux sanguin appréciable, s'accompagne d'une oligurie brusque avec crise d'urémie dyspnéique menaçante.

La digitaline ou la théobromine qui, dans les périodes intercalaires, triomphent assez aisément, chez cette malade, des troubles de dyssystolie, en régularisant le cœur et amenant une abondante diurèse, échouent complètement contre les crises qui marquent les époques cataméniales. Seules, les émissions sanguines (agissant sans doute en partie comme suppléant les règles), suivies d'injections de sérum artificiel, ont pu jusqu'ici enrayer ces accidents périodiques, dont l'origine rénale et la nature urémique nous ont paru manifestes.

Il semble donc que, chez cette « cardio-rénale », depuis le moment où s'est montrée une réduction notable du flux sanguin des règles, chaque retard périodique du molimen menstruel soit l'occasion d'une poussée congestive rénale se révélant par une crise d'urémie dyspnéique. C'est là, croyons-nous, un fait confirmatif de la thèse soutenue par notre collègue dans la précédente séance.

L'OSTÉOMYÉLITE VERTÉBRALE

Par A. Chipault,
Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

L'ostéomyélite vertébrale est, par son aspect clinique, particulier, son diagnostic possible, son traitement opératoire nécessaire, l'une des plus utiles à connaître parmi les affections rachidiennes non tuberculeuses.

C'est une affection rare : des recherches bibliographiques aussi complètes que possible ne m'ont permis d'en relever que vingt-huit observations, dues à Ballance, Brietze, Colomiatti, Dopfer, Hahn, Joel, Kœnig, Lannelongue, Lopez, Lucas, Makins, Morian, Müller, Poirier, Tissier, Totherick, Valleix.

Ces observations suffisent du reste pour autoriser les considérations suivantes :

1° L'ostéomyélite vertébrale se présente, quatre fois sur cinq, chez des adolescents du sexe masculin; on a trouvé dans ses foyers soit le staphylocoque, soit le streptocoque; elle peut constituer le foyer unique ou seulement l'un des foyers de l'infection ostéomyélitique;

2° L'ostéomyélite vertébrale, qui peut siéger à tous les niveaux du rachis et sur toutes les parties des vertèbres, préfère la région lombaire et les arcs; l'os où elle se localise devient toujours le point de départ de collections purulentes qui, parfois, envahissent l'espace périméningé en provoquant de la myélite, et qui, plus souvent, fusent dans les parties molles périrachidiennes en s'étalant à la face postérieure des lames ou en gagnant, en avant, le tissu cellulaire rétro-pharyngien, le médiastin, le psoas, le petit bassin; ces collections, dont la direction est très analogue à celle des collections ossifluentes du mal de Pott, offrent, malgré leur progression beaucoup plus rapide, une tendance moindre à rompre les barrières aponévrotiques ou séreuses qu'elles rencontrent;

3° L'ostéomyélite vertébrale provoque, outre les phénomènes généraux de toute ostéomyélite, les phénomènes locaux les plus divers. Est-elle localisée aux arcs, ce sont des signes de collection purulente profonde; est-elle localisée aux corps, ce sont, outre de la rigidité rachidienne à laquelle ne s'ajoute que bien rarement une gibbosité, des signes particuliers suivant le niveau du foyer : signes d'abcès rétro-pharyngien s'il est cervical; signes d'abcès du médiastin s'il est dorsal; enfin, s'il est lombaire, signes d'abcès psoïque avec flexion des cuisses et distension abdominale.

Les symptômes myélitiques ne se montrent que dans un tiers des cas.

Le diagnostic, facile si les phénomènes locaux dominent la scène, devient très difficile s'ils s'effacent devant les phénomènes myélitiques, que l'on attribuera presque sûrement soit à une périméningite suppurée primitive, soit à une myélite ascendante aiguë, ou s'ils s'effacent devant les phénomènes généraux, que l'on mettra nécessairement sur le compte d'une pneumonie, d'une péritonite, ou, plus fréquemment encore, de quelque fièvre typhoïde anormale.

Le pronostic est absolument fatal : aucun malade, abandonné aux moyens médicaux, n'a dépassé le trentième jour après le début des accidents;

4° L'ostéomyélite vertébrale nécessite, toutes les fois qu'elle est diagnostiquée, un traitement opératoire immédiat et hardi, ayant pour but l'ouverture, l'évacuation et la désinfection aussi complète que possible du foyer malade : conduite relativement facile, s'il s'agit d'une ostéomyélite des arcs, beaucoup plus difficile s'il s'agit d'une ostéomyélite des corps vertébraux, en tout cas beaucoup trop différente d'un cas à l'autre pour que je puisse songer à en décrire ici le manuel opératoire.

Trois malades atteints d'ostéomyélite vertébrale ont été, à ma connaissance, redevables de leur guérison à une intervention chirurgicale : l'un, opéré par Otto Hahn pour une ostéomyélite des arcs lombaires, a été suivi six mois, au bout desquels il était en parfait état; le second, opéré par Morian pour une ostéomyélite de même siège qui nécessita la résection d'un arc nécrosé, survivait, en parfait état également, au bout d'un an et demi; enfin, le troisième, opéré par moi-même, en 1890, pour une ostéomyélite des corps vertébraux lombo-sacrés avec abcès pelvien énorme, est aujourd'hui, sept ans après mon intervention, dans les meilleures conditions, aussi bien au point de vue local qu'au point de vue général.

C'est ce malade que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui.

Voici en quelques mots son histoire :

L. B..., alors âgé de six ans, est reçu, en septembre 1890, à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. d'Heilly, avec des accidents généraux graves, pouls à 160, température à 40 degrés, symptômes d'endocardite infectieuse. L'enfant était mourant, et l'on avait renoncé à toute thérapeutique, lorsque apparut, à la fesse droite, une large tuméfaction. Appelé dans le service, je constatai une fluctuation profonde au niveau de l'échancrure sciatique droite et un peu d'œdème remontant à droite de la colonne vertébrale jusqu'à la hauteur de la douzième côte. Une incision allant de cette côte au pli fessier ouvrit deux collections, l'une superficielle qui recouvrait les apophyses transverses et articulaires de la région lombaire, l'autre qui pointait par l'échancrure iliaque; celle-ci était énorme; il s'en écoula plus de 2 litres de pus; tout le petit bassin était envahi : le doigt explorateur allait, en avant jusqu'à la vessie et, en arrière, jusqu'à la face antérieure, dénudée, du sacrum. Cette dénudation s'éten-

dait également sur les corps vertébraux lombaires, surtout à droite; la fusée superficielle que j'avais découverte, étalée sur les apophyses articulaires droites, n'était qu'un diverticule de la collection profonde, et communiquait avec elle entre l'apophyse transverse de la cinquième lombaire et le bord supérieur du sacrum. Il s'agissait, en somme, d'une vaste collection sous-périostée rompue dans le tissu cellulaire. Les os à nu furent énergiquement rugînés à la curette tranchante, la poche lavée et relavée à l'eau bouillante. La plaie, longue de 23 centimètres, fut suturée et deux drains introduits par ses extrémités : l'un superficiel, par l'extrémité supérieure et passant derrière les apophyses transverses, l'autre profond, par l'extrémité inférieure, et remontant devant la colonne vertébrale. Du pus, recueilli au moment de l'opération, avec les précautions voulues, donna des cultures pures de staphylococcus aureus. Dès après l'intervention l'état général s'améliorait; en trois ou quatre pansements la plaie se cicatrisait, et deux mois plus tard le malade quittait l'hôpital. Je l'ai revu depuis à plusieurs reprises; il n'a jamais eu de récidive. Vous pouvez constater qu'aujourd'hui, sept ans après ses accidents aigus, il est en parfait état : c'est un vigoureux garçon de treize ans, parfaitement constitué, au cœur et au squelette normaux; sa région lombaire, nullement déformée, présente tout au plus une légère rigidité, qui ne s'oppose en rien à l'accomplissement de ses mouvements. La cicatrice a 23 centimètres comme autrefois; mais alors qu'elle s'étendait, peu après l'intervention, de la douzième côte à l'échancrure sciatique, elle ne commence plus maintenant qu'à la partie moyenne de la région lombaire : elle n'a pas grandi avec le sujet. Elle constitue, en réalité, la seule et insignifiante trace de l'affection à laquelle il a été si près de succomber : je crois, en effet, permis d'espérer aujourd'hui qu'il a échappé, non seulement à son ostéomyélite vertébrale aiguë, mais encore aux accidents osseux chroniques de cette infection, évidemment aussi à craindre après sa localisation rachidienne qu'après toute autre.

Mon opéré est, du reste, le seul des rares malades traités avec succès d'une ostéomyélite vertébrale aiguë, qui ait été suivi suffisamment longtemps pour qu'on puisse, sans trop s'avancer, espérer qu'il s'agit bien, chez lui, d'une guérison définitive.

La radiographie qui démontre que son sacrum, ses vertèbres lombaires et leurs disques intervertébraux sont absolument normaux, est à cet égard tout à fait démonstrative.

En somme, l'ostéomyélite vertébrale, affection rare mais diagnostiquable, affection absolument fatale lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, est susceptible de guérir sans laisser de traces, lorsqu'elle est traitée chirurgicalement avec une hâte et une hardiesse suffisantes : il n'était donc pas superflu, malgré sa rareté, d'attirer sur elle votre attention.

NOTES SUR LA CHIRURGIE RURALE (1)

Par le docteur Pauchet (d'Amiens), ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

IV

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

A. Anesthésie locale. — Nous ne faisons jamais usage de l'anesthésie par réfrigération (chloréthyle, glace pilée), car celle-ci est douloureuse, de courte durée, et durcit les tissus au point de gêner le bistouri.

La cocaïne est le seul anesthésique sérieux. Mais ses indications sont fort restreintes, elle ne convient guère qu'aux petites opérations, telles que panaris, kystes sébacés, papillomes. Dans les cas plus sérieux, l'anesthésie est incomplète et cette cocaïnisation morale est un trompe-l'œil que nous ne saurions approuver. Pour qu'elle soit complète, il faudrait exposer le sujet à des chances d'intoxication plus grandes que celles de l'anesthésie générale.

Nous employons la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne. . .	1	gramme.
Acide phénique.	1	—
Eau distillée	100	—

Le malade doit toujours être dans la position horizontale pendant l'intervention; on fait généralement usage de la seringue de Pravaz. Nous conseillons plutôt l'emploi de la seringue de Roux, qui, par suite de sa plus grande capacité (5 centim. cubes), se détériore moins facilement. Celle-ci, d'ailleurs, peut servir à tous les usages : sérum de Roux, morphine, cocaïne, éther, etc. Il est facile de lire sur le piston la limite de chaque centimètre cube.

Pour injecter l'anesthésique, on plonge l'aiguille dans le derme : on parcourt l'épaisseur de ce dernier parallèlement à la surface cutanée, en pressant de temps en temps le piston pour injecter une goutte de liquide.

Une traînée blanchâtre indique sur la peau la zone anesthésiée, et le pouvoir vaso-constricteur de la cocaïne. Si la longueur de l'aiguille ne permet pas d'injecter une assez longue surface, on pique la peau plus loin en commençant sur la ligne déjà anesthésiée.

On peut injecter sans danger 10 centimètres cubes de la solution cocaïnée.

B. Anesthésie générale (éther, chloroforme).

La narcose est trop peu employée dans la chirurgie journalière. Nous connaissons bon nombre de fractures vicieusement consolidées, de luxations non réduites, de phlegmons de la main ayant entraîné la perte du membre, tout cela par suite de la timidité du médecin traitant.

Doit-on donc mettre en balance la fréquence de ces infirmités avec la rareté relative des accidents anesthésiques, puisque le chloroforme donne 1 mort sur 2000 et l'éther 1 sur 8000? Sans doute, ces accidents surviennent surtout au cours des petites opérations : correction d'une ankylose, réduction d'une luxation, d'une fracture, dilatation de l'anus. Ces morts sont dues à une syncope cardiaque, déterminée par une douleur trop intense chez un sujet mal endormi. Pour ces petites interventions, si on prenait la précaution de pousser l'anesthésie très loin, on n'observerait guère d'accidents. Évidemment, pour user d'une façon large de l'anesthésie générale, il faut bien la connaître; il y a donc nécessité de la confier autant que possible à une personne en ayant une grande habitude; peu importe si l'anesthésiste est étranger à la médecine.

1° *Chloroforme.* — La meilleure façon d'administrer le chloroforme est la méthode des petites doses données goutte à goutte et sans air sur un mouchoir. La respiration et l'œil du malade sont les guides de l'anesthésiste; l'examen du pouls est inutile. En cas d'alerte, nous ne croyons qu'à l'efficacité de deux procédés : les tractions rythmées de la langue et la respiration artificielle. Le chloroforme donne

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1408.

1 mort sur 2000; celle-ci est souvent due à une administration défectueuse. Les affections cardiaques bien compensées, la grande jeunesse ou l'extrême vieillesse ne constituent pas des contre-indications.

2° *Éther.* — Le chloroforme est l'anesthésique idéal, car il n'irrite pas les bronches, n'est pas inflammable, s'administre goutte par goutte, n'exige pas de masque, n'est pas désagréable au malade. Malgré ses inconvénients, l'*éther est l'anesthésique de choix pour le praticien*, car il ne provoque pour ainsi dire pas d'accidents mortels, et il est très facile à manier, par suite du grand volume sous lequel on l'emploie.

On évitera des bronchites en ne l'employant pas chez les bronchitiques et emphysémateux. L'inconvénient d'un masque spécial n'existe pas; le médecin fait un grand cornet de carton, remplit le fond d'un tampon d'ouate hydrophile, inonde ce tampon d'éther et confie ce masque improvisé à qui que ce soit pourvu qu'il commence lui-même l'anesthésie, et qu'il suive de l'oreille le ronflement sonore du patient.

L'objection qu'on fait à l'éther de rendre la face violacée ne signifie rien quand on est averti. Si on opère à la lumière, on aura soin de couvrir le masque d'une grande serviette.

En résumé, le praticien doit faire *usage de l'éther* dans la presque totalité des cas, car, malgré ses petits inconvénients, il cause très rarement la mort, tandis que le chloroforme, en dépit de ses avantages, est plus toxique, plus dangereux, plus difficile à manier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 décembre 1897. — Présidence de M. Caventou.

COMMUNICATION

Hystérotomie sphinctérienne. — M. DEFONTAINE (du Creusot) supprime, de propos délibéré, les fonctions du sphincter utérin, par une section portant sur toute l'épaisseur de la ligne médiane antérieure de l'utérus, remontant jusqu'à la cavité du corps, et dont les lèvres se cicatrisent isolément. Il en résulte l'évacuation facile et durable du contenu pathologique, retenu dans la cavité utérine, par la contracture si fréquente et si nuisible du sphincter. Consécutivement, toute infection ascendante des trompes est arrêtée (comme l'est, après la cystostomie, l'infection des uretères et des reins), et les parois utérines, distendues et épaissies, subissent une involution vers l'état normal.

Cette opération nouvelle est indiquée dans les métrites chroniques, dans lesquelles la contracture du sphincter est marquée, et la cavité du corps agrandie; dans les fluxions utérines rendues douloureuses par la métrite concomitante; dans les divers rétrécissements du col; dans es dysménorrhées d'origine utérine. Dans la métrite blennorragique, elle constituerait un moyen rationnel d'empêcher l'infection ascendante des trompes.

Quoique d'une bénignité absolue, cette opération doit être limitée aux cas graves, qui mettent, par eux-mêmes, obstacle à la conception (la métrite blennorragique est de ce nombre), car une grossesse est presque impossible, si le sphincter utérin est rompu.

Lorsque la guérison de la maladie primitive est assurée, une opération ultérieure peut rétablir les fonctions du sphincter utérin.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES

M. LÉON LABBÉ, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Lucas-Championnière, rappelle que son collègue a cherché à démontrer toute l'importance du massage et de la mobilisation dans le traitement de certaines fractures. Il ne doute pas que M. Lucas-Championnière n'ait rendu et ne rende encore de grands services, dans bien des cas, à l'aide de la méthode qu'il présente. Mais, comme le faisait justement remarquer M. Péan, dans la dernière séance, ceux qui, s'en rapportant aux conseils donnés par M. Lucas-Championnière, voudront imiter sa conduite, obtiendront-ils les mêmes résultats? M. Labbé en doute.

Il rappelle combien sont fréquentes les pseudarthroses à la suite de certaines fractures. Il estime donc qu'il faut distinguer les cas dans lesquels l'immobilisation est encore le moyen le plus sûr d'arriver à un bon résultat de ceux où le massage est très certainement indiqué. Or le massage est surtout efficace dans les fractures péri-articulaires. Mais pour les fractures siégeant dans les grands segments des membres, au tibia ou à l'humérus, M. Labbé préfère encore l'immobilisation à tout autre moyen. Il croit que c'est encore elle qui permet le mieux d'éviter les pseudarthroses. Il pense que, sur ce point, M. Lucas-Championnière partage la même opinion.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle que, dans sa communication, il y avait deux choses : d'abord une question de principe. C'est, pour lui, un principe que les pseudarthroses ne sont pas le résultat des mouvements imprimés aux membres fracturés. M. Lucas-Championnière a dit et écrit, dans son Traité des fractures, qu'il fallait avoir recours à l'immobilisation pour éviter la déformation dans certaines fractures. Mais, en thèse générale, il considère la mobilisation et le massage comme les meilleurs moyens à opposer dans des cas bien déterminés. Il défend donc une proposition absolument inverse à celle qui a été émise jusqu'ici dans tous les traités classiques des fractures. Toutes les fois qu'il n'y a pas de chances de déformation, il faut remplacer l'immobilisation, dans le traitement des fractures, par la mobilisation précoce et le massage. Cela ne veut pas dire que le massage deviendra l'unique méthode de traitement de toutes les fractures. Il ne faut pas abuser du massage, comme on a abusé de l'immobilisation.

M. LABBÉ rappelle qu'on voyait surtout des pseudarthroses se produire à l'époque où on mettait les membres fracturés dans des gouttières métalliques, c'est-à-dire dans des appareils dans lesquels l'immobilisation était insuffisante, M. Labbé attache une grande importance à ce qu'on commence d'abord par obtenir une bonne réduction de la fracture et il estime que celle-ci ne peut être obtenue que sous le chloroforme, qui supprime les résistances, les réflexes pouvant s'opposer à cette bonne réduction. M. Lucas-Championnière reconnaît donc avec nous qu'il y a encore des fractures qui demandent à être traitées par l'immobilisation. Nous sommes aujourd'hui en possession d'un appareil, l'appareil de Hennequin, qui permet parfaitement d'obtenir la guérison des fractures sans raccourcissement, grâce à l'immobilisation et surtout à la parfaite extension qu'il procure.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que, précisément, l'appareil de Hennequin permet une certaine mobilisation des fragments en contact et qu'il agit surtout par l'extension.

LECTURE

Cicatrisation et reconstitution intégrale des cavités et conduits muqueux après une large ouverture. — M. CORNIL a, en son nom et au nom de M. Carnot, fait une communication sur ce sujet. Leurs expériences ont porté sur le chien et le lapin en vue d'étudier ce qui se passe lorsqu'on a incisé largement une cavité muqueuse en ayant soin de fixer les lèvres de la plaie de façon à maintenir cette cavité ouverte.

Ils ont opéré ainsi sur la vésicule biliaire, les cornes utérines et l'appendice iléo-cæcal. Ces cavités ayant été sectionnées suivant leur longueur, dans une étendue de 2 à 5 millimètres, les auteurs ont fait entrer dans les bords de la suture un ou deux fils qui ont été noués en arrière de façon à ce que la muqueuse fût renversée en dehors et présentât une surface plane ou convexe au lieu d'être concave.

Ils ont constaté que quinze à vingt jours après l'opération, la cavité, le conduit muqueux étaient reconstitués, fermés de toute part, et tapissés, sur le chorion muqueux nouveau, de l'épithélium et même des glandes propres à la muqueuse normale. La conclusion qui se dégage de ces expériences, c'est que les conduits ou réservoirs muqueux, lorsqu'ils sont ouverts largement et autant que possible maintenus étalés, ont une tendance pour ainsi dire invincible à se refermer et à reconstituer des cylindres creux ou des cavités. Dans ce processus, les parties cicatricielles présentent à l'intérieur des cavités muqueuses les cellules de revêtement et les glandes qui y existent à l'état normal.

ÉLECTIONS

L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes. Ont été nommés :

Épidémies. — MM. Laveran et Rendu.
Eaux minérales. — MM. H. Monod et Hanriot.
Remèdes secrets. — MM. Bourquelot et Pouchet.
Vaccine. — MM. Guéniot et L. Colin.
Hygiène de l'enfance. — MM. Charpentier et Roussel.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 décembre 1897. — Présidence de M. Delens.

COMMUNICATIONS

Gastro-entérostomie. — M. Tuffier rappelle avoir déjà communiqué plusieurs cas de gastro-entérostomie pour rétrécissements cicatriciels du pylore. Aujourd'hui il apporte trois nouveaux faits de gastro-entérostomie pour ulcères ronds de l'estomac. Ces trois malades ont été opérés à la même période de leur ulcère stomacal : deux pour des hématémèses incoercibles, un pour des accidents de péritonite par propagation.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de trente-neuf ans, qui avait des hématémèses continuelles et qui était dans un état cachectique. M. Tuffier fit la laparotomie, pratiqua la gastro-entérostomie. Il avait trouvé une petite tumeur indurée sur la face inférieure du foie. Cet homme a succombé quelques jours après l'opération à des accidents de septicémie. A l'autopsie, on vit que le point de départ des accidents avait été une gangrène de la partie inférieure du foie.

La seconde observation a trait à une jeune femme chez laquelle avait été porté le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac et qui présenta des accidents de péritonite par propagation, ventre ballonné, douleurs, vomissements, pouls petit, etc. M. Tuffier fit la laparotomie. Il sutura l'intestin à la face postérieure de l'estomac. Cette malade a très bien guéri.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agissait également d'une jeune femme de vingt-cinq ans qui avait des hématémèses incoercibles et qui était devenue cachectique. Chaque matin, elle vomissait une cuvette de sang et de débris alimentaires. M. Tuffier pratiqua la laparotomie, trouva une induration au niveau de l'antre pylorique, fit la gastro-entérostomie postérieure. Depuis, cette malade n'a plus jamais vomi. Elle se porte très bien et voilà plus de quatre mois qu'elle a été opérée.

M. Tuffier croit pouvoir conclure de ces faits que la gastro-entérostomie est un moyen puissant à opposer aux accidents graves résultant des ulcères de l'estomac. Elle présente le double avantage d'arrêter complètement les hématémèses, les vomissements et de permettre à l'estomac de digérer convenablement, du moment qu'il n'a plus à lutter contre la sténose pylorique. Il est démontré, en effet, que la digestion se fait normalement dans l'estomac après la gastro-entérostomie.

Abcès à pneumocoques. — M. Bazy communique une observation d'abcès de la fosse ischio-rectale contenant du pus à pneumocoques, sans que le malade eût présenté aucun antécédent de grippe ou de pneumonie.

RAPPORT

Kyste multiloculaire du cou. — M. Walther fait un rapport sur une observation adressée par M. Buffet (d'Elbeuf). Il s'agit d'une femme de trente-huit ans qui portait, sur la partie droite du cou, une tumeur dont le début, disait-elle, remontait à l'âge de huit ans. Cette femme eut trois grossesses pendant lesquelles la tumeur augmenta de volume. Puis, en peu de temps, elle devint énorme. Lorsque cette malade entra à l'hôpital d'Elbeuf, sa tumeur avait le volume d'une tête d'adulte; la circonférence du cou mesurait 68 centimètres. La surface était bosselée, irrégulière. M. le docteur Buffet fit cinq ponctions successives chaque fois dans une poche distincte et donna issue à un liquide différent. Comme les ponctions n'avaient amené qu'une diminution insignifiante du volume de la tumeur, M. Buffet se décida à pratiquer l'extirpation totale. Il fit une très longue incision et trouva plusieurs lobes, un lobe postérieur allant jusqu'à la colonne vertébrale, un lobe antérieur allant jusqu'au médiastin. Il ponctionna successivement chaque poche, en attira les parois au dehors. Il y avait des adhérences avec les muscles, assez faciles à détacher; mais il y avait peu d'adhérences avec les parois de la carotide primitive. Mais la jugulaire interne, à laquelle adhérait solidement une partie de cette tumeur, fut déchirée. M. Buffet dut faire une ligature au-dessus et au-dessous. Dans les jours qui suivirent l'opération, la malade présenta de la céphalalgie et de l'assoupissement que M. Buffet attribua à la ligature de la jugulaire interne. Cette malade a d'ailleurs très bien guéri.

M. Ricard a observé un cas identique à celui qui vient d'être rapporté. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-trois ans que M. Ricard opéra en 1890. Elle portait un kyste multiloculaire de la région latérale droite du cou. M. Verneuil avait fait dans cette tumeur des injections de teinture d'iode. Survint une grossesse, pendant laquelle la tumeur augmenta considérablement de volume. Devant cette augmentation rapide et considérable, M. Ricard crut devoir intervenir. Il fit une longue incision, sectionna le muscle sterno-cléido-mastoïdien, disséqua assez facilement la tumeur de ses adhérences musculaires et arriva à la partie postérieure de la tumeur qu'il chercha à décortiquer avec toute la prudence possible. Tout à coup, il se fit une hémorragie considérable. M. Ricard n'eut d'autres moyens d'arrêter cette hémorragie que de se débarrasser le plus rapidement possible du reste de la tumeur et d'arriver directement sur le point qui saignait, comprimé jusque-là par des éponges. Il reconnut alors qu'il avait arraché une partie de la paroi de la jugulaire interne. Il posa une double ligature sur ce vaisseau, sutura entre elles les deux parties du muscle sterno-cléido-mastoïdien divisé, ferma et draina la plaie. La guérison fut rapide sans trace de suppuration. Ces faits montrent que ces kystes congénitaux du cou ont généralement des connexions intimes avec les vaisseaux et, en particulier, avec la jugulaire interne.

M. Kirmisson ne veut envisager que la question pathogé-

nique. Il semble bien que, d'après ces faits, on devrait admettre l'origine veineuse de ces tumeurs, alors qu'on tend plutôt à leur assigner une origine lymphatique. Il y a des cas dans lesquels on constate une véritable infiltration du muscle sterno-cléido-mastoïdien par ces kystes. Il faut donc admettre que si, dans plusieurs faits, comme ceux de MM. Buffet et Ricard, l'origine veineuse ne paraît pas douteuse, il est aussi des cas dans lesquels la tumeur fait corps, pour ainsi dire, avec le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

M. WALTHER regrette qu'il n'ait pas été fait d'examen histologique dans le cas de M. Buffet. Il rapproche de ces faits celui d'un enfant de six mois, qui portait un kyste congénital du cou menaçant de l'étouffer. M. Walther fut obligé de l'opérer. Dans ce cas aussi, la tumeur paraissait d'origine veineuse. Enfin, M. Walther rappelle également le cas qui a été récemment présenté par M. Verchère, cas dans lequel M. Verchère dut se contenter de faire l'ablation incomplète et la marsupialisation de la tumeur.

Suture tendineuse. — M. LEJARS fait un rapport sur une observation adressée par M. Delamarre. Il s'agit d'un jeune artilleur qui s'était fait une plaie de la face dorsale du poignet intéressant les trois derniers tendons extenseurs. M. Delamarre voulut tenter de faire la suture de ces tendons. Il trouva bien les trois bouts périphériques, mais il lui fut impossible de trouver les bouts centraux. Il fit alors l'opération suivante : il rapprocha les trois tendons périphériques, les sutura les uns aux autres et les sutura ensuite au tendon intact de l'extenseur propre de l'index. Enfin, pour avoir un faisceau tendineux plus solide, pour renforcer celui qu'il avait déjà obtenu, il réunit l'extenseur propre de l'index à l'extenseur commun. Le résultat obtenu fut parfait. Ce malade a pu reprendre ses fonctions d'artilleur et il se sert de la main très bien. Il étend les doigts d'une façon normale. C'est là un cas intéressant d'anastomose tendineuse.

Kyste dermoïde du cou. — M. BROCA fait un court rapport sur une observation de M. Chavannier (de Bordeaux). Il s'agit d'un kyste dermoïde du cou que l'examen histologique a montré être constitué par du tissu lymphoïde.

Ostéotomie oblique sous-trochantérienne. — M. NÉLATON présente un malade qui, à la suite d'une fracture sous-trochantérienne du fémur, avait conservé un cal vicieux avec 9 centimètres de raccourcissement. M. Nélaton fit, chez ce malade, une ostéotomie oblique et M. Hennequin le soigna ensuite avec son appareil et, dès les premiers jours, exerça sur ce membre une traction de 9 kilogrammes. Il arriva ainsi à abaisser le membre inférieur, au point que ce jeune homme ne présente plus que 2 centimètres de raccourcissement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait remarquer que le résultat obtenu chez ce malade est très remarquable. D'ailleurs l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne constitue une excellente opération. Dans bien des cas, même, elle suffit à elle seule à amener la correction, sans qu'il soit nécessaire d'y ajouter les tractions de l'appareil de M. Hennequin.

M. TERRIER a obtenu de très bons résultats de cette opération dans deux ou trois cas.

M. POTHERAT a pratiqué cette opération chez une petite fille qui avait eu une fracture du fémur mal consolidée. Cette enfant a très bien guéri sans raccourcissement.

M. MICHAUX cite également plusieurs exemples dans lesquels l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne lui a donné de très bons résultats.

M. NÉLATON fait observer à M. Lucas-Championnière que, dans son cas, l'opération seule n'aurait rien donné de bon sans les tractions consécutives de M. Hennequin.

Plaie du foie. — M. RICARD présente un jeune homme qui, étant en état d'ivresse, s'était donné plusieurs coups de couteau dans le ventre. Il fut amené à l'hôpital où M. Jacomet, l'interne de M. Ricard, fit d'urgence la laparotomie. Il trouva une plaie cruciale du foie qu'il sutura et le jenne homme a très bien guéri.

Pince écrasante. — M. TUFFIER présente une pince à l'aide de laquelle il écrase les tissus de façon à supprimer toute hémorragie et à rendre inutiles les pinces à demeure sur les ligaments larges dans l'hystérectomie vaginale. Il s'est servi de cette pince chez plusieurs malades avec succès.

M. TERRIER condamne l'emploi de ces instruments et leur préfère la ligature ou, si celle-ci est trop difficile, la forcipressure.

M. RICHELOT fait observer qu'un instrument qui permettrait de supprimer la pince à demeure sur les ligaments larges, après l'hystérectomie vaginale, serait avantageux. Il éviterait aux opérées les souffrances toujours un peu pénibles de la présence de ces pinces dans le vagin, pendant quarante-huit heures. La pince à demeure dans l'hystérectomie vaginale a constitué un grand progrès. Mais l'instrument en question constituerait un nouveau progrès sur elle. Aussi M. Richelot est-il très disposé à recourir à la pince écrasante présentée par M. Tuffier.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séance du 27 décembre :

Anatomie. — MM. Lecornu, 13. — Loroy, 12. — Maury, 11. — Cathala et Dionis du Séjour, 10. — Logerot, 9. — Guibal, 8. — Courcoux, 7. — Brocart, 6. — De Lacombe, 4.

Les deux dernières séances de lecture des copies d'anatomie du concours de l'internat auront lieu jeudi et vendredi (30 et 31 décembre), à quatre heures et quart.

— *Hôpitaux de Paris.* — M. Lermoyez, médecin de Saint-Antoine, est chargé d'une consultation d'oto-rhino-laryngologie, dans les locaux dépendants de la Maison de secours (28, rue de Citeaux), annexée à l'hôpital Saint-Antoine.

Sont nommés assistants suppléants de consultation, à partir du 1er janvier 1898 : MM. Brésard, à Boucicaut; Lapointe, à Broca; Ravanier, à Broussais, et Riche, à la Pitié.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Bouin (André-Pol) est nommé chef des travaux d'histologie, en remplacement de M. Simon, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Chédevergne, professeur de clinique médicale, est nommé directeur de ladite école.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursions* organisées avec le concours de l'agence des « Voyages économiques » :

1° *Palestine-Égypte.* — Départ de Paris le 5 janvier 1898, retour le 9 février. — Itinéraire : Paris, Marseille, Alexandrie, Port-Saïd, Jaffa, Jérusalem, la mer Morte, le Jourdain, Jéricho, Bethléem, Jérusalem, Jaffa, le canal de Suez, Ismaïlia, le Caire, les pyramides de Ghizeh et de Sakkarah, Héliopolis, Alexandrie, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, 1950 francs; 2e classe, 1730 francs.

2° *Italie-Littoral méditerranéen.* — Départ de Paris le 17 janvier 1898, retour le 14 février. — Itinéraire : Paris, Turin, Milan, la Chartreuse de Pavie, Vérone, Venise, Bologne, Florence, Rome, Naples, Pompéi, Capri, Sorrente, Pise, Gênes, Nice, Monaco, Monte-Carlo, Cannes, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, 830 francs; 2e classe, 730 francs.

3° *Tunisie-Algérie.* — Départ de Paris le 16 janvier 1898, retour

le 17 février. — Itinéraire : Paris, Marseille, Tunis (Carthage), Sousse, Kairouan, Tunis, Bizerte, Hammam-Meskoutine, Bône, Constantine, Batna, Timgad et Lambessa, El Kantara, Biskra, Sétif, Kerrata, Bougie, Alger, Blidah, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, 1 080 francs; 2e classe, 980 francs.

Les prix des excursions ci-dessus comprennent : les billets de chemins de fer; les transports en voitures et en bateaux, le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », rue Auber, 10, et rue du Faubourg-Montmartre, 17, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

TABLE DES MATIÈRES

1897

B

C

D

E

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1897

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

~~491 – 744~~ – 791

